



Universidad
Zaragoza

1542

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Propuesta de un programa de intervención basado en
habilidades sociales para personas con trastorno
mental grave

Proposal of an intervention programme based on
social skills for people with severe mental disorders

Autora: Yarisa Expósito Osuna

Director: Santiago Gascón Santos

Curso académico 2023/2024

Teruel, 1 de julio de 2024



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen/Abstract	1
Introducción	2
Trastorno mental grave (TMG).....	2
Diversidad de Síntomas en Trastornos Mentales Graves.....	3
Relación entre TMG y habilidades sociales.....	4
Entrenamiento en habilidades sociales.....	6
Programa de intervención basado en el EHS.....	8
Objetivos	9
Localización	9
Metodología	10
Participantes.....	10
Instrumentos.....	11
Procedimiento.....	13
Sesiones y Cronograma.....	16
Presupuesto.....	19
Resultados esperados	21
Referencias Bibliográficas	22
Anexos	30

Resumen

Las personas con trastorno mental grave (TMG) a menudo enfrentan dificultades significativas en sus habilidades sociales, lo que impacta negativamente en su calidad de vida y su capacidad para integrarse en la comunidad. Estas dificultades pueden llevar a un aislamiento social y una mayor dependencia de los servicios de salud mental. El proyecto tiene como objetivo implementar y evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado específicamente para esta población, con el fin de mejorar su funcionalidad social y promover una mejor integración comunitaria. Para evaluar la eficacia del programa se dispondrá de dos grupos (experimental y control), cada uno de ellos compuesto por 10 participantes, a los que se le evaluarán las habilidades sociales antes y después del programa, así como la capacidad para resolver problemas y la gestión emocional. Se espera que después de la intervención se encuentren diferencias entre el grupo control y el grupo experimental.

Palabras clave: Trastorno mental grave, habilidades sociales, entrenamiento.

Abstract

People with severe mental disorder (SMD) often face significant difficulties in their social skills, which negatively impacts their quality of life and their ability to integrate into the community. These difficulties can lead to social isolation and increased dependence on mental health services. The project aims to implement and evaluate the effectiveness of a social skills training programme designed specifically for this population in order to improve their social functioning and promote better community integration. To evaluate the effectiveness of the programme, there will be two groups (experimental and control), each composed of 10 participants, whose social skills will be assessed before and after the programme, as well as their problem-solving and emotional management skills. After the intervention, differences are expected to be found between the control group and the experimental group.

Key words: Severe mental disorder, social skills, training.

Introducción

Trastorno mental grave

En el mundo, 970 millones de personas padecen problemas de salud mental que impactan severamente en su día a día según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). Por ejemplo, el trastorno bipolar impacta en la vida de 40 millones de personas, mientras que la esquizofrenia afecta a 24 millones, según datos proporcionados por el Institute for Health Metrics and Evaluation en 2021. En el contexto español, un porcentaje de entre el 2,5% y el 3% de la población adulta experimenta trastornos mentales graves, afectando a más de un millón de personas (Confederación Salud Mental España, 2017). Estas cifras subrayan la importancia de abordar de manera integral la salud mental tanto a nivel nacional como internacional, destacando la necesidad de comprender con precisión las enfermedades mentales graves para implementar estrategias efectivas de intervención, prevención y apoyo.

La definición de trastorno mental grave (TMG) varía según los distintos contextos, legales, clínicos o de investigación. Actualmente, esta definición no se puede basar solo en criterios clínicos, sino que también hay que tener en cuenta la temporalidad y la discapacidad, considerando tanto síntomas como factores psicosociales para realizar la contextualización (Espinosa et al., 2019). Algunos autores definen el término operativamente como un trastorno mental, conductual o emocional, diagnosticable que causa un deterioro funcional grave, interfiriendo sustancialmente o limitando una o más actividades importantes de la vida (Lu et al., 2022). Bajo esta definición, son muchas las afecciones que pueden incluirse, si bien es común la persistente utilización de sistemas de clasificación a escala global, como el Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (American Psychiatric Association: APA, 2013) o la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: CIE-11 (OMS, 2022). Según estos manuales los tres grupos predominantes de diagnósticos vinculados al TMG son: esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar u otros trastornos afectivos mayores y trastornos de personalidad (Espinosa et al., 2019).

En el manual DSM-5 la definición de trastorno mental que se aporta es: “Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”. Para designar la gravedad, el DSM-5 adopta un enfoque nosológico, considerando diferentes niveles de gravedad según el trastorno definido, lo que ha generado inquietudes sobre la claridad conceptual y uniformidad en definir qué constituye una forma grave de trastorno (Blumenthal-Barby, 2013).

Aunque lo óptimo sería llegar a un consenso, en esta ocasión enfrentamos obstáculos que dificultan alcanzar un acuerdo general sobre los criterios de diagnóstico para personas con TMG. Esta falta de consenso nos expone a un riesgo considerable: la posibilidad de proporcionar tratamientos que no resulten efectivos para quienes padecen TMG (Martínez-Martínez et al., 2020). La falta de tratamiento adecuado o la ausencia de intervenciones eficaces pueden desencadenar discapacidades severas, desempleo, falta de vivienda e incluso situaciones extremas como conductas suicidas (Merikangas et al., 2017).

Frente a esta realidad, resulta más adecuado dirigir las intervenciones hacia los síntomas o dimensiones específicas afectadas por el TMG. Este enfoque busca evitar posibles discrepancias en la selección de intervenciones y garantizar una atención más precisa y personalizada. Al centrarnos en abordar las áreas específicas de dificultad, podemos maximizar la eficacia de las intervenciones y contribuir de manera más efectiva a mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan los desafíos asociados con los TMG.

Diversidad de síntomas en TMG

La variabilidad en la presentación de síntomas entre personas diagnosticadas con el mismo trastorno mental agrega una capa más de complejidad a la comprensión y tratamiento de estos trastornos (Spiller et al., 2021). Los síntomas asociados a los TMG engloban una extensa diversidad de manifestaciones que impactan significativamente en

las diversas esferas del individuo. En el ámbito cognitivo, pueden presentar desde síntomas psicóticos, incluyendo alucinaciones y delirios, alteraciones del estado de ánimo, trastornos cognitivos, funciones mentales anormales y cambios conductuales. En relación con el ámbito emocional, las personas afectadas por TMG pueden experimentar síntomas como angustia, ansiedad, irritabilidad, tristeza o apatía, entre otros. En lo que concierne al ámbito motor, se pueden manifestar síntomas como compulsiones, escape/evitación de situaciones, aislamiento, entre otros. Si dirigimos la atención al ámbito fisiológico, se pueden observar síntomas como fatiga, falta de apetito, cefaleas o trastornos del sueño (Nguyen et al., 2019). Por último, y particularmente relevante, el área interpersonal, que se ve especialmente afectada por los síntomas previamente mencionados, generando en la mayoría de los casos un marcado deterioro en la capacidad de relacionarse con los demás. Esta repercusión sustancial en las habilidades sociales subraya la importancia de abordar de manera integral y precisa los diversos dominios afectados al desarrollar estrategias de intervención.

Relación entre TMG y habilidades sociales

Para que un comportamiento social sea óptimo, es necesario integrar de manera sutil estos tres componentes para cumplir con las demandas de una situación específica (Drake y Bellack, 2005):

- Habilidades de recepción (Percepción social): capacidad para interpretar con precisión las señales sociales tales como expresiones faciales, tono de voz, postura, contenido verbal y contextual (Solomon y Cullen, 2008).
- Habilidades de procesamiento (Cognición social): habilidad para analizar el estímulo social, combinar la información actual con la pasada, realizar una interpretación y planificar una respuesta efectiva. También llamado resolución de problemas (Prasko 1996).
- Habilidades expresivas (Respuesta conductual): capacidad de generar respuestas verbales y no verbales de forma efectiva y hablar con características paralingüísticas adecuadas.

Dichos componentes se ven afectados en mayor o menor medida en las personas con TMG, provocando una disfunción en la comunicación interpersonal.

En primer lugar, la capacidad de mentalización, que engloba la habilidad para reconocer e interpretar expresiones faciales y emociones ajenas, se ve afectada (Kurimoto et al. 2020).

Además, en el aspecto no verbal de la comunicación también se observa un declive. La alteración en la dimensión no verbal se puede mostrar con retrasos en los comportamientos motores, una marcada lentitud en la emisión del discurso, una disminución notable del contacto visual o la presencia de gestos nerviosos entre otros (Kurimoto et al. 2020).

Estos déficits contribuyen a las dificultades en la manera de comunicarse, interactuar con los demás, resolver problemas, expresar sentimientos y fijar límites (Bellack et al., 2007). Tener dificultades en estas habilidades esenciales no solo dificulta las interacciones diarias, sino que también añade complejidad al proceso de construir conexiones significativas y duraderas con otras personas (Enas et al., 2017).

Tales déficits acumulativos pueden dar lugar a una baja autoestima y un aumento de la ansiedad ante el rechazo, propiciando comportamientos introvertidos y de evitación, y a su vez, generando una angustia significativa en sus interacciones (Kurimoto et al., 2020; Shailer et al., 2013).

Así mismo, el estigma social y la discriminación asociada emergen como factores limitantes en el establecimiento de conexiones sociales, generando problemas tanto para la inclusión social como para la vida independiente (Alonso et al., 2018; Jenkins 2023; Kurimoto et al., 2020). Esta limitación aumenta la vulnerabilidad de las personas con TMG, dificultando su pleno desarrollo en la sociedad.

Las habilidades cognitivas y sociales se consideran esenciales para la salud mental, y las deficiencias en estas habilidades a menudo preceden a la aparición de trastornos mentales graves (Galderisi et al., 2013; Kurtz y Mueser, 2008).

En conclusión, la carga social del TMG se manifiesta a través de múltiples carencias que repercuten directamente en la calidad de vida y el funcionamiento social de las personas afectadas. Aunque la terapia farmacológica es esencial para tratar algunos síntomas, también es necesario ofrecer una terapia adicional para mejorar su

funcionamiento social y ayudarles a integrarse en la comunidad. En este contexto, las habilidades sociales emergen como factores fundamentales en el tratamiento del TMG.

Entrenamiento en Habilidades sociales

La efectividad del entrenamiento en habilidades sociales (EHS) abarca diversas condiciones, desde trastornos del espectro autista hasta fobia social, esquizofrenia y trastornos psicóticos (Arbesman et al., 2011; Bendig et al., 2021; Kurtz y Mueser, 2008; Horan et al., 2011; Lyman et al., 2014).

Son diversos los tipos de intervenciones en habilidades sociales que se han venido realizando a lo largo del tiempo. Entre ellas encontramos las intervenciones destinadas a mejorar la cognición social (ECS) como algunas de las más eficaces. Algunos ejemplos de estas fueron: Social Cognition and Interaction Training (SCIT) de Roberts et al., (2016) o el Family Supported Cognition and Social Interaction Training (FSCIT) de Tas et al., (2012). Este tipo de intervenciones han demostrado una mejora importante en la habilidad para entender emociones y percepciones sociales, así como en la capacidad para identificar, comprender y diferenciar los estados mentales de los demás, además del funcionamiento en situaciones sociales. Sin embargo, la persistencia de estas mejoras necesita ser examinada con mayor detalle, ya que se ha observado que las habilidades adquiridas inmediatamente después del tratamiento tienden a disminuir con el tiempo (Nijman et al., 2020).

También se reconoce al entrenamiento en habilidades sociales, utilizando técnicas conductuales, como una intervención eficaz, especialmente en la mejora del funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia (Kopelowicz, 2006; Kurtz y Mueser, 2008). Algunos ejemplos son: Social Skills Training de Rus-Calafell et al., (2014) o Social and Independent Living Skills Program de Liberman et al., (2005). Sin embargo, la cantidad limitada de Ensayos Controlados Aleatorios (ECA) disponibles, junto con la falta de datos de seguimiento después de la finalización del entrenamiento, impide calcular tamaños medios de efecto significativos. Por lo tanto, se vuelve esencial considerar la posibilidad de sesiones de refuerzo para maximizar los beneficios del tratamiento (Kurtz y Mueser, 2008).

Por otro lado, intervenciones centradas en las habilidades sociales y de la vida diaria, impartidas en grupos utilizando técnicas cognitivas o conductuales, han demostrado eficacia (Smart et al., 2020). Un ejemplo es el Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST), que combina terapia cognitivo-conductual y EHS, mostrándose eficaz para personas con esquizofrenia (Granholm et al., 2016).

Aunque muchas de estas intervenciones se consideran efectivas, la falta de estudios sobre su generalidad a otros ámbitos, manteniendo los beneficios a lo largo del tiempo plantea dudas sobre su verdadera eficacia. Por ende, se discute sobre si estas intervenciones realmente logran resultados efectivos a largo plazo. La generalización, entendida como el proceso de llevar las habilidades adquiridas en un entorno clínico a situaciones naturales donde la persona las utiliza en su vida diaria y rutina habitual, es clave para responder a este interrogante. Además, se ha demostrado que la generalización no es algo que surja de forma natural después de una intervención, sino que es un suceso que se debe perseguir llevando a cabo técnicas específicas que lo garanticen (Corrigan et al., 2004). Finalmente, el objetivo cuando se realiza una intervención es que la persona obtenga la recuperación, por lo tanto en este caso, se entiende recuperación como el proceso social en el que las personas con TMG dan una importancia central a su capacidad para participar significativamente en relaciones sociales (Schön et al., 2009).

Hoy et al., (2023) realizaron una revisión sistemática basándose en las pautas para trabajar las habilidades sociales que proporcionaban a los pacientes mayor transferencia a la vida diaria. De todos los estudios revisados los que demostraron ser más eficaces para perseguir la generalización fueron: 1). Centrarse en la cognición. Como se ha comentado anteriormente, la problemática en la cognición social se asocia con un mal funcionamiento interpersonal (Corrigan et al., 2004; Suzuki et al., 2011). Y aunque mejorarla por si sola no garantiza una mejora funcional (Kurtz et al., 2008), un enfoque integrado, donde se trabajen habilidades sociales y cognitivas, puede presentar un impacto positivo (Bellack et al., 2007; Bradshaw et al., 2007; Corrigan et al., 2004; Ware et al., 2007). 2). Facilitar y apoyar las habilidades sociales. Se refiere a la práctica de habilidades sociales en entornos controlados y en situaciones reales donde las personas puedan expresar lo aprendido (Cacioppo et al., 2014; Cohen 2004; Horan et

al., 2018). 3). Participación del apoyo social. La teoría del aprendizaje social destaca la importancia del entorno social cercano en el cambio de comportamiento duradero (Bellack et al., 2004). Trabajar con estos sistemas de apoyo facilita la integración de la persona en su entorno social. La participación activa de estos sistemas en el proceso de intervención les brinda una comprensión más profunda y les permite brindar un apoyo continuo al paciente. Además, la participación directa de familiares y amigos cercanos ofrece un apoyo emocional vital para enfrentar los desafíos sociales (Padgett et al., 2008). 4). Objetivos concretos y centrados en el cliente. Tradicionalmente el EHS se realiza en formato grupal (Bengtsson et al., 2001), aunque, la inclusión de sesiones individuales puede mejorar la transferencia de habilidades al permitir que los pacientes exploren sus dificultades de manera más segura y directa. Estas sesiones individuales permiten identificar objetivos significativos relacionados con los desafíos sociales personales de cada uno de ellos (Bellack et al., 2004).

Es importante tener en cuenta lo anterior para diseñar las técnicas que se llevarán a cabo en el programa. Normalmente las técnicas utilizadas en el EHS son esencialmente conductuales, pero también pueden insertarse en un paradigma cognitivo y cognitivo-conductual. Las técnicas más utilizadas por su evidencia con respecto a los resultados obtenidos en cuanto al entrenamiento en habilidades sociales son: psicoeducación, modelado, ensayos de conducta o role-playing, feedback o retroalimentación, refuerzo y práctica en situaciones reales (Caballo, 2005; García et al., 2019; Kelly, 2009).

Programa de intervención basado en el EHS

Con todo lo expuesto anteriormente, se pretende crear un programa de intervención basado en los principios clave de los siguientes modelos:

- Modelo de Percepción Social (Argyle y Kendon, 1967). La comprensión del contexto es un factor decisivo para desarrollar habilidades sociales).
- Modelo de Condicionamiento Operante (Skinner, 1938). El comportamiento puede manipularse y corregirse mediante experiencias de aprendizaje.
- Modelo de Aprendizaje Social (Bandura, 1977). El aprendizaje se realiza a través de la observación de sí mismo o de otro.

El programa se basará en un enfoque integrado que combinará técnicas cognitivas y conductuales para el desarrollo de habilidades sociales. Será impartido en formato grupal (con participantes que posean características similares y que cursen síntomas parecidos), para fomentar las relaciones interpersonales y el apoyo mutuo entre los miembros del grupo. Además, con el fin de buscar la generalización se añadirán sesiones para familiares y sesiones de refuerzo individualizadas para los pacientes.

Objetivos

El Objetivo general de este proyecto es aplicar y evaluar la eficacia del programa de intervención para mejorar las habilidades sociales en personas diagnosticadas con TMG. Para ello el programa se impartirá buscando la generalización de habilidades sociales a los diferentes contextos en los que se encuentran las personas participantes.

Con el fin de lograr este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar la articulación y observación lenguaje no verbal.
- Fomentar el uso de la escucha activa.
- Entrenar las habilidades de comunicación asertiva.
- Desarrollar habilidades para establecer límites personales.
- Adquirir habilidades para iniciar, mantener y finalizar conversaciones.
- Entrenar la gestión emocional.
- Desarrollar habilidades de resolución de problemas.
- Generalizar las habilidades sociales a situaciones de la vida cotidiana.

Estos objetivos proporcionan un marco integral para la intervención en habilidades sociales, abordando diversas dimensiones de estas y contribuyendo al bienestar general de las personas con TMG.

Localización

La implementación del programa de entrenamiento de habilidades sociales se llevará a cabo en las instalaciones de ASAPME Teruel, situadas en la ciudad de Teruel, España.

Concretamente el programa se llevará a cabo en la biblioteca del edificio 1 perteneciente a ASAPME Teruel. Los dos edificios de ASAPME Teruel están diseñados teniendo en cuenta la accesibilidad para todas las personas, incluyendo aquellas con movilidad reducida o necesidades especiales. Además de las instalaciones principales, el centro cuenta con servicios complementarios como áreas de descanso, baños adaptados y espacios al aire libre, que contribuyen a crear un ambiente inclusivo y acogedor para los participantes.

Metodología

Participantes

Los beneficiarios directos de este programa de intervención son personas usuarias de ASAPME Teruel, con una edad comprendida entre 18 y 60 años. Para pertenecer al proyecto deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad, comprender español, tener capacidad cognitiva adecuada, presentar un diagnóstico confirmado como TMG, tener estabilidad clínica (bajo tratamiento adecuado) y contar con disponibilidad para asistir a las sesiones. Para confirmar estos criterios, los participantes se someterán a una entrevista inicial para comprobar su grado de razonamiento y se llenará una ficha sociodemográfica. Además, deberán entregar su certificado de diagnóstico confirmado como TMG (el cual también es un requisito para pertenecer a ASAPME Teruel) en vigor y actualizado; y se pedirá a las psicólogas de ASAPME Teruel que elaboren informes con el estado actual de estos para determinar así su estabilidad clínica actual.

Por otro lado, los criterios de exclusión serán estar experimentando episodios agudos de descompensación o crisis, ser un peligro para si mismos o para los demás o presentar abuso de sustancias no controlado.

En total, serán 20 participantes los que formarán parte del programa. De estos, 10 pertenecerán al grupo control y los otros 10 al grupo experimental, formando parte de estos de forma aleatoria. Con esta forma equitativa se podrán contrastar las comparaciones del grupo control con el grupo experimental. En cuanto al tamaño, se ha decidido así porque un grupo más grande puede interferir en el seguimiento, además al

incluir sesiones individuales un grupo muy grande alargaría la intervención demasiado. De esta forma las sesiones pueden estar más individualizadas.

Instrumentos

Los participantes cumplimentarán una ficha sociodemográfica, que recopila información sociodemográfica, abarcando aspectos como género, estado civil, situación de vivienda, nivel educativo, empleo, tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, percepción de la necesidad de ayuda y tipo de asistencia reciente recibida. Este conjunto de datos proporcionará una descripción más completa y detallada de la muestra de población en estudio (Anexo 1).

Además, se realizará una entrevista no estructurada a cada uno de los posibles seleccionados para determinar si presentan alguno de los criterios de exclusión establecidos.

Para evaluar específicamente la efectividad del programa de habilidades sociales, se emplearán los siguientes instrumentos:

- **Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social Molecular (SECHS) (Caballo, 1988)** (Anexo 2) (Completado por la psicóloga): Se trata de un cuestionario que mide conductas moleculares a través de la observación, sistematizando la información sobre los componentes no verbales: expresión facial, mirada, sonrisas, la postura, la orientación, la distancia/contacto físico, gestos, apariencia personal y oportunidad de los reforzadores; los componentes paralingüísticos: volumen de la voz, la entonación, el timbre, la fluidez, la velocidad, las preguntas y las respuestas a preguntas; y los componentes verbales: contenido, humor, atención personal, preguntas y respuestas a preguntas. Cada elemento se clasifica de 1 a 5 según su adecuación, la conducta se considera adecuada si la puntuación es de 3 o más, de lo contrario esa conducta/elemento necesitará intervenirse. Este sistema ha demostrado una fiabilidad de ,85 mediante el alfa de Cronbach en el estudio de Gómez et al., (2001).

- **Escala de habilidades sociales (CHASO) (Caballo et al., 2017)** (Anexo 3). Se trata de un autoinforme compuesto por 40 ítem que evalúa las habilidades sociales en 10 di-

mensiones: Interactuar con desconocidos (presentarse, tener conversaciones con desconocidos, ...); expresar sentimientos positivos (agradecer, expresar apoyo,...); Afrontar las críticas (expresar opiniones diferentes a otras personas, responder a injusticias, ...); Interactuar con las personas que me atraen (pedir salir, conocerse mejor,...); Mantener la calma ante las críticas (cuando hacen una broma, cuando se equivocan, ...); Hablar en público/interactuar con superiores (hablar ante desconocidos en público, responder una pregunta en público, ..); Afrontar situaciones de hacer el ridículo (pedir explicaciones cuando hablan mal de mí, cuando me niegan el saludo, ...); Defender los propios derechos (decir a alguien que baje la voz, que no se cuele, ...); Pedir disculpas (cuando me dicen que he hecho algo mal, cuando hiero los sentimientos de alguien,...); y Rechazar peticiones (decir que “no” cuando me piden algo que me molesta, ante algo poco razonable, ...). Para evaluar los ítems se utiliza una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1: “muy poco característico de mí” y 5: “muy característico de mí”. Cada ítem pertenece a una dimensión concreta, para obtener información de cada dimensión se suman los ítems que pertenecen a esta, cuanta más puntuación se obtenga más habilidad. Se ha elegido este instrumento por su fácil administración y la amplia gama de habilidades sociales que evalúa. Además, ha demostrado una fiabilidad ,88 mediante el alfa de Cronbach en una muestra de 826 personas españolas y con edades comprendidas entre 25 y 87 años (Caballo et al., 2017).

- **Escala de Asertividad de Rathus [Rathus Assertiveness Schedule, RAS, (Rathus, 1973), versión española realizada por Comeche et al., (1995)]** (Anexo 4). Se trata de una escala compuesta por 30 ítems que evalúan la asertividad general, los ítems están formulados con una escala tipo Likert del -3: “muy poco característico de mi” al +3: “muy característico de mi”. Para realizar la corrección, deberán sumarse las puntuaciones obtenidas de todos los ítems que oscilarán en un rango de -90 a +90, cuanta más puntuación se obtenga más asertividad mostrará el sujeto. Este instrumento autoadministrado presentó una alta consistencia interna ($\alpha = ,86$) en una muestra de 615 adultos (León et al., 2009).

- **Escala de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales, versión abreviada [Trait Meta-Mood Scale, TMMS-24, (Salovey et al., 1995), versión en español realizada por Fernández-Berrocal et al., (1998)]** (Anexo 5). La TMMS está compuesta por 24 ítems

que evalúan 3 dimensiones (8 ítems para cada dimensión): Atención emocional (prestar atención a las propias emociones), claridad emocional (comprender y diferenciar emociones identificando causa y consecuencias), reparación emocional (capacidad para regular las propias emociones). Para evaluar los ítems se utiliza una escala tipo Likert del 1: “Nada de acuerdo” al 5: “totalmente de acuerdo”, la suma de los ítems pertenecientes a cada dimensión proporciona las puntuaciones totales. La interpretación es diferente en cada subescala y existen puntos de corte diferentes para hombres y mujeres. En la dimensión 1: Atención emocional se considera una buena atención en mujeres cuando las puntuaciones oscilan entre 23 y 35 puntos, mientras que en hombres entre 22 y 32 puntos. Para la dimensión 2: Claridad emocional y dimensión 3: Reparación emocional, las puntuaciones en mujeres deben ser mayores de 35 puntos, mientras que en hombres deben superar los 36. Es una escala de fácil administración, está adaptada a la población española y sus puntuaciones en una muestra de 292 personas presentaron una fiabilidad de ,85 mediante el alfa de Cronbach (Fernández-Berrocal et al., 1998).

- **Inventario de Solución de Problemas Sociales, versión abreviada (SPSI-R) (D' Zurilla et al., 2002)** versión en español realizada por Maydeu-Olivares (2002) (Anexo 6): Es un cuestionario de autoadministración que evalúa las habilidades de resolución de problemas mediante los 25 ítems de los que esta compuesto. Se compone de 5 dimensiones: orientación positiva hacia el problema, orientación negativa hacia el problema, estilo de resolución de problema racional, estilo impulsivo/descuidado y estilo evitativo; cada una de las dimensiones esta conformada por 5 ítems de tipo Likert que van de 0: “no es cierto en absoluto” hasta 4: “extremadamente cierto”. La corrección del instrumento se realiza sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada dimensión. Estas cinco subescalas permiten derivar un puntaje total que corresponde a la estimación general de la habilidad para solucionar problemas. Este instrumento ha demostrado una fiabilidad de ,85 mediante el Alfa de Cronbach en una muestra de 366 personas (Merino, 2012).

Procedimiento

Fase I: Contacto con ASAPME Teruel

En esta fase inicial, se establecerá contacto con ASAPME Teruel. Se coordinará una reunión para presentar el programa de habilidades sociales y discutir la posibilidad de colaboración. Durante esta fase, se explicará el propósito del programa, los objetivos y la metodología de intervención. Se buscará establecer una relación de colaboración sólida y establecer acuerdos logísticos para la implementación del programa.

Una vez que el equipo directivo de ASAPME Teruel dé el visto bueno, se realizará una reunión con las psicólogas para informarles de los criterios de inclusión y exclusión, ya que esperamos su colaboración a la hora de elegir a los participantes.

Fase II: Evaluación previa al programa

En esta fase, se llevará a cabo una evaluación inicial de cada participante potencial para determinar su elegibilidad según los criterios de inclusión y exclusión, además de sus necesidades individuales. Esta evaluación incluye pasar la ficha sociodemográfica antes mencionada y realizar una entrevista individual con cada uno de ellos. El objetivo es recopilar información sobre el perfil sociodemográfico, la salud mental y las habilidades sociales de cada participante. Basándonos en los resultados de la evaluación, se identificarán las áreas específicas de mejora.

Fase IV: Selección de los participantes y asignación de los grupos

Una vez completada la evaluación previa al programa, se procederá a seleccionar a los participantes que cumplen con los criterios de inclusión establecidos. Se les informará y otorgará el consentimiento informado para la participación en el proyecto (Anexo 7). Los participantes que cumplen los criterios responderán a los siguientes cuestionarios: Escala de habilidades sociales, CHASO (Caballo et al., 2017)); Escala de Asertividad de Rathus, RAS (Rathus, 1973) en versión española, inventario de Solución de Problemas Sociales, versión abreviada (SPSI-R) (D' Zurilla et al., 2002) en castellano y Escala de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales, TMMS-24 (Salovey et al., 1995). Al finalizar las terapeutas completarán la Evaluación SECH (Caballo, 1988).

Se asignará a cada participante a un grupo de intervención de forma aleatoria mediante el sistema de aleatorización OxMar (Guillaumes et al., 2019) y se

programarán las sesiones grupales de acuerdo con la disponibilidad de los participantes y del personal.

Fase V: Puesta en marcha de las sesiones grupales

En esta fase, se iniciarán las sesiones grupales del programa de habilidades sociales. Cada grupo tendrá una cartera de actividades diferentes. El grupo experimental recibirá el programa de intervención basado en habilidades sociales para personas con trastorno mental grave. Este programa está diseñado con dos módulos, un primer módulo centrado en la adquisición de habilidades de comunicación y asertividad; y un segundo módulo centrado en el trabajo de la inteligencia emocional y la resolución de problemas. Todas las actividades de los módulos buscan el entrenamiento de habilidades sociales y la generalización a los diferentes contextos de las personas. Cada sesión se llevará a cabo de acuerdo con el plan de intervención diseñado. Se fomentará un ambiente de apoyo y colaboración entre los participantes, facilitado por el equipo de intervención. Se hará un seguimiento regular del progreso de los participantes mediante observación y corrección de los deberes para casa

En cuanto al grupo control, estos participantes recibirán clases de pintura y charlas sobre cuestiones de interés actual. Estas actividades no buscan el entrenamiento de las habilidades sociales o cuestiones relacionadas.

Este estudio será revisado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) y por cuestiones éticas, si al finalizar el tratamiento se observan mejoras, se ofrecerá a los participantes del grupo control la posibilidad de recibir la misma intervención que el grupo experimental.

Fase VI: Evaluación post-tratamiento

Una vez finalizadas las sesiones grupales, se llevará a cabo una evaluación post-tratamiento para medir el impacto del programa en las habilidades sociales. Se volverán a pasar a todos los participantes: Escala de habilidades sociales, CHASO (Caballo et al., 2017)); Escala de Asertividad de Rathus, RAS (Rathus, 1973) en versión española, Inventario de Solución de Problemas Sociales, versión abreviada (SPSI-R) (D' Zurilla et al., 2002) en castellano Inventario de Solución de Problemas Sociales, versión

abreviada (SPSI-R) (D' Zurilla et al., 2002) en castellano y Escala de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales, TMMS-24 (Salovey et al., 1995). Al finalizar las terapeutas volverán a completar la Evaluación SECH (Caballo, 1988).

Se pedirá a las psicólogas de ASAPME Teruel que observen el comportamiento de los sujetos una vez finalizado el tratamiento para obtener resultados en la evaluación a largo plazo.

Fase VII: Evaluación a largo plazo

Esta fase implica una evaluación de seguimiento cada seis meses durante el año y medio posterior a la finalización del programa de habilidades sociales. El objetivo principal de esta evaluación es determinar el mantenimiento de los efectos del programa a largo plazo y evaluar cualquier cambio adicional en las habilidades sociales de los participantes. Se contactará a los participantes para programar citas y volver a pasar los cuestionarios: Escala de habilidades sociales, CHASO (Caballo et al., 2017)); Escala de Asertividad de Rathus, RAS (Rathus, 1973) en versión española y Escala de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales, TMMS-24 (Salovey et al., 1995). Al finalizar las terapeutas volverán a completar la Evaluación SECH (Caballo, 1988).

Además, se les pedirá tanto a las psicólogas de ASAPME Teruel como a los familiares de los participantes que proporcionen los informes de seguimiento que han estado realizando con sus observaciones. Para realizar los informes de observación, los familiares y las psicólogas realizarán una observación sistemática en 4 períodos de tiempo (Anexo 9). Los datos recopilados se compartirán con los resultados de la evaluación post-tratamiento para analizar la estabilidad de los cambios observados y proporcionar información sobre la efectividad a largo plazo del programa.

Sesiones y Cronograma

En cuanto a la puesta en marcha de las sesiones, se dispone de un grupo control y un grupo experimental. Para ambos se realizará un total de 13 sesiones, con una frecuencia de dos sesiones por semana y con una duración de 120 minutos por sesión. Para que las sesiones no se hagan muy largas habrá 15 min de descanso cuando se complete 1h de sesión.

Para el grupo control las sesiones estarán intercaladas entre clases de pintura (que recibirán 1 por semana) y charlas sobre temas actuales y de interés.

Por otro lado, el grupo experimental recibirá el programa de intervención basado en habilidades sociales que constará de dos módulos. El módulo 1: Habilidades de conversación y asertividad, conformado por 8 sesiones donde en cada sesión se trabajará: comunicación no verbal, escucha activa, comunicación asertiva, establecimiento de límites, y las habilidades de conversación. Por otra parte, el módulo 2: Inteligencia emocional y resolución de problemas, conformado por 4 sesiones. Cada sesión de estos módulos seguirá una estructura más o menos lineal:

- Primero se comentarán los deberes de la sesión anterior (exceptuando la sesión 3 que al ser la primera del módulo no lo precisa).
- Se proporcionará el nuevo contenido psicoeducativo que cada sesión precise dependiendo del tema a tratar.
- Se realizará una actividad práctica, correspondiente al tema que se trabaja.
- Los participantes harán una reflexión de lo realizado en la sesión y, si se precisa, se mandarán deberes para casa (para estos deberes tendrán una libreta individual).

Durante las sesiones, en las actividades realizadas se utilizarán técnicas validadas que ya han sido realizadas anteriormente y se han mostrado eficaces como son: psicoeducación, reestructuración cognitiva, modelado, role-playing, instrucciones y deberes para casa (Caballo et al., 2005; Kelly et al., 2009). (Anexo 8).

Antes del comienzo del módulo 1, los familiares de los participantes del grupo experimental asistirán a una sesión (“Apoyo a las habilidades sociales”).

Tabla 1

Sesiones del programa de intervención

Grupo Experimental	Grupo Control
--------------------	---------------

Semana 1	Sesión 1	Evaluación Inicial	Entrevistas iniciales e Instrumentos
	Sesión 2	Introducción y presentación del programa	Explicación del cronograma y las actividades
MÓDULO I: HABILIDADES DE CONVERSACION Y ASERTIVIDAD			
Semana 2	Sesión 3	Observación y comunicación no verbal.	Actividad 1: Clases de pintura
	Sesión 4	Escucha activa	Actividad 2: Charla sobre hábitos saludables
Semana 3	Sesión 5	Estilos de Comunicación	Actividad 1: Clases de pintura
	Sesión 6	Comunicación Asertiva	Actividad 4: Charla sobre higiene bucodental
Semana 4	Sesión 7	Establecimiento de límites	Actividad 1: Clases de pintura
	Sesión 8	Conversación	Actividad 5: Charla sobre el cambio climático

**MODULO II: INTELIGENCIA
EMOCIONAL Y RESOLUCIÓN DE
PROBLEMAS**

Semana 5	Sesión 9	Reconocimiento y gestión emocional	Actividad 1: Clases de pintura
	Sesión 10	Reconocimiento y Gestión emocional	Actividad 7: Charla sobre seguridad digital
Semana 6	Sesión 11	Resolución de problemas	Actividad 1: Clases de pintura
	Sesión 12	Resolución de problemas	Actividad 8: Charla sobre higiene del sueño
Semana 7	Sesión 13	Evaluación final y cierre	Evaluación final y cierre

Dentro de esta tabla no se encuentran incluidas las sesiones individuales para los participantes del grupo experimental, ya que las citas se concertarán una vez se imparta el programa de intervención. Cada uno de los participantes tendrá la oportunidad de tener 2 sesiones de refuerzo a lo largo del programa, las cuales se deberán pactar con las terapeutas.

La sesión que se dará a la familia tampoco se encuentra incluida, pero puede consultarse en el anexo 8 y se realizará justo antes del módulo 1.

Presupuesto

Para llevar a cabo este proyecto se hará uso de los recursos de la Universidad de Zaragoza, del personal de ASAPME Teruel y de los fondos que esta entidad tiene destinados a este tipo de proyectos. La distribución de los recursos económicos de hará de la siguiente forma:

Tabla 2

Presupuesto del programa de intervención. Recursos humanos.

Recursos Humanos	Tarifa por hora	Horas semanales	Semanas	Coste
				Total
Psicólogo/a (Terapeuta)	50 €	8h	7	2800 €
Psicólogo/a (Co-terapeuta)	40 €	8h	7	2240 €
Profesor de pintura	40 €	2h	7	560 €
Personal para impartir charlas	40 €	2h	7	560 €
Total				6160 €

Tabla 3

Presupuesto del programa de intervención. Recursos materiales.

Recursos Materiales	Descripción	Coste Unitario	Cantidad	Coste Total
Material de Oficina	Papel, bolígrafos, carpetas, cuadernos de deberes etc.	150 €	1	150 €
Material Didáctico	Juegos, tarjetas, materiales para actividades grupales	200 €	1	200 €

Total	350 €
--------------	-------

Resultados esperados

Este trabajo está basado la propuesta de un programa de intervención para fomentar las habilidades sociales. Para evaluar la eficacia del programa se ha realizado un diseño experimental, con una fase pre y post y con la presencia de un grupo control. Para observar si los resultados han sido favorables, deben encontrarse diferencias entre el grupo control y el grupo experimental. Los participantes del grupo control no deben reflejar cambio alguno en la evaluación pre y post, mientras que los participantes del grupo experimental mostrarán cambios con respecto a los objetivos específicos que se marcaron anteriormente. Si el programa resultase eficaz, los participantes del grupo experimental mostrarían menor déficit en las habilidades sociales que el grupo control.

Para los participantes del grupo experimental:

En primer lugar, se espera una mejora significativa de los pacientes en la articulación y observación lenguaje no verbal, dando lugar a unos resultados favorables en la escala de SECH, estos resultados no variarán o lo harán muy poco desde la finalización del programa hasta la actualidad. Se espera que los participantes adquieran competencias vinculadas con las relaciones interpersonales como son: la escucha activa, establecimiento de límites y habilidades conversacionales, dichos resultados se verán reflejados en el test CHASO, mostrando diferencia en las puntuaciones pre y post tratamiento y no presentando variación desde el post tratamiento hasta la actualidad. Además, los resultados en el test de asertividad de Rathus, se verán aumentados con respecto a la evaluación pre y se mostrarán establecidos desde el final del programa hasta los seguimientos, mostrando así que los participantes utilizan el estilo de comunicación asertivo para relacionarse con las demás personas.

Por otra parte, se espera que los participantes adquieran habilidades para reconocer y gestionar sus emociones, este objetivo observará con la Escala de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales, observándose resultados favorables justo después de acabar el módulo de gestión emocional y siendo estos resultados los

mismos cuando se vuelva a pasar la prueba de seguimiento. También, se espera que los participantes adquieran habilidades para resolver problemas de forma adaptativa, mediante el Inventory of Social Problem Solving (D' Zurilla et al., 2002) se espera que los resultados se orienten hacia una resolución de problemas más racional.

Para finalizar, se espera que los informes proporcionados por las psicólogas de ASAPME Teruel muestren que verdaderamente se han adquirido y generalizado las habilidades sociales de los participantes, para ello también será esencial contrastar la información con los familiares.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, J., Mortier, P., Auerbach, R., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO world mental health surveys international college student project. *Depression and Anxiety*, 35(9), 802-814. <https://doi.org/10.1002/da.22778>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Argyle, M., & Kendon, A. (1967). The Experimental Analysis of Social Performance. En Advances in experimental social psychology (pp. 55-98). [https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(08\)60342-1](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60342-1)
- Arbesman, M., & Logsdon, D. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 238-246. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001289>
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice-Hall.
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., . . . Wykes, T. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 805-822. doi: 10.1093/schbul/sbl035
- Bellack A, Mueser K, Gingerich S, Agresta J. Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide. 2nd. New York, NY, USA: Guilford Press; 2004

Bengtsson-Tops A, Hansson L. Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int J Soc Psychiatry*. 2001;47(3):67-77.

Bendig, E., Küchler, A., Baumeister, H., & Becker, T. (2021). Blended care in in-patient acute psychiatric care: The example of a group training for social competences in adults—a pretest–posttest feasibility study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9433. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189433>

Blumenthal-Barby, J. (2013). Psychiatry's new manual (DSM-5): Ethical and conceptual dimensions. *Journal of Medical Ethics*, 40(8), 531-536.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101468>

Bodie, G. D. (2011). La escala de escucha activa-empática (ael): conceptualización y evidencia de validez dentro del dominio interpersonal. *Communication Quarterly*, 59(3), 277-295. <https://doi.org/10.1080/01463373.2011.583495>

Bradshaw W, Armour MP, Roseborough D. Finding a place in the world: The experience of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work*. 2007;6(1):27-47

Caballo, V. E. (1988). Sistema de evaluación conductual de la habilidad social (SECHS). TEA Ediciones.

Caballo, V. E. (2005). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI.

Caballo, V. E., & Salazar, I. C. (2017). Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: El "Cuestionario de Habilidades Sociales" (CHASO). *Psicothema*, 29(1), 5-24. https://www.researchgate.net/publication/316582949_Desarrollo_y_validacion_de

Cacioppo JT, Cacioppo S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*. 2014;8(2):58-72.

Cohen S. Social relationships and health. *American psychologist*. 2004;59(8):676.

- Confederación Salud Mental España. (2017). La salud mental en cifras. Comunica la Salud Mental. <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#espana>
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40, 513–523.
- Drake, R. E., & Bellack, A. S. (2005). Psychiatric rehabilitation.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2002). Social problem-solving inventory-revised (SPSI-R): Brief form. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed., pp. 381-404). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Enas Mahrous Abd EL Aziz, Hanan Ebrahim Abd EL Aziz Rady, Mohammed Nasr EL Din. Effectiveness of Social Skills Training Program on Social Functioning and Severity of Symptoms Among Patients with Schizophrenia. *American Journal of Nursing Science*. Vol. 6, No. 6, 2017, pp. 454-466. doi: 10.11648/j.ajns.20170606.13
- Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C. (2019). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, 16(1), 4-14. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4079>
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., & Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: Datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*, 1, 83-84.
- Galderisi, S., Bucci, P., Mucci, A., Kirkpatrick, B., Pini, S., Rossi, A., et al. (2013). Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophrenia Research*, 147(1), 157-162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
- García Grau, E., Fusté Escolano, A., Ruiz Rodríguez, J., Arcos Pros, M., Balaguer Fort, G., Guzmán Pérez, D. y Bados López, A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. Universidad de Barcelona. <http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/136063/1/>

- Garcia, M., Hurtado, P. A., Quintero, D. M., Rivera, D. A., & Ureña, Y. C. (2018, 8 diciembre). La gestión de las emociones, una necesidad en el contexto educativo y en la formación profesional. <https://www.revistaespacios.com/a18v39n49/18394908.html>
- Gómez-Berrón, G., & Ansell-Davis, F. (2001). The Behavioral Assessment of Social Skills (SECHS): A review of its psychometric properties and clinical applications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 133-149.
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R. y Holden, J. L. (2016). Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia: A practical treatment guide. Guilford Publications.
- Guillaumes, S., & O'Callaghan, C. A. (2019). Versión en español del software gratuito OxMaR para minimización y aleatorización de estudios clínicos. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 395-397. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.013>
- Horan, W., Kern, R., Tripp, C., Hellemann, G., Wynn, J., Bell, M., ... & Green, M. (2011). Efficacy and specificity of social cognitive skills training for outpatients with psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1113-1122.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.01.015>
- Horan WP, Dolinsky M, Lee J, Kern RS, Hellemann G, Sugar CA, et al. Social cognitive skills training for psychosis with community-based training exercises: a randomized controlled trial. *Schizophrenia bulletin*. 2018;44(6):1254-66.
- Hoy, K., Roher, S., & Duncan, A. (2023). Exploring the transfer effects of social skills interventions for individuals with serious mental illness: A scoping review. *Journal of Recovery in Mental Health*, 6(1), 4-18. <https://doi.org/10.33137/jrmh.v6i1.37889>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2022). Global Health Data Exchange (GHDx).
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Jenkins, G. T., Janich, N., Wu, S., & Shafer, M. (2023). Social isolation and mental health: Evidence from adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(2), 148–155. <https://doi.org/10.1037/prj0000554>
- Kelly, R. A. (2009). Entrenamiento de las habilidades sociales. Desclée de Brouwer.
- Knapp, M. L. (2009). La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. Barcelona: Paidós.

- Kopelowicz, A. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Supplement 1), S12-S23. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl023>
- Kurimoto, P., Lueboonthavatchai, P., & Maes, M. (2020). Impaired social skills as a key component of clinical depression: associations with severity of illness, self-esteem, family functional health satisfaction, and personality features.. <https://doi.org/10.20944/preprints202005.0122.v1>
- Kurtz, M., & Mueser, K. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 491-504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.491>
- León Madrigal, M., & Vargas Halabí, T. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 187-207.
- Liberman, R. P., & Silbert, K. (2005). Community Re-Entry: Development of Life Skills. *Psychiatry*, 68(3), 220-229. <https://doi.org/10.1521/psyc.2005.68.3.220>
- Lu, W., Yanos, P. T., Waynor, W. R., Jia, Y., Siriram, A., Leong, A., ... y Mueser, K. T. (2022). Lista de verificación de propiedades psicométricas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) para el dsm-5 en personas con enfermedades mentales graves. *Revista Europea de Psicotraumatología*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2038924>
- Lyman, D., Kurtz, M., Farkas, M., George, P., Dougherty, R., Daniels, A., ... & Delphin-Rittmon, M. (2014). Skill building: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(6), 727-738. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300251>
- Martínez-Martínez, C., Richart-Martínez, M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Operational Definition of Serious Mental Illness: Heterogeneity in a Review of the Research on Quality-of-Life Interventions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(3), 229–244. <https://doi.org/10.1177/1078390320902823>
- Merino, C. (2012). Forma breve del SPSI-R: Análisis preliminar de su validez interna y confiabilidad. *Terapia Psicológica*, 30(2), 85-90. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200009>

Merikangas, K., Bromet, E., & Druss, B. (2017). Future surveillance of mental disorders in the united states. *Jama Psychiatry*, 74(5), 431.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0109>

Nguyen, T., Tran, T., Tran, H., Tran, T., & Fisher, J. (2019). The burden of clinically significant symptoms of common and severe mental disorders among adults in vietnam: a population-based cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 19(1).

<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7513-7>

Nijman, S., Veling, W., Greaves-Lord, K., Vos, M., Zandee, C., Rot, M., ... & Pijnenborg, G. (2020). Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (discovr) for people with a psychotic disorder: single-group feasibility and acceptability study. *Jmir Mental Health*, 7(8), e17808. <https://doi.org/10.2196/17808>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud. (2022). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). <https://icd.who.int/es>

Padgett DK, Henwood B, Abrams C, Drake RE. Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *American journal of orthopsychiatry*. 2008;78(3):333-9

Prasko J (1996). Asertivitou proti stresu [Assertiveness against stress]. Grada, Praha.

Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior therapy*, 4(3), 398-406.

Roberts, D. L., Penn, D. L., & Combs, D. R. (2016). Social cognition and interaction training (SCIT): Group psychotherapy for schizophrenia and other psychotic disorders: Clinician guide. Oxford University Press.

Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., & Ribas-Sabaté, J. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Behavioral Psychology-psicología Conductual*, 22(3), 461-477. <https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/social->

[skills-training-for-people-with-schizophrenia\(5f56bff3-0469-4137-b782-fd2c40a138f5\)/export.html](https://skills-training-for-people-with-schizophrenia(5f56bff3-0469-4137-b782-fd2c40a138f5)/export.html)

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), Emotion, disclosure, & health (pp. 125–154). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>

Schön U-K, Denhoff A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. Int J Soc Psychiatry. 2009;55(4):336-47.

Shailer, J. L., Gammon, R. A., & De Terte, I. (2013). Youth with Serious Mental Health Disorders: Wraparound as a Promising Intervention in New Zealand. Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy, 34(3), 186-213.
<https://doi.org/10.1002/anzf.1028>

Skinner, B. F. (1938). The behavior of organisms: an experimental analysis. Appleton-Century.

Smart, E., Brown, L., Palmier-Claus, J., Raphael, J., & Berry, K. (2020). A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. International Journal of Geriatric Psychiatry, 35(5), 449-462. <https://doi.org/10.1002/gps.5264>

Solomon, P., & Cullen, S. W. (2008). Psychiatric rehabilitation for achieving successful community living for adults with psychiatric disabilities.

Spiller, T., Duek, O., Helmer, M., Murray, J., Känel, R., & Harpaz-Rotem, I. (2021). The uncommon is common: structural similarities of symptom heterogeneity across mental disorders.. <https://doi.org/10.31234/osf.io/g4kf8>

Suzuki M, Amagai M, Shibata F, Tsai J. Factors related to self-efficacy for social participation of people with mental illness. Archives of psychiatric nursing. 2011;25(5):359-65.

Tas, C., Danaci, A. E., Cubukcuoglu, Z., & Brüne, M. (2012). Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia — A randomized pilot study. Psychiatry Research, 195(1-2), 32-38.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.031>

Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric services*. 2007;58(4):469-74

Anexos

Anexo 1. Ficha de Datos Sociodemográfica

Por favor, complete la siguiente información con la mayor precisión posible. Sus respuestas son importantes para personalizar nuestro programa de intervención y brindarle el mejor apoyo posible.

Nombre del Participante: _____

Edad: _____ años

Sexo: () Masculino () Femenino () Otro _____

Estado Civil: () Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a () Otro: _____

Tenencia de Vivienda: () Propia () Alquilada () Con familiares () Otra: _____

Nivel Educativo: _____

Situación Laboral: _____

Años de Enfermedad Mental: _____

Percepción de la Necesidad de Ayuda: () No percibo necesidad de ayuda () Alguna necesidad de ayuda () Necesito ayuda significativa

Tipo de Ayuda Más Reciente Recibida: _____

Por favor, marque con una "X" en los espacios correspondientes y escriba cualquier información adicional que considere relevante.

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 2. Sistema de evaluación conductual de la habilidad social. (Caballo, 1988)

SISTEMA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA HABILIDAD SOCIAL (SECHS) (CABALLO, 1988).

Nombre:

COMPONENTES NO VERBALES

EXPRESIÓN FACIAL

1. Cara muy desgradable. Expresiones negativas muy frecuentes.
2. Cara desgradable. Algunas expresiones negativas.
3. Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
4. Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
5. Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

MIRADA

1. Mira muy poco. Impresión negativa. Mira continuamente. Muy desgradable.
2. Mira poco. Impresión algo negativa. Mira en exceso. Desgradable.
3. Frecuencia y patrón de mirada normales.
4. Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
5. Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

SONRISAS

1. Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa. Sonrisas continuas. Muy desgradable.
2. Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desgradable. Sonrisas excesivamente frecuentes. Desgradable.
3. Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
4. Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable
5. Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

POSTURAS

1. Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.
2. Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
3. Postura normal. No produce impresión de rechazo.
4. Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
5. Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

ORIENTACIÓN

1. Orientado completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
2. Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
3. Orientación normal. No produce una impresión desgradable.
4. Buena orientación. Impresión agradable.
5. Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

DISTANCIA / CONTACTO FÍSICO

1. Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total. Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desgradable.

2. Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento.
3. Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.
4. Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
5. Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
6. Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

GESTOS

1. No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
2. Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa.
3. Frecuencia y patrón de gestos normales.
4. Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
5. Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva

APARIENCIA PERSONAL

1. Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.
2. Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
3. Apariencia normal.
4. Buena apariencia. Agradable y atractiva.
5. Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

OPORTUNIDAD DE LOS REFORZAMIENTOS

1. No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.
2. Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.
3. Reforzamiento normal.
4. Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.
5. Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.

COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS

VOLUMEN DE LA VOZ

1. No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa. Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
2. Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa. Volumen demasiado alto. Desagradable.
3. Voz normal, pasable.
4. Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
5. Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva

ENTONACIÓN

1. Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.
2. Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.
3. Entonación normal, pasable.
4. Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable.
5. Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.

TIMBRE

1. Muy desgradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativa.
2. Algo desgradable, agudo o grave de forma negativa.
3. Timbre normal, ni agradable ni desgradable.
4. Timbre agradable. Impresión positiva.
5. Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.

FLUIDEZ

1. Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desgradable.
2. Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desgradable.
3. Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
4. Sin apenas perturbaciones y pausas embarazosas. Agradable.
5. Sin perturbaciones ni pausas embarazosas. Muy agradable.

VELOCIDAD

1. Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada. Habla extremadamente despacio. Muy desgradable.
2. Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende. Habla bastante despacio. Desgradable.
3. Velocidad normal. Se le entiende generalmente.
4. Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable.
5. Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.

CLARIDAD

1. No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo. Articulación excesiva de las palabras. Muy desgradable.
2. Pronuncia con claridad sólo algunas palabras o frases. Negativo. Demasiada articulación de las palabras. Desgradable.
3. Claridad de pronunciación normal.
4. Pronuncia las palabras claramente. Agradable.
5. Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.

TIEMPO DE HABLA

1. Apenas habla. Grandes períodos de silencio. Impresión muy negativa.
2. Habla continuamente, sin darle ninguna oportunidad a la otra persona. Muy desgradable.
3. Habla poco frecuentemente. Impresión negativa. Habla en exceso. Desgradable.
4. Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desgradable.
5. Buena duración del habla. Agradable.
6. Muy buena duración del habla. Muy agradable.

COMPONENTES VERBALES**CONTENIDO**

1. Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.

2. Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado. Impresión algo negativa.
3. Contenido normal, cierta variación.
4. Contenido interesante, animado, variado. Agradable.
5. Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.

HUMOR

1. Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa
2. Contenido serio y con muy poco humor. Impresión negativa.
3. Contenido de humor normal.
4. Contenido de humor bueno. Agradable.
5. Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.

ATENCION PERSONAL

1. Nunca se interesa por la otra persona ni hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.
2. Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
3. Interés normal por la persona.
4. Buen interés por la otra persona, con un numero adecuado de preguntas sobre ella.

PREGUNTAS

1. Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa. Hace preguntas continuamente. Muy desagradable.
2. Hace pocas preguntas. Impresión negativa. Hace preguntas en exceso. Desagradable.
3. Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.
5. Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.

RESPUESTAS A PREGUNTAS

1. Respuestas monosilábicas o muy poco adecuadas. Impresión muy desagradable.
2. Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.
3. Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.
4. Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.
5. Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva

Anexo 3. Escala de habilidades sociales (CHASO) (Caballo et al., 2017)

Código: _____ Edad: _____ Mujer Hombre Estudios/Profesión: _____ Pareja: Si No

CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES (CHASO)

(Caballo, Salazar, Irurtia y Equipo de Investigación CISO-A, 2016)

El siguiente cuestionario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como Vd. actúa normalmente, reflejando la probabilidad con la que llevaría a cabo la conducta si se presentara la ocasión. Responda señalando con una **X** en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos incluidos en el cuestionario son característicos o propios de usted, conforme a la siguiente puntuación:

1	2	3	4	5
Muy poco característico de mí	Poco característico de mí	Moderadamente característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera **sincera**; no se preocupe porque no existen respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

1. Pedir disculpas cuando mi comportamiento ha molestado a otra persona	1	2	3	4	5
2. Pedir que baje la voz a alguien que está hablando demasiado alto en el cine	1	2	3	4	5
3. Mantener la calma cuando me he equivocado delante de otras personas	1	2	3	4	5
4. Decir a alguien que no se cuele en la fila	1	2	3	4	5
5. Pedir a una persona que me atrae que salga conmigo	1	2	3	4	5
6. Decir a otra persona que respete mi turno de palabra	1	2	3	4	5
7. Disculparme cuando me equivoco	1	2	3	4	5
8. Decir que "no" cuando no quiero prestar algo que me piden	1	2	3	4	5
9. Decir a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5
10. Mantener la calma cuando me hacen una broma en público	1	2	3	4	5
11. Decir a otra persona que deje de molestar o de hacer ruido	1	2	3	4	5
12. Responder a una pregunta de un profesor en clase o de un superior en una reunión	1	2	3	4	5
13. Invitar a salir a la persona que me gusta	1	2	3	4	5
14. Hablar en público ante desconocidos	1	2	3	4	5
15. Mantener la calma ante las críticas que me hacen otras personas	1	2	3	4	5
16. Decir que me gusta a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
17. Hablar ante los demás en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
18. Salir con gente que casi no conozco	1	2	3	4	5
19. Pedir disculpas a alguien cuando he herido sus sentimientos	1	2	3	4	5
20. Insistir en saludar a alguien cuando antes no me ha respondido	1	2	3	4	5
21. Dar una expresión de cariño (besos, abrazos, caricias) a personas que quiero	1	2	3	4	5
22. Asistir a una fiesta donde no conozco a nadie	1	2	3	4	5

23.Mantener la calma al hacer el ridículo delante de otras personas	1	2	3	4	5
24.Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
25.Responder a una crítica injusta que me hace una persona	1	2	3	4	5
26.Expresar una opinión diferente a la que expresa la persona con la que estoy hablando	1	2	3	4	5
27.Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
28.Responder a una crítica que me ha molestado	1	2	3	4	5
29.Mantener una posición contraria a la de los demás si creo que tengo razón	1	2	3	4	5
30.Dar una expresión de apoyo (abrazo, caricia) a una persona cercana cuando lo necesita	1	2	3	4	5
31.Mostrar afecto hacia otra persona en público	1	2	3	4	5
32.Pedir explicaciones a una persona que ha hablado mal de mi	1	2	3	4	5
33.Hacer cumplidos o elogios a la persona que quiero	1	2	3	4	5
34.Rechazar una petición que no me agrada	1	2	3	4	5
35.Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
36.Decir que "no" cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
37.Si alguien ha hablado mal de mí, le busco cuanto antes para aclarar las cosas	1	2	3	4	5
38.Decir que "no" ante lo que considero una petición poco razonable	1	2	3	4	5
39.Pedir disculpas cuando me dicen que he hecho algo mal	1	2	3	4	5
40.Pedir explicaciones a una persona que me ha negado el saludo	1	2	3	4	5

© Fundación VECA (reservados todos los derechos). El cuestionario puede utilizarse para propósitos clínicos y de investigación sin autorización previa. No obstante, queda totalmente prohibida su publicación total o parcial por cualquier medio (electrónico, impreso, etc.) sin previa autorización por escrito de la Fundación VECA.

Instrucciones para la corrección del CHASO y las habilidades que evalúa:

- Habilidad 1: *Interactuar con desconocidos* (Suma de los ítems 18, 22, 27 y 35)
- Habilidad 2: *Expresar sentimientos positivos* (Suma de los ítems 21, 30, 31 y 33)
- Habilidad 3: *Afrontar las críticas* (Suma de los ítems 25, 26, 28 y 29)
- Habilidad 4: *Interactuar con las personas que me atraen* (Suma de los ítems 5, 9, 13 y 16)
- Habilidad 5: *Mantener la calma ante las críticas* (Suma de los ítems 3, 10, 15 y 23)
- Habilidad 6: *Hablar en público/Interactuar con superiores* (Suma de los ítems 12, 14, 17 y 24)
- Habilidad 7: *Afrontar situaciones de hacer el ridículo* (Suma de los ítems 20, 32, 37 y 40)
- Habilidad 8: *Defender los propios derechos* (Suma de los ítems 2, 4, 6 y 11)
- Habilidad 9: *Pedir disculpas* (Suma de los ítems 1, 7, 19 y 39)
- Habilidad 10: *Rechazar peticiones* (Suma de los ítems 8, 34, 36 y 38)

Puntuación total: Suma de todos los ítems del cuestionario.

Anexo 4. Escala de Asertividad de Rathus, RAS (Rathus, 1973), versión española realizada por Comeche et al., (1995)]

INSTRUCCIONES: Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes.

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- -1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- -2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- -3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la casilla situada a la derecha.

Nº	Ítem	Respuesta
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	
2	He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	
3	Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a.	
4	Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	
5	Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión.	
8	Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	
9	En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	
10	Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	
11	Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	
12	Rehúyo telefonear a instituciones y empresas.	
13	En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	
14	Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	

15	Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	
16	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	
17	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	
18	Si un eminent conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	
19	Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	
20	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	
21	Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	
22	Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, o la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	
23	Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	
24	Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	
25	En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.	
26	Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	
27	Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	
28	Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	
29	Expreso mis opiniones con facilidad.	
30	Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	

Anexo 5. Escala de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales, versión abreviada, TMMS-24, (Salovey et al., 1995)

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

1 Nada de acuerdo	2 Algo de acuerdo	3 Bastante de acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
-------------------------	-------------------------	-----------------------------	------------------------	-------------------------------

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5

18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Anexo 6. Inventario de Solución de Problemas Sociales, versión abreviada (SPSI-R) (D'Zurilla et al., 2002)

SPSI-R (forma abreviada)

D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. & Maydeu-Olivares, A.

Traducción: Maydeu-Olivares, A.

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** H ___ M ___ **Fecha:** _____

Instrucciones Las siguientes frases describen cómo puede pensar, sentir o actuar cuando se enfrenta a problemas de su vida diaria. No nos referimos a los disgustos habituales que resuelve con éxito cada día. En este cuestionario, un problema es algo importante en su vida que le preocupa mucho pero que no sabe inmediatamente cómo resolver o hacer que le deje de preocupar tanto. El problema puede ser algo que tenga que ver con Vd. (por ejemplo, sus pensamientos, sentimientos, conductas, salud o apariencia), algo que tenga que ver con su relación con otras personas (por ejemplo, su familia, sus amigos, sus profesores, o su jefe), o algo que tenga que ver con su entorno o las cosas que posea (por ejemplo, su casa, su coche, su dinero). Por favor,lea cada frase atentamente y escoja el número que aparece a continuación que muestre hasta qué punto cada frase es cierta de Vd. Piense en cómo piensa, siente y se comporta en general cuando se enfrenta a problemas importantes de su vida estos días. Ponga el número escogido en la línea delante de cada frase.

0 = No es cierto en absoluto

1 = Un poco cierto

2 = Bastante cierto

3 = Muy cierto

4 = Extremadamente cierto

1. ____ Me siento temeroso/a cuando tengo problemas importantes.
2. ____ Cuando tomo decisiones, no examino todas mis opciones.
3. ____ Me siento inseguro/a de mi mismo/a cuando tomo decisiones importantes.
4. ____ Cuando mi primer intento de resolver un problema fracasa, creo que si no me rindo llegaré a resolverlo.

5. ____ Intento ver mis problemas como desafíos.
6. ____ Espero a ver si un problema desaparece antes de intentar resolverlo yo.
7. ____ Cuando mis primeros intentos de resolver un problema fracasan, me frustro mucho.
8. ____ Dudo que sea capaz de resolver problemas difíciles no importa lo mucho que lo intente.
9. ____ Creo que mis problemas pueden ser solucionados.
10. ____ Hago todo lo posible para evitar resolver problemas.
11. ____ Los problemas difíciles me hacen sentir mal.
12. ____ Cuando resuelvo problemas, intento predecir los pros y los contras de cada opción.
13. ____ Me enfrento a mis problemas tan pronto como sea posible.
14. ____ Cuando resuelvo problemas, utilizo la primera idea buena que se me pasa por la cabeza.
15. ____ Creo que puedo resolver problemas difíciles yo solo si lo intento en serio.
16. ____ Cuando tengo un problema, obtengo tantos datos acerca del mismo como sea posible.
17. ____ Aplazo el resolver problemas tanto como sea posible.
18. ____ Gasto más tiempo evitando mis problemas que resolvéndolos.
19. ____ Antes de intentar resolver un problema, me marco un objetivo específico para saber exactamente dónde voy.
20. ____ Cuando tomo decisiones, no me tomo el tiempo necesario para pensar en los pros y contras de cada opción.
21. ____ Después de llevar a la práctica una solución, compruebo hasta qué punto ha mejorado el problema.

22. ____ Aplazo el resolver problemas hasta que es demasiado tarde para hacer nada.
23. ____ Cuando resuelvo problemas, se me ocurren muchas opciones.
24. ____ Cuando tomo decisiones, sigo mis corazonadas sin pensar en lo que pueda pasar.
25. ____ Creo que soy demasiado rápido/a cuando tomo decisiones.

Anexo 7. Formulario de Consentimiento Informado

Por favor, lea atentamente todos y cada uno de los puntos expuestos a continuación:

Este proyecto se llevará a cabo en las instalaciones de ASAPME Teruel, al participar en este programa, te comprometes a:

- Asistir a todas las sesiones programadas.
- Participar de forma activa en todas las actividades y tareas asignadas.
- Completar cualquier cuestionario o evaluación que sea parte del programa.

Toda la información recogida durante el proyecto será tratada con estricta confidencialidad. Los datos serán almacenados de forma segura y solo el equipo de investigación tendrá acceso a ellos. Su identidad no será revelada en ningún informe o publicación.

Le recordamos que su participación en este programa es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse del programa en cualquier momento sin ninguna penalización.

Consentimiento

He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del programa en cualquier momento sin penalización. Me comprometo a participar de forma activa en todas las actividades del programa.

Por tanto:

- Autorizo la realización de este procedimiento
- No autorizo la realización de este procedimiento

Nombre del Participante _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Anexo 8. Actividades del programa

Actividad 1: Dinámica de presentación	
Número de sesión	2
Sesión	Introducción y presentación del programa
Duración	60 minutos
Objetivo	Promover la familiarización de los miembros del programa y crear un espacio seguro para la comunicación.
Material	Hojas de papel pequeñas Bolígrafos o lápices
Procedimiento de la actividad	<p>En primer lugar, se les dará la bienvenida a los participantes. Cuando todos estén sentados, se repartirá a cada participante una hoja de papel (pequeña) y un lápiz o bolígrafo. En esta hoja deberán escribir su nombre y tres datos interesantes sobre ellos (cosas que les guste hacer, alguna experiencia, etc.).</p> <p><i>Formación de un círculo:</i></p> <p>Se le pedirá que formen un círculo de pie. La actividad se desarrollará en dos rondas: la primera de presentación individual y la segunda de intercambio de hojas.</p> <p><i>Presentación Individual:</i></p> <p>Cada uno de los participantes leerá en voz alta su nombre y los tres datos que ha escrito en la hoja, por turnos para que todos tengan la oportunidad de presentarse ante los demás.</p> <p>Durante las presentaciones individuales las terapeutas animarán al grupo para que presten atención y escuchen con detenimiento a sus compañeros.</p> <p><i>Intercambio de papeles:</i></p>

	<p>Una vez que todos se hayan presentado se le pedirá que comiencen a caminar por la sala durante 10-15 minutos. En este tiempo, los participantes deberán intercambiar sus hojas con al menos tres personas diferentes. Y en cada intercambio se presentarán de nuevo a la persona.</p> <p>De nuevo se volverá a formar el círculo y se les pedirá a algunos voluntarios que comparten algo interesante sobre otra persona.</p> <p>Entre todos, se reflexionará sobre cómo se sintieron al presentarse y al conocer a los demás. También, se agradecerá su colaboración y se recordará el propósito de la actividad para que tengan presente la importancia de crear un ambiente de confianza y de cooperación durante el desarrollo de las sesiones.</p>
--	--

Actividad 2. El Lenguaje no verbal	
Número de sesión	3
Sesión	Observación y comunicación no verbal
Duración	60 minutos
Objetivo	Explorar y comprender la importancia del lenguaje no verbal en la comunicación interpersonal, identificando diferentes expresiones faciales y corporales.
Material	Pizarra interactiva Material audiovisual incluido en diapositivas de Canva Bolígrafos/Lápices Hojas de papel
Procedimiento de la actividad	<i>Contenido Psicoeducativo sobre el lenguaje no verbal:</i>

	<p>Se comenzará explicando el concepto de lenguaje no verbal y su importancia en la comunicación con las personas. Se detallarán los componentes principales y cuando se esté realizando la explicación, las terapeutas usarán la técnica de modelado para poner ejemplos.</p> <p>Componentes principales del lenguaje no verbal (Knapp, 2009):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimientos corporales (gestos, las expresiones faciales y postura del cuerpo); 2. Proxémica (espacio y la distancia entre las personas, dependiendo del nivel de confianza o comodidad adoptaremos un lugar u otro); 3. Paralingüística (el tono de voz, el ritmo, el volumen y las pausas); 4. Contacto visual (dirección de la mirada). <p><i>Actividad práctica: Observación:</i></p> <p>Cada participante recibirá papel y bolígrafo para realizar la actividad. En la pizarra, se proyectarán imágenes y videos con diferentes situaciones, donde habrá personas mostrando expresiones, posturas, gestos, etc. Los participantes observarán las situaciones y escribirán en su hoja los mensajes que obtienen. Al finalizar el visionado de imágenes y videos se comentarán las respuestas en grupo y las terapeutas explicarán que es lo que verdaderamente está ocurriendo en las escenas. Después, se reflexionará sobre la importancia que tiene el lenguaje no verbal para la transmisión de un mensaje.</p>
--	---

Actividad 3. Improvisando escenas.	
Número de sesión	3
Sesión	Observación y comunicación no verbal
Duración	45 minutos

Objetivo	Practicar el reconocimiento y la interpretación del lenguaje no verbal en situaciones sociales mediante la improvisación de escenas.
Material	<p>Espacio amplio para la improvisación.</p> <p>Tarjetas con situaciones sociales escritas (por ejemplo: una entrevista de trabajo, una cita romántica, una discusión familiar, etc.).</p>
Procedimiento de la actividad	<p><i>Explicación de la actividad:</i></p> <p>Se presentará el formato de la actividad y las reglas que deben seguir. Además, se volverá a recordar la finalidad del lenguaje no verbal en la comunicación y su relación con esta actividad.</p> <p><i>Actividad práctica: Improvisaciones:</i></p> <p>Se dividirá a los participantes en grupos de 2-3 personas y cada grupo recibirá una tarjeta con una situación descrita (los integrantes del grupo adoptaran diferentes roles según la situación que le toque).</p> <p>Las terapeutas realizarán la técnica del modelado, representando ellas la primera escena para que los participantes comprendan como debe desarrollarse la actividad.</p> <p>Se asignará un tiempo limitado (5-10 minutos) para que cada grupo pueda planificar su improvisación.</p> <p>Después del tiempo de preparación, cada equipo realizará su improvisación frente al grupo, mientras, los demás participantes deberán observar y analizar las expresiones faciales y corporales de los actores para interpretar la situación y los mensajes involucrados, para así descifrar el mensaje.</p> <p>Con cada una de las improvisaciones, los participantes (que actúan de público) comentarán las expresiones no verbales que</p>

	<p>observan y cómo les han ayudado a comprender la escena, y los participantes que hacen la representación harán aclaraciones sobre lo que les comentan sus compañeros.</p> <p>Se dará un feedback a cada uno de los participantes con los aspectos que pueden mejorar si es necesario, se les agradecerá por su participación y se les animará a seguir practicando.</p> <p>Además, las terapeutas guiarán a los participantes sobre cómo pueden aplicar lo aprendido en sus interacciones diarias para mejorar la comunicación interpersonal.</p> <p><i>Deberes para casa:</i></p> <p>Se pedirá a los participantes que seleccionen una situación social cotidiana (como una conversación con un amigo, una reunión familiar, etc.). Deberán observar y analizar las expresiones faciales y corporales de las personas involucradas en esa situación y reflexionarán cómo estas expresiones no verbales afectan la comprensión y la dinámica de la interacción.</p> <p>Además, deberán observar cómo es su lenguaje no verbal en una situación que ellos elijan, y realizar lo mismo que con la anterior. En su cuaderno de deberes tomarán notas sobre sus observaciones y reflexiones para compartir en la próxima sesión.</p>
--	--

Actividad 4. El círculo de la escucha	
Número de sesión	4
Sesión	La escucha activa
Duración	120 minutos (Con 15 min de descanso)
Objetivo	Fomentar la comprensión y practicar la escucha activa.

Material	<p>Pizarra electrónica</p> <p>Material audiovisual incluido en diapositivas de Canva</p> <p>Bolígrafos/Lápices</p> <p>Hojas de papel</p> <p>Pelota</p>
Procedimiento de la actividad	<p><i>Deberes de la actividad anterior:</i></p> <p>Los participantes voluntarios comentarán sus deberes en grupo y recibirán un feedback de las terapeutas.</p> <p><i>Contenido Psicoeducativo sobre la escucha activa:</i></p> <p>En primer lugar, se explicará el concepto de escucha activa: La capacidad de escuchar a la otra persona involucrándose plenamente y suspendiendo cualquier tipo de juicio hacia esta (Bodie, 2011). Y se abrirá un espacio de reflexión para comentar si utilizan o no la escucha activa en su vida diaria y de qué forma lo hacen.</p> <p>Además, se mostrarán los componentes clave de la escucha activa: Prestar atención, mostrar empatía, parafrasear, hacer preguntas abiertas, evitar juicios, etc.</p> <p>Se realizará la técnica de modelado (por parte de las terapeutas) una vez acabada la explicación de cada uno de los componentes y su forma de utilizarlos.</p> <p><i>Actividad práctica: El círculo de la escucha.</i></p> <p>Los participantes se dispondrán en un círculo formado por sillas, y se colocará en el centro una pelota. Una vez que los participantes estén en posición se le explican las reglas del juego.</p> <p>En primer lugar, una de las terapeutas pasará la pelota a un participante (este será el primero en comenzar), cuando reciba la</p>

	<p>pelota deberá compartir una historia con el grupo (puede ser real o inventada). Mientras el participante cuenta su historia, los demás deben practicar la escucha activa.</p> <p>Una vez que esa persona haya acabado de compartir su historia, pasará la pelota a otro participante, quien tendrá la oportunidad de hablar. La pelota irá pasando alrededor del círculo para que cada participante tenga la oportunidad de hablar y de ser escuchado.</p> <p>Durante el juego, las terapeutas animarán a los participantes a practicar la escucha activa, prestando atención al hablante, manteniendo contacto visual, haciendo preguntas de seguimiento y mostrando empatía.</p> <p>Después de la actividad de dará un feedback a los participantes y se agradecerá por su participación.</p> <p>Se volverán a colocar todos los participantes como al inicio (con las sillas orientadas hacia la pared), para reflexionar sobre sus experiencias durante el circulo de la escucha. Además, las terapeutas preguntarán si se sintieron o no escuchados y cómo les hacía sentir eso.</p> <p><i>Deberes para casa:</i></p> <p>Por último, se instruirá a los participantes sobre cómo pueden aplicar lo aprendido en sus interacciones diarias para mejorar la calidad de su comunicación con los demás. Y se les pedirá que al menos 1 vez intenten llevar a cabo las técnicas aprendidas de escucha activa con una de las conversaciones que tengan durante la semana con alguna persona. En su cuaderno, deberán anotar cómo ha sido la situación y qué técnicas han utilizado.</p>
--	---

Actividad 5. Los estilos de comunicación.	
Número de sesión	5
Sesión	Estilos de comunicación.
Duración	120 minutos (con 15 min de descanso)
Objetivo	Comprender los diferentes estilos de comunicación y cómo estos impactan las interacciones interpersonales, promoviendo la adopción de un estilo de comunicación asertivo.
Material	Material audiovisual incluido en diapositivas de Canva Bolígrafos/Lápices Hojas de papel
Procedimiento de la actividad	<p><i>Deberes de la actividad anterior:</i></p> <p>Los participantes voluntarios comentarán sus deberes en grupo y recibirán un feedback de las terapeutas.</p> <p><i>Contenido Psicoeducativo sobre los estilos de comunicación:</i></p> <p>Se comenzará definiendo qué es un estilo de comunicación y se explicará que existen principalmente tres estilos comunicativos: pasivo, agresivo y asertivo. Además, se detallarán las características de cada uno de estos estilos de comunicación con ejemplos proporcionados por las terapeutas.</p> <p><i>Actividad práctica:</i> “<i>Adivina que estilo se está utilizando</i>”.</p> <p>Mediante videos proyectados en la pizarra, los participantes tendrán que detectar qué estilo de comunicación utiliza cada uno de los personajes. Después de cada vídeo se preguntará de forma aleatoria a los participantes para que compartan con el grupo qué estilo se ha utilizado en el vídeo y cómo lo han detectado. Cada participación tendrá su correspondiente feedback.</p>

	<p>Al finalizar, se abrirá un espacio de reflexión sobre cuál de los estilos de comunicación creen que utilizan más frecuentemente y cómo ha impactado este estilo en sus relaciones. Además, se abrirá un espacio para preguntas y aclaraciones sobre los diferentes estilos de comunicación.</p> <p>Para terminar, se dará las gracias a los participantes por su atención y participación.</p> <p><i>Deberes para casa:</i></p> <p>Los participantes deberán observar qué estilo de comunicación adoptan en sus situaciones cotidianas. Anotarán en el cuaderno qué estilo de comunicación han usado en al menos 3 situaciones, las cuales deberán detallar.</p>
--	---

Actividad 6. Técnicas Asertivas	
Número de sesión	6
Sesión	Comunicación Asertiva
Duración	60 minutos
Objetivo	Comprender y aprender a utilizar diversas técnicas asertivas de comunicación para mejorar la expresión de pensamientos, sentimientos y necesidades de manera clara y respetuosa.
Material	Material audiovisual incluido en diapositivas de Canva Bolígrafos/Lápices Hojas de papel
Procedimiento de la actividad	<i>Deberes de la actividad anterior:</i>

	<p>Los participantes voluntarios comentarán sus deberes en grupo y recibirán un feedback de las terapeutas.</p> <p><i>Contenido psicoeducativo sobre asertividad:</i></p> <p>Primero, se definirá la comunicación asertiva y todas sus ventajas para las interacciones sociales (Caballo et al., 2005). Se explicará la importancia del asertividad en la comunicación para mantener relaciones saludables y resolver conflictos de manera efectiva.</p> <p>Después, se procederá a la explicación de las diferentes técnicas asertivas (aplazamiento asertivo, técnica del disco rayado, acuerdo asertivo, uso del yo, etc.) con ejemplos e instrucciones de uso de cada una dependiendo de la situación.</p> <p><i>Actividad práctica:</i> “Adivina que técnica se está utilizando”.</p> <p>Mediante videos proyectados, los participantes tendrán que detectar qué técnica asertiva de comunicación utiliza cada uno de los personajes.</p> <p>Después de cada vídeo se preguntará de forma aleatoria a los participantes qué técnica se ha utilizado en el vídeo y cómo la han detectado, dando un feedback en cada una de las intervenciones.</p>
Actividad 7. El taller de las habilidades asertivas.	
Número de sesión	6
Sesión	Comunicación Asertiva
Duración	45 min
Objetivo	Practicar diferentes técnicas de comunicación asertiva para ayudar a los participantes a expresar sus pensamientos, sentimientos y necesidades de manera clara y respetuosa.

Material	<p>Hojas de papel y bolígrafos para cada participante.</p> <p>Tarjetas con situaciones de comunicación escritas.</p> <p>Pizarra o papel grande y marcadores.</p>
Procedimiento de la actividad	<p><i>Ejercicio de identificación:</i></p> <p>En la pizarra se les presentarán diferentes situaciones, los participantes deberán identificar qué técnica asertiva sería más adecuada para abordar cada situación.</p> <p><i>Actividad práctica: Role-playing.</i></p> <p>Los participantes estarán divididos en grupos de 2-3 personas. Cada grupo recibirá una tarjeta con una situación descrita similar a las de la pizarra y tendrá un tiempo para preparar la actividad. Durante ese tiempo deberán elegir la técnica asertiva que más se adapte a la situación y pensar en cómo aplicarla (los participantes deberán tener en cuenta los roles de emisor y receptor durante la práctica).</p> <p>Una vez que tengan las representaciones listas se procederá a hacer la representación frente al grupo grande.</p> <p>Se proporcionará un feedback a los participantes para que puedan perfeccionar bien el uso de las técnicas.</p> <p><i>Deberes para casa</i></p> <p>Los participantes reflexionarán sobre una situación personal en la que les gustaría aplicar una técnica asertiva aprendida en el taller. En su cuaderno de deberes, deberán escribir un plan de acción detallado sobre cómo usarán la técnica en esa situación específica. Este plan de acción lo compartirán con las terapeutas para recibir un feedback.</p>

	Cuando lo tengan claro lo llevarán a cabo y anotan en el cuaderno sus sensaciones para después compartirlo en próximas sesiones.
--	--

Actividad 8. Mis límites personales	
Número de sesión	7
Sesión	Establecimiento de límites
Duración	120 minutos (con 15 min de descanso)
Objetivo	Ayudar a los participantes a identificar, comunicar y mantener límites personales claros en sus relaciones interpersonales.
Material	Material audiovisual incluido en diapositivas de Canva Bolígrafos/Lápices Hojas de papel Tarjetas con diferentes situaciones expuestas
Procedimiento de la actividad	<i>Deberes de la actividad anterior:</i> Los participantes voluntarios comentarán sus deberes en grupo y recibirán un feedback de las terapeutas. <i>Contenido psicoeducativo sobre el establecimiento de límites:</i> Se explicará qué son los límites personales y por qué es importante establecerlos. Luego hablaremos de los diversos tipos de límites: físicos, emocionales, temporales y materiales. Además, se explicarán algunas técnicas para mantener los límites una vez establecidos, como reafirmar con calma y firmeza tu posición si alguien intenta cruzarlos, usar el "Disco Rayado" para repetir tu punto de vista sin ceder, practicar la autoafirmación recordando que tienes derecho a tus propios límites y evitar

	<p>justificar excesivamente tus límites, simplemente comunicando lo necesario.</p> <p><i>Identificación de Límites Personales:</i></p> <p>Se solicitará a los participantes que reflexionen sobre una situación reciente en la que sintieron que sus límites se cruzaron.</p> <p>Se les dará cinco minutos para escribir en una hoja de papel sobre esta situación y responder a las siguientes preguntas: ¿Qué sucedió? ¿Qué sentimiento experimentaron en ese momento? ¿Qué habrían dicho o hecho para establecer un límite?</p> <p><i>Actividad práctica: Role-Playing.</i></p> <p>Los participantes estarán divididos en parejas, cada pareja tendrá una tarjeta con ejemplos de situaciones comunes donde se deben establecer límites (por ejemplo: un amigo que me pide favores constantemente).</p> <p>Uno de los miembros de la pareja leerá en voz alta la situación de la tarjeta, mientras el otro practica establecer un límite usando un enfoque asertivo. Después de unos minutos, cambiarán de roles.</p> <p>Cuando ambos miembros hayan cambiado los roles, las tarjetas rotaran entre los grupos para que puedan practicar con diferentes situaciones.</p> <p>Mientras tanto las terapeutas irán pasando por las parejas para comprobar que se hace la actividad de forma adecuada y resolver alguna duda de fuese necesario.</p> <p>Una vez finalizada la actividad, se pedirá a dos parejas voluntarias que realicen la representación delante de sus compañeros.</p>
--	--

	<p>En grupo, se reflexionará sobre la actividad, si les ha costado o no poner límites y cómo estos nos benefician.</p> <p>Por último, se agradecerá a los participantes por su colaboración y se les animará a seguir practicando estas habilidades en sus interacciones cotidianas.</p>
--	--

Actividad 9. Iniciando, manteniendo y finalizando conversaciones.	
Número de sesión	8
Sesión	Conversación
Duración	120 minutos (con 15 min de descanso)
Objetivo	Desarrollar habilidades para iniciar, mantener y finalizar conversaciones de manera efectiva y respetuosa, mejorando las interacciones sociales.
Material	Material audiovisual incluido en diapositivas de Canva Bolígrafos/Lápices Hojas de papel Tarjetas con diferentes situaciones expuestas
Procedimiento de la actividad	<p><i>Contenido psicoeducativo sobre la Conversación:</i></p> <p>Estos serán los temas trabajados en este apartado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición los componentes de una conversación efectiva: inicio, mantenimiento y finalización (Caballo, 2005). • Estrategias para iniciar conversaciones (Hacer un comentario sobre el entorno o situación, Hacer una pregunta abierta, Compartir una experiencia o

	<p>pensamiento relevante, etc.) y ejemplos sobre cómo iniciarlas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para mantener conversaciones (Hacer preguntas abiertas que inviten a la otra persona a compartir más, Mostrar interés genuino y escuchar activamente, Compartir experiencias propias relacionadas con el tema, etc.) y ejemplos sobre cómo mantenerlas. • Estrategias para finalizar conversaciones (Señalar que el tiempo se está agotando, Resumir lo que se ha discutido y expresar gratitud, Proporcionar continuar la conversación en otro momento, etc.) y ejemplos sobre cómo acabarlas. <p><i>Actividad práctica: Role-Playing:</i></p> <p>Los participantes se dividirán en grupos de 3 personas. A cada grupo se le dará una tarjeta con una situación concreta (cada tarjeta contendrá una situación específica para cada fase de la conversación).</p> <p>Uno de los miembros del grupo leerá en voz alta la situación de la tarjeta y practicará cómo iniciar la conversación. El segundo miembro del grupo mantendrá la conversación, y el tercer miembro la finalizará.</p> <p>Después de unos minutos, se les pedirá que cambien de roles para que cada uno practique las tres fases de la conversación.</p> <p>Una vez que todos hayan pasado por los diferentes roles procederán a rotarse las tarjetas que practiquen con diferentes situaciones.</p> <p>Las terapeutas pasarán por los grupos supervisando y dando feedback y correcciones.</p> <p><i>Reflexión en Grupo:</i></p>
--	---

	<p>De nuevo se reunirán todos en el grupo grande y compartirán sus experiencias durante el ejercicio de role-playing, destacando lo que encontraron útil o desafiante. Además, se recapitulará sobre las técnicas utilizadas para iniciar, mantener y finalizar conversaciones y cómo pueden aplicarlas en sus vidas diarias.</p> <p><i>Deberes para Casa:</i></p> <p>Se pedirá a los participantes que practiquen en casa cómo iniciar, mantener y finalizar al menos tres conversaciones en su vida diaria.</p> <p>En su cuaderno de deberes, escribirán sus experiencias y pensamientos, anotando qué técnicas usaron y cómo se sintieron al usarlas.</p>
--	--

Actividad 10. Las emociones.	
Número de sesión	9
Sesión	Reconocimiento y gestión emocional
Duración	60 minutos
Objetivo	Diferenciar entre los tipos de emociones que existen y saber cómo expresarlas.
Material	Material audiovisual contenido en Canva Hojas de papel Lápiz o bolígrafos
Procedimiento de la actividad	<p><i>Deberes de la actividad anterior:</i></p> <p>Los participantes voluntarios comentarán sus deberes en grupo y recibirán un feedback de las terapeutas.</p> <p><i>Contenido psicoeducativo sobre emociones:</i></p>

	<p>Para comenzar, se explicará a los participantes la importancia de las emociones, los diferentes tipos de emociones, y cuál es el propósito de cada una de ellas. Se discutirá cómo estas pueden afectar a nuestros pensamientos y acciones con los demás y por ello la importancia de su gestión. Además de recordar la importancia de la escucha activa y el asertividad tanto para expresar como para que nos expresen emociones.</p> <p><i>Actividad práctica: “Reflexionando”.</i></p> <p>Se explicará la importancia de reconocer las emociones y todos los beneficios que esto tiene (mejor autoconciencia, mejores relaciones interpersonales, ...). Y se procederá a realizar el ejercicio de reconocimiento: Cada participante escribirá en un papel un recuerdo de una emoción que para él resultase muy intensa. Una vez descrita la situación y la emoción, cada uno deberá responder a las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué suceso desencadenó esa emoción?</p> <p>¿Qué sensaciones corporales tenías al experimentar la emoción?</p> <p>¿Qué pensabas mientras presentabas la emoción?</p> <p>Ya en grupo, compartirán las experiencias. Y se proporcionarán herramientas para una gestión más saludable ya vistas anteriormente en las sesiones de asertividad (hablar desde el yo, hacer alguna actividad que nos guste, compartir con otras personas, ...).</p> <p>Se agradecerá al grupo su participación y se animará a seguir actuando con iniciativa.</p>
--	--

Actividad 11. Contando emociones y recibiendo apoyo.

Número de sesión	9
Sesión	Reconocimiento y gestión emocional
Duración	45 minutos
Objetivo	Trabajar la expresión de emociones junto con la asertividad.
Material	Tarjetas con situaciones descritas
Procedimiento de la actividad	<p><i>Actividad práctica: Role-Playing.</i></p> <p>Se procederá a explicar verbalmente a los participantes cómo tienen que desarrollar la actividad de role-playing. Una vez explicada, las terapeutas actuarán de modelos para explicar la actividad de forma visual para todos representando ellas una de las situaciones.</p> <p>Los participantes se dividirán en grupos de 3-4 personas. Cada uno de los grupos recibirá una tarjeta con una situación descrita (Recibir una crítica de alguien, pérdida de un ser querido, recibir una noticia muy agradable,...). Uno de los participantes del grupo leerá en voz alta la situación y expresará la emoción hablando desde el yo y de forma asertiva; el segundo miembro deberá validar la emoción y responder con empatía, y el tercer miembro dará un feedback constructivo a sus compañeros.</p> <p><i>Deberes para casa:</i></p> <p>Se pedirá a los participantes que durante la semana anoten una emoción cada día, añadiendo qué situación desencadenó esa emoción y cómo la manejaron. En la siguiente sesión se comentará con el grupo.</p> <p>Para finalizar, se dará las gracias por la participación a los participantes y se les animará a que sigan practicando en casa.</p>

Actividad 12. Técnicas de autorregulación.	
Número de sesión	10
Sesión	Reconocimiento y gestión emocional
Duración	120 minutos (con 15 min de descanso)
Objetivo	Enseñar la importancia de autorregular las emociones y mostrar las técnicas más efectivas para conseguirlo.
Material	Material audio visual contenido en una presentación de Canva Ordenador conectado a altavoces
Procedimiento de la actividad	<p><i>Deberes de la actividad anterior:</i></p> <p>Los participantes voluntarios comentarán sus deberes en grupo y recibirán un feedback de las terapeutas.</p> <p><i>Contenido psicoeducativo sobre algunas técnicas de gestión y autocontrol:</i></p> <p>Se presentarán a los participantes la multitud de beneficios que existen teniendo una buena gestión emocional. Se explicarán técnicas de relajación (respiración profunda, relajación muscular progresiva, meditación guiada,...), técnicas de expresión (arteterapia, musicoterapia, ...) y técnicas para el manejo de la ira (tiempo fuera, caja de la calma, reestructuración cognitiva, ...). (García et al., 2018).</p> <p><i>Actividad práctica: Meditación.</i></p> <p>Las terapeutas realizarán una meditación guiada: Pedirán a los participantes que se acomoden en sus sillas y con música suave comenzarán a meditar.</p> <p><i>Reflexión en grupo:</i></p>

	<p>Los participantes compartirán sus experiencias durante la meditación. Se hablará de la importancia del autocontrol y se les guiará para que puedan utilizar alguna de estas técnicas en su vida diaria.</p> <p><i>Deberes para casa:</i></p> <p>Se pedirá a los participantes que durante la semana practiquen una técnica de relajación en casa y anoten en su cuaderno las experiencias durante la realización de esta y cómo piensan que les ayudó al manejo emocional.</p>
--	---

Actividad 13. Problemas reales o imaginados.	
Número de sesión	11
Sesión	Resolución de problemas
Duración	120 minutos (con 15 min de descanso)
Objetivo	Saber la diferencia entre un problema real y uno imaginado, utilizando técnicas de reestructuración cognitiva.
Material	Material audiovisual contenido en una presentación de Canva
Procedimiento de la actividad	<p><i>Deberes de la actividad anterior:</i></p> <p>Los participantes voluntarios comentarán sus deberes en grupo y recibirán un feedback de las terapeutas.</p> <p><i>Contenido psicoeducativo: Diferencias entre problemas reales e imaginarios:</i></p> <p>En primer lugar, se explicará a los participantes las diferencias entre un problema real y uno imaginado, dándole las instrucciones pertinentes y enseñando técnicas para que los</p>

	<p>puedan diferenciar (prueba de realidad, búsqueda de evidencia, realidad compartida).</p> <p><i>Actividad práctica: Identificación de problemas.</i></p> <p>Para afirmar que los participantes han entendido la diferencia de forma correcta en la pizarra se expondrán diferentes problemas y ellos tendrán que decidir si son o no problemas reales. Se animará a los participantes a utilizar las técnicas aprendidas de búsqueda de evidencia, realidad compartida o prueba de realidad.</p> <p>Cada uno escribirá de forma individual si es un problema real o no, y por turnos compartirán con el resto de los compañeros sus respuestas.</p> <p>Los demás compañeros debatirán si opinan lo mismo o no que el compañero que está exponiendo su respuesta y aportarán una justificación.</p> <p><i>Para finalizar;</i> se recordará a los participantes la importancia de saber detectar los problemas para encontrar una solución o no. Además, se les dará las gracias por la participación y se les animará para que realicen estas técnicas aprendidas para detectar los problemas.</p>
--	---

Actividad 14. Resolución de problemas.	
Número de sesión	12
Sesión	Resolución de problemas
Duración	120 minutos (con 15 min de descanso)

Objetivo	Conocer los pasos para llevar a cabo la resolución de problemas y practicarlos con situaciones cotidianas de la vida.
Material	Material audiovisual contenido en una presentación de canva Pizarra electrónica Hojas de papel Lápices o bolígrafos
Procedimiento de la actividad	<p><i>Contenido psicoeducativo sobre la resolución de problemas:</i></p> <p>Se proporcionará la definición de resolución de problemas y los beneficios que conlleva realizarla de forma adecuada. Además, se abordarán temas como el pensamiento causal, el pensamiento consecuencial y el pensamiento alternativo; para después explicar cómo los tres tipos de pensamiento se integran para llevar a cabo la resolución de problemas. Se le explicarán todos los pasos para la resolución de problemas y se les dará una ficha donde estén plasmados (1. identificación y descomposición del problema 2. establecer objetivos asequibles 3. generar soluciones 4. evaluarlas 5. implementarlas 6. evaluar el resultado de la solución implementada).</p> <p><i>Actividad práctica: Resolución de problemas.</i></p> <p>Cuando todos los participantes tengan su hoja con los pasos a seguir para la resolución de problemas, en la pizarra se expondrán diferentes ejemplos de problemas. Individualmente los participantes deberán realizar cada uno de los pasos para la resolución de los problemas descritos y escribirlo en un folio. Antes, las terapeutas habrán realizado el primer problema como ejemplo para que los participantes puedan observar de forma clara como realizar el ejercicio, y los siguientes ejemplos los realizarán los participantes.</p>

	<p>Una vez acaben de realizar el ejercicio con cada uno de los problemas se preguntará de forma aleatoria a alguno de los participantes para que exponga con el grupo completo su forma de hacer la resolución.</p> <p>Se proporcionará un feedback a los participantes que expongan su resolución y se le agradecerá su participación.</p>
--	---

Actividad con Familiares	
Número de sesión	X
Sesión	Pautas para familiares
Duración	120 minutos (con 15 min de descanso)
Objetivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a los familiares sobre la importancia de las habilidades sociales. 2. Entrenar a los familiares para detectar conductas relacionadas con las habilidades sociales. 3. Enseñar estrategias para apoyar y fomentar habilidades sociales en el hogar.
Material	Material audiovisual contenido en una presentación de canva Pizarra electrónica Hojas de papel Lápices o bolígrafos
Procedimiento de la actividad	<p><i>Introducción:</i></p> <p>Los familiares recibirán información sobre la importancia de las habilidades sociales y su relevancia en la vida de las personas, obtendrán ejemplos sobre las habilidades sociales básicas que debe tener una persona para un buen funcionamiento social, y</p>

	<p>por último, se hablará del rol tan relevante que tienen los familiares en el desarrollo de estas habilidades.</p> <p><i>Detección de conductas:</i></p> <p>Los familiares recibirán pautas para detectar conductas positivas y conductas que precisan mejora. Se le presentarán ejemplos de las conductas más comunes que pueden aparecer para que los familiares puedan diferenciarlas, recibirán ejemplos de vídeo y modelado por parte de los terapeutas.</p> <p><i>Pautas para apoyar las habilidades sociales:</i></p> <p>Las pautas que recibirán los familiares se basarán en el uso del refuerzo positivo y del modelado. Se les enseñará cómo utilizar refuerzos cuando sus familiares realicen bien las habilidades sociales y cómo corregirles y motivarles cuando tengan que mejorar alguna. Además, se le dará mucha importancia al modelado por parte de los familiares para que puedan servir como referentes.</p> <p>Toda la información proporcionada y las pautas quedarán reflejadas en un folleto para que los familiares puedan consultarla cuando lo precisen.</p> <p><i>Deberes para casa: Observación sistemática.</i></p> <p>Con el fin de obtener información al final del tratamiento, se les dará a los familiares las pautas necesarias para que puedan realizar la observación en casa. Para ello recibirán una ficha de observación con códigos arbitrarios que corresponden a las conductas que los familiares deben medir. La ficha se llenará en 4 tiempos de observación (El 1º periodo será justo antes de la intervención, el 2º justo después de esta, y los 2 restantes cada 6 meses aproximadamente), como el tiempo estará muy espaciado</p>
--	--

	<p>se llamará a los familiares para recordarles que tienen que llenar la ficha.</p> <p><i>Preguntas y cierre:</i></p> <p>Al final se abrirá una ronda de preguntar con el fin de resolver las dudas que hayan podido surgir durante la sesión y se agradecerá la participación de los familiares.</p>
--	---

Anexo 9. Observación Sistemática.**Ficha Guía para la Observación Sistemática de Habilidades Sociales**

- Nombre del Observador:

- Fechas de Observación:

- Horas de Observación:

- Situación Observada:

- Nombre de la Persona Observada:

- Edad:

- Género:

Para cada punto de observación, se utilizarán las siguientes categorías de evaluación:

1: Nunca 2: Raramente 3: A veces 4: Frecuentemente 5: Siempre

1. Lenguaje No Verbal:

Conducta	Periodo 1: _____	Periodo 2: _____	Periodo 3: _____	Periodo 4: _____
----------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Mantiene un contacto visual adecuado				
Expresiones faciales acordes con la situación				
Gestos y posturas adecuadas				

Comentarios Adicionales:

2. Escucha Activa:

Conducta	Periodo 1:	Periodo 2:	Periodo 3:	Periodo 4:
Presta atención a la conversación				
Muestra interés respondiendo con parafraseo, preguntas relacionadas y abiertas, asintiendo, ...				

Comentarios Adicionales:

3. Habilidades de Comunicación Asertiva:

Conducta	Periodo 1:	Periodo 2:	Periodo 3:	Periodo 4:
Utiliza el "yo" para expresarse				
Expresa opiniones y sentimientos				

desde el respeto hacia a él/ella misma y hacia los demás.				
---	--	--	--	--

Comentarios Adicionales:

4. Límites personales

Conducta	Periodo 1:	Periodo 2:	Periodo 3:	Periodo 4:
Respeta los límites de los demás				
Sabe y expresa cuales son sus límites personales				

Comentarios Adicionales:

5. Habilidades para Iniciar, Mantener y Finalizar Conversaciones:

Conducta	Periodo 1:	Periodo 2:	Periodo 3:	Periodo 4:
Inicia conversaciones de forma natural.				
Mantiene conversaciones de forma fluida.				
Finaliza conversaciones de forma adecuada.				

Comentarios Adicionales:

6. Gestión Emocional:

Conducta	Periodo 1:	Periodo 2:	Periodo 3:	Periodo 4:
Reconoce y pone nombre a sus emociones de forma adecuada.				
Sabe cómo gestionar la emoción sin llegar a desbordarse.				

Comentarios Adicionales:

7. Resolución de Problemas:

Conducta	Periodo 1:	Periodo 2:	Periodo 3:	Periodo 4:
Identifica los problemas adecuadamente.				
Genera soluciones adecuadas a los problemas.				
Aplica las soluciones que ha generado.				

Comentarios Adicionales:

Firma del Observador: