



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Evaluación e intervención en Cognición Social en una persona con esquizofrenia

Alumno: Ana Belén Garrido Jódar

Tutor: M^a Inmaculada Ruiz García
Carmen Sáez Zea
José Antonio Muela Martínez

Septiembre, 2018

ÍNDICE

Resumen.....	4
Descripción de la demanda del paciente	6
Antecedentes históricos.....	7
Hipótesis surgidas en la entrevista	8
Técnicas y procedimiento de evaluación.....	14
Resultados de evaluación y propuesta de intervención.....	18
Intervención.....	26
Objetivos y secuenciación.....	26
Programa de intervención	26
Resultados	32
Seguimiento.....	39
Referencias.....	40
Anexos.....	45
<i>Anexo 1. Consentimiento informado</i>	
<i>Anexo 2. Listado de comprobación de los criterios de esquizofrenia residual del DSM-IV-TR</i>	
<i>Anexo 3. Entrevista-Cuestionario sobre actividades e interacciones sociales</i>	
<i>Anexo 4. Cuestionario de satisfacción con el programa de entrenamiento</i>	
<i>Anexo 5. Ejercicios prácticos I: Módulo I sesión 4 (PECS)</i>	
<i>Anexo 6. Ejemplos prácticos: Módulo I sesiones 5 y 6 (PECS)</i>	
<i>Anexo 7. Ejercicios prácticos II: Módulo I sesión 7 (PECS)</i>	
<i>Anexo 8. Ejemplos prácticos: Módulo I sesión 8 (PECS)</i>	
<i>Anexo 9. Ejercicios prácticos I y II: Módulo II sesiones 4 y 5 (PECS)</i>	
<i>Anexo 10. Ejercicios prácticos III: Módulo II sesión 8 (PECS)</i>	

Anexo 11. Ejercicios prácticos IV: Módulo II sesión 9 (PECS)

Anexo 12. Ejercicios prácticos I y II: Módulo III sesión 3 y 4 (PECS)

Anexo 13. Ejercicios prácticos: Módulo IV (PECS)

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Resultados pruebas de la hipótesis de semejanza

Tabla 2. Respuestas a la Entrevista-cuestionario sobre actividades e interacciones sociales

Tabla 3. Resultados prueba PERE y comparación grupos de validación

Tabla 4. Resultados Test de las Insinuaciones y comparación con los grupos de adaptación

Tabla 5. Resultados Test de Meteduras de Pata y comparación grupos de validación

Tabla 6. Procedimiento evaluación e intervención

Tabla 7. Cronología y procedimiento. Mes de julio

Tabla 8. Comparación pre-post en la puntuación de la escala BPRS

Tabla 9. Respuestas a la Entrevista-cuestionario sobre actividades e interacciones sociales post-entrenamiento

Tabla 10. Resultados pre y post de V. en PERE

Tabla 11. Resultados pre y post de V. en Test de las Insinuaciones

Tabla 12. Resultados pre y post de V. en Test de las Meteduras de Pata

Figura 1. Comparación resultados pre y post de V. en PERE

Figura 2. Comparación resultados pre y post de V. en Test de las Meteduras de Pata

Resumen

Un varón de 67 años con esquizofrenia residual residente en un centro de mayores especializado en estos trastornos, solicita ayuda en el departamento de psicología para potenciar y mejorar sus relaciones sociales y aumentar su participación y satisfacción en las actividades de ocio. El objetivo del estudio se centra en mejorar las dificultades sociales del participante. Se plantean varias hipótesis que relacionan su diagnóstico y su demanda con un posible deterioro en su Cognición Social, concretamente en dos de los dominios que la conforman: Percepción Emocional (PE) y Teoría de la Mente (TM), ya que la literatura científica señala que los déficits en PE y TM provocan un funcionamiento psicosocial pobre (Gil-Sanz, Fernández-Modamio, Bengochea-Seco, y Arrieta-Rodríguez, 2012). Una vez administradas las pruebas necesarias y analizados los resultados, se corroboran en parte las hipótesis (deterioro en PE y parcial en TM) y se plantea una intervención: el Programa de Entrenamiento en Cognición Social (PECS). Aunque no se llevó a cabo de la forma original para adaptarlo a las necesidades del participante (fueron 8 sesiones en lugar de 24), los resultados-post muestran mejoras en las puntuaciones de las pruebas de PE y TM, con un mejor funcionamiento social y una mayor satisfacción del paciente.

Palabras clave: esquizofrenia, cognición social, procesamiento emocional, teoría de la mente, entrenamiento en cognición social

Abstract

A 67 years old man with a diagnosis of residual schizophrenia, who resides in a old people's home specialized in these kind of disorders, requests help from the psychology department in order to develop and improve his social relations and also increasing his participation and satisfaction in leisure activities. The aim of this study is focused on improving the participant's social difficulties. Some hypothesis are considered, which connect his diagnosis and his demand with a possible deterioration in his Social Cognition, particularly in two of the fields that define it: Emotional Perception (EP) and Theory of Mind (ToM), because scientific literature note that EP and ToM deficits are the cause of a poor psychosocial performance (Gil-Sanz, Fernández-Modamio, Bengochea-Seco, y Arrieta-Rodríguez, 2012). Once necessary tests are provided and results analysed, the hypotheses are partly corroborated (an impaired PE and a partially impaired TM) and an intervention is considered: the Social Cognition Training Program (PECS in Spanish). Although it was not carried out originally to adapt it to the needs of

the participant (there were 8 sessions instead of 24), post-results show improvements in the scores of EP and ToM tests, with a better social performance and a greater satisfaction of the patient.

Keywords: schizophrenia, social cognition, emotional processing, theory of mind, social cognition training

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DEL CLIENTE

V. es un varón de 67 años, residente en un centro de mayores en El Berrueco un pueblo perteneciente a la mancomunidad del Atazar (Sierra Norte de la Comunidad de Madrid). Esta residencia pública está destinada al tratamiento de personas con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastornos de la conducta y otros trastornos psiquiátricos. Desde que ingresó en la residencia en diciembre del año 2016, V. tiene un diagnóstico de esquizofrenia residual realizado por la psiquiatra del centro.

A finales de mayo de este año tuvo que ser intervenido quirúrgicamente debido a la reaparición de un tumor cancerígeno situado en el colon. A las semanas de regresar del hospital tras la intervención, V. acude al despacho de psicología de la residencia en la que vive, donde la titular de este TFM se encuentra realizando unas prácticas, solicitando ayuda para aprender a relacionarse bien con sus compañeros. Verbaliza que tras el par de semanas que estuvo hospitalizado, sólo recibiendo la visita de algún trabajador y de una única amiga, se ha planteado la relevancia de mantener relaciones sociales estables y duraderas en el tiempo.

V. cuenta que antes de ingresar en el hospital, no le había dado tanta importancia a las relaciones con sus compañeros, ya que eran triviales o conflictivas. Se le pide a V. que aclare por qué son conflictivas y comenta que en algunas ocasiones parece que su interlocutor está bien y sin embargo recibe contestaciones negativas rotundas para no seguir comunicándose con él sin entender a qué se deben. También siente que a veces la situación de interacción se vuelve incómoda y no sabe si es por comentarios que hace siempre sin mala intención, pero siente que no cumple las expectativas que quizás la otra persona tenga y se siente decepcionado. V. refiere no entender por qué la gente no pide las cosas directamente y que le ha ocurrido alguna vez, que algunos compañeros se han enfadado porque él no les ha invitado a algo, pero según V. en ningún momento se lo han pedido. Por otro lado, relata que más de una vez se ha visto envuelto en situaciones disruptivas por su “falta de comprensión con algunas personas”. Este comentario lo explica diciendo que en la residencia convive con personas que tienen diferentes enfermedades y que muchas de estas personas, no entiende bien porqué, sólo miran mal, murmuran e insultan y, aunque en pocas ocasiones se meten con él directamente, la mayoría de las veces no puede evitar la confrontación con ellos.

Por último, V. manifiesta su deseo de participar en más actividades de ocio que se ofrecen en el centro, ya que ahora mismo sólo asiste al cine y el resto de días se siente aburrido.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

V. es un hombre soltero, sin hijos y que vive en la residencia desde diciembre del año 2016. V. es el menor de tres hermanos, la mayor fallecida a corta edad y la mediana, con quien actualmente la relación es nula. Cuenta con un nivel de estudios de bachillerato elemental, lo que le permitió trabajar como contable en una financiera durante 8 años. Tuvo que dejar el trabajo a los 25 años por problemas en la espalda, obteniendo una incapacidad laboral. A partir de ese momento, se dedicó a cuidar a su madre durante tres años hasta que ésta fallece.

Durante su infancia, la relación con su hermana era bastante buena. En el colegio, tuvo pocos pero buenos amigos. Le costaba relacionarse porque era muy introvertido y tímido, por lo que no se acercaba mucho a sus compañeros de clase. Estas amistades las mantuvo hasta acabar el colegio, ya que sus amigos se fueron a otros institutos a estudiar. Aunque intentó mantener la relación, no pudo. De la época del instituto recuerda que la relación con su hermana se deterioró porque se fue de casa con su pareja para vivir fuera de la provincia y no estuvo presente ni durante el cuidado de su padre ni en su fallecimiento. En clase sólo se relacionó con un par de compañeros, porque se dedicaba sobre todo a estudiar y al cuidado de su progenitor.

Al poco tiempo de empezar a trabajar como contable, falleció su padre, por lo que ayudaba a su madre económicamente y también en casa, ya que seguía viviendo con ella. Su red sociofamiliar por aquel entonces se reducía a un matrimonio de amigos, compañeros de trabajo, que aún conserva en la actualidad.

A los 28 años, cuando fallece su madre, empiezan a aparecer algunos problemas psicológicos y dejó de relacionarse con los demás. Cuenta que al fallecer su madre comenzó a tener alucinaciones auditivas, escuchaba una voz que le repetía constantemente que no servía para nada, ya que no podía trabajar y no le quedaba familia a quien cuidar. Aunque al principio no prestaba mucha atención a esta voz, le acabó afectando llegando a presentar síntomas depresivos. Dichas alucinaciones se

acompañaban de ideas delirantes, ya que creía que sus amigos querían matarle para poderse quedar con su casa. Fue el matrimonio de amigos de V. el que le buscó ayuda y fue ingresado en un hospital psiquiátrico. Allí es diagnosticado de esquizofrenia paranoide, ya que las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes que presentaba estaban provocando un deterioro en su vida social. Después de ese ingreso, se encontraba bastante estable, por lo que decidió vender la vivienda familiar donde había estado residiendo para comprarse un estudio.

En el año 2013, durante unas semanas, V. deja de tener contacto con sus amigos, dejando de contestar al teléfono y sin salir de casa, por lo que una amiga decide avisar a la policía. Tras una intervención en el domicilio, encontraron a V. en la cama con evidentes síntomas depresivos. V. cuenta con antecedentes familiares de depresión por parte de su madre.

Después de este episodio, unos seis meses después, V. incendia su domicilio tras experimentar una serie de delirios y alucinaciones. Según cuenta, había voces que le decían que montara un altar a la Virgen María dentro de la nevera con velas. Al cerrar la nevera con las velas encendidas se produce una explosión. Intervienen los bomberos y la policía y V. es derivado al hospital para que lo ayuden. Después de un ingreso hospitalario de unos 20 días aproximadamente, se le traslada a un centro penitenciario en el que permanece durante casi tres años, hasta que le conceden la plaza en la residencia donde reside actualmente.

Los síntomas psicóticos ya no estaban presentes al empezar a convivir en el centro. Sin embargo, aún persisten algunos síntomas negativos como un leve aislamiento emocional y un aplanamiento afectivo. Actualmente, V. toma de *haloperidol* y *olanzapinas* (antipsicóticos) recetados para prevenir recaídas y evitar que vuelvan a aparecer los síntomas positivos, alucinaciones y delirios y *akinetón*, para evitar los síntomas secundarios que pueden provocar los fármacos anteriores.

HIPÓTESIS SURGIDAS EN LA ENTREVISTA

Una vez obtenidos todos los datos relevantes y de interés para entender bien el problema que presenta V., se procede a plantear las hipótesis de trabajo así como los enunciados verificables que se extraen de ellas.

- **Hipótesis de semejanza.** Según los datos de la historia clínica, se puede decir que los síntomas negativos de V. se deben a que presenta un diagnóstico de esquizofrenia del subtipo residual y no a la presencia de deterioro cognitivo ni a un estado emocional depresivo. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (Diagnostic and Statistical Manual) DSM-V (APA, 2014), explica la esquizofrenia como una alteración que debe perdurar al menos 6 meses, y durante un mes se tienen que dar dos o más de los siguientes síntomas, siendo necesario que uno de ellos sea alguno de los tres primeros: *ideas delirantes*, *alucinaciones*, *lenguaje desorganizado*, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Otro criterio clave para el diagnóstico de este trastorno es que exista un deterioro en la vida social y/o laboral de la persona. EL DSM-V (APA, 2014) no contempla los subtipos de esquizofrenia que diferenciaba su antecesor, el DSM-IV-TR (APA, 2002), entre los que estaban: paranoide, desorganizada o hebefrénica, catatónica, simple, indiferenciada y residual.

Este tipo de enfermedad mental afecta algunas funciones cerebrales y se caracteriza por una distorsión que se da en el pensamiento, en las percepciones, en las emociones, en el lenguaje, en la conciencia de sí mismo y en la conducta, lo que conlleva a la aparición de los síntomas más comunes que se han nombrado en los criterios anteriores: delirios, alucinaciones, alteraciones emocionales (apatía, afectividad embotada), discurso o lenguaje desorganizado y conducta extravagante, entre otros (OMS, 2018). Estos síntomas se pueden agrupar en dos categorías:

- I. Síntomas positivos. Son aquellos síntomas típicos de la fase activa del trastorno: las alucinaciones, los delirios, pérdida de capacidad asociativa,...
- II. Síntomas negativos. Son los síntomas característicos de la fase residual de la enfermedad: lenguaje pobre, desorganización del comportamiento, retraimiento social, afectividad aplanada o embotada, apatía o anhedonia,...

Una de las teorías explicativas de la esquizofrenia con más aceptación, ha sido la hipótesis de la dopamina. Esta hipótesis plantea, entre otras cosas, que la aparición de la sintomatología antes mencionada en personas con esquizofrenia estaría relacionada con irregularidades que se dan en la transmisión dopaminérgica: se observa una hiperfunción dopaminérgica subcortical en las proyecciones de la vía mesolímbica

(hiperactividad temporal), lo que provoca la aparición de síntomas positivos; por otro lado, existe una hipofunción en las proyecciones de la vía mesocortical a la corteza prefrontal (hipoactividad frontal), que sería la causa de los síntomas negativos (Saiz, de la Vega y Sánchez, 2010).

V. estuvo diagnosticado al principio con esquizofrenia paranoide, con predominancia de delirios y alucinaciones auditivas y deterioro en su vida social. El subtipo residual (DSM-IV-TR), se considera un estado más cronificado, en el que ya no se observa sintomatología positiva, pero prevalecen los síntomas negativos y se mantiene el deterioro. El enunciado verificable que puede extraerse de esta hipótesis (mostrar esquizofrenia del tipo residual y descartar la existencia de deterioro cognitivo y de un estado de ánimo depresivo) sería: “Si V. es evaluado con los criterios del DSM-IV-TR para esquizofrenia residual, puntuará positivo en esos criterios, obteniendo puntuaciones que indiquen ausencia de deterioro cognitivo y de sintomatología depresiva en las pruebas de cribado y valoración de la depresión”.

- **Hipótesis de cuantificación.** Según lo que V. refiere en la demanda, se puede decir que V. tiene dificultades de funcionamiento social. Concretamente presenta un déficit en actividades de ocio y en interacciones sociales, siendo pocas e insatisfactorias.

El enunciado verificable que puede extraerse de esta hipótesis (mostrar dificultades de funcionamiento social) sería: “V. va a presentar pocas interacciones interpersonales y una baja participación en actividades sociales, con una satisfacción reducida en todas ellas”.

- **Hipótesis de asociación predictiva.** Teniendo en cuenta los déficits sociales que V. presenta y dada su patología de base, esquizofrenia residual, muy probablemente tenga una Cognición Social (CS) alterada.

Desde hace décadas, las investigaciones se han centrado en el deterioro de la CS en personas con esquizofrenia, llegando a confirmar que este tipo de déficits suelen preceder el desencadenamiento de la psicosis, empeorar el transcurso de la enfermedad y aumentar el número de recaídas (Ruiz-Ruiz, García-Ferrer y Fuentes-Durá, 2006). Pero, ¿qué es la CS? Pese a que existe un gran número de definiciones, en el área de la esquizofrenia las investigaciones coinciden en que este tipo de cognición está implicada en las inferencias que los sujetos construyen sobre las intenciones y las creencias de

otros individuos y en cómo al elaborar estas inferencias se valora si existen factores situacionales que estén influyendo en las mismas (Rebolleda, 2017a). Mas-Expósito, Amador, Lalucat y Villegas (2016) relacionan la CS con aquellas operaciones mentales encargadas de la percepción, interpretación y comprensión del contexto social y de las relaciones intra e interpersonales, por lo que ayudan a guiar la conducta social.

Numerosas investigaciones acerca de la CS en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Fuentes-Durá, Ruiz-Ruiz, García-Ferrer, Soler-Boada y Dasí-Vivo, 2008; Gutiérrez, 2013; Mas-Expósito et al., 2016; Ortega, Tirapu y López-Goñi, 2012; Palha, 2008; Rebolleda, 2017a; Ruiz-Ruiz et al., 2006) están de acuerdo con el *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Green et al., 2008) al determinar la existencia de cinco dominios en CS: percepción social, conocimiento social, estilo atribucional, Procesamiento Emocional (PE) y Teoría de la Mente (TM). Los dominios pueden explicarse de la siguiente forma:

- 1) Percepción Social: relacionada con la habilidad de las personas para conocer reglas y roles sociales y valorar los diferentes contextos en los que se mueven, gracias a la interpretación que hacen de los indicadores sociales como son las claves no verbales, paraverbales y/o verbales (expresión facial o corporal; tono de voz o silencios; y lenguaje per se oral o escrito, respectivamente), lo que proporciona la ayuda necesaria para entender correctamente esas situaciones (Fuentes-Durá et al., 2008; Gutiérrez, 2013; Mondragón-Maya, Ramos-Mastache, Román y Yáñez-Téllez, 2017; Rebolleda, 2017a; Ruiz-Ruiz et al., 2006).
- 2) Conocimiento social: se refiere a la capacidad del sujeto para orientarse en una situación social, ya que es el marco de referencia por el cual entiende cómo se debe actuar, cuál es su papel y el de los demás en la situación en la que se encuentran, cuáles son las reglas sociales que han de seguir y cuáles son las razones por las que están implicados (Fuentes-Durá et al., 2008; Rebolleda, 2017a; Ruíz-Ruiz et al., 2006).
- 3) Estilo o sesgo atribucional: Se refiere a las explicaciones o razones generadas por las personas sobre las causas de los eventos personales positivos o negativos que les ocurren. Green, Olivier, Crawley, Penn y Silverstein (2005) afirman que

la atribución causal que los individuos hacen sobre lo que les sucede va a definir el significado final de ese acontecimiento.

La literatura científica señala la existencia de un deterioro o déficit de los siguientes dominios en las personas diagnosticadas con esquizofrenia, lo que les provoca un funcionamiento psicosocial pobre en comparación con personas sanas (Gil-Sanz et al., 2012; Gil-Sanz et al., 2017):

4) PE: Se refiere a la capacidad que tiene la persona para percibir, comprender, expresar y usar las distintas emociones, para manejarlas de una forma adaptativa (Green y Horan, 2010) y se utiliza para las emociones propias y las relacionadas con los demás (Mondragón-Maya et al, 2017). Las áreas más profundamente estudiadas de este componente de la CS son (Gutiérrez, 2013; Mondragón-Maya et al, 2017):

- a) el reconocimiento de las emociones,
- b) la comprensión de las emociones
- c) la regulación emocional

Existen abundantes estudios que demuestran la presencia de ciertas dificultades en el PE que realizan las personas con esquizofrenia, sobre todo a la hora de identificar y comprender las emociones de los demás. En las pruebas de evaluación en las cuáles aparecen fotografías de personas expresando diferentes de las denominadas emociones básicas (aquellas que se reconocen y se expresan de la misma manera en casi todas las culturas: alegría, tristeza, enfado, asco, sorpresa y miedo) y expresiones neutras, las dificultades más relevantes aparecen a la hora de percibir las emociones negativas (como el miedo y el asco) y las caras neutras, que no las identifican como tal si no como si expresaran emociones negativas (Rebolleda, 2017b ; Ruiz-Ruiz et al., 2006). Por otro lado, también se ha constatado la presencia en personas con esquizofrenia de un deterioro en su capacidad para expresar emociones faciales (Rebolleda, 2017a; Ruiz-Ruiz, et al., 2006). Todas estas alteraciones aparecen de forma estable a lo largo de toda la enfermedad, pero son más destacadas en los períodos de crisis (Fuentes-Durá et al, 2008; Rebolleda, 2017a; Ruiz-Ruiz et al, 2006).

5) TM: Este término fue propuesto por primera vez por Premack y Woodruff (1978) y se refiere a la capacidad o habilidad de las personas para poder inferir los estados mentales de los demás, como sus disposiciones, creencias e intenciones y darse cuenta de que el resto de personas también pueden hacer deducciones sobre los propios pensamientos (Green y Horan, 2010). Son varios procesos los que conforman la TM:

- Falsas creencias de primer y segundo orden (reconocer que una persona tiene una creencia sobre una situación real; y reconocer lo que una persona piensa sobre los estados mentales que tiene otra persona) (Palha, 2008),
- Atribución de las intenciones,
- Inferencias mediante la expresión de la mirada de estados,
- Interpretación del lenguaje de doble sentido o encubierto (ironías, insinuaciones, metáforas, humor y engaños),
- Comprensión las “meteduras de pata”.

Aunque en la literatura no existen datos concluyentes sobre la presencia de un déficit en el dominio de TM en las personas con esquizofrenia (Brüne, 2005), diversos estudios constatan las dificultades que presentan estas personas en tareas que podrían considerarse típicas de este dominio (problemas a la hora de deducir los estados mentales de los demás y para atribuírselos a ellos mismos o a otras personas; Fuentes-Durá et al., 2008). Además, algunas investigaciones han puesto de manifiesto que el tipo de sintomatología que presentan estas personas está asociada a los déficits que van a mostrar en TM. Por ejemplo, parece ser que aquellas personas que presentan sintomatología negativa o desorganizada, nunca han llegado a desarrollar una adecuada TM, por lo que presentan una peor ejecución en las pruebas que valoran este dominio (Greig, Bryson y Bell, 2004).

Por lo tanto, esta hipótesis de asociación predictiva se puede completar diciendo que V. muy probablemente tenga una CS alterada, especialmente en los subdominios de PE y TM. Así, el enunciado verificable que puede extraerse de esta hipótesis (mostrar dificultades de funcionamiento social) sería: “Si se valora a V. en los dos subdominios de CS antes mencionados, PE y TM, los resultados que se obtengan indicarán que existen déficits en ambos”. El PE se valorará mediante la percepción e interpretación de

emociones en expresiones faciales. En cuanto a la TM, se valorarán sólo los procesos más relacionados con la demanda de V., es decir, insinuaciones y meteduras de pata.

- **Hipótesis de relación funcional.** Una vez que hayan sido corroboradas las hipótesis anteriores, se podría plantear que los problemas que presenta V. para relacionarse con los demás y a la hora de participar en más actividades sociales son causados por las alteraciones encontradas en los subdominios valorados de la CS. Por lo tanto, una mejora en estos subdominios influirá de forma positiva en el funcionamiento psicosocial de V. El enunciado verificable que puede extraerse de esta hipótesis sería: “Una intervención encaminada a mejorar el rendimiento de V. en las pruebas de valoración de los dominios PE y TM, conllevará a un aumento, en la cantidad y satisfacción, de las actividades e interacciones sociales”.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

En primer lugar, para poder llevar a cabo este trabajo se obtuvo el permiso de la Comisión de Bioética de la Universidad de Jaén. Una vez obtenido, se procedió a entregarle a V. el documento de Consentimiento Informado (anexo 1), en el que pudo leer acerca del proceso de evaluación como de la intervención, dando su consentimiento tanto para efectuar las pruebas y el programa de entrenamiento como para incluir los datos y resultados en este trabajo académico.

Todo el proceso de evaluación, se realizó en el despacho de psicología de la residencia donde vive V., en horario de mañana, y fueron necesarias dos sesiones para administrar todas las pruebas. Fueron necesarios seis días tras la segunda sesión de evaluación Pre para analizar los datos obtenidos y diseñar la intervención, y a continuación se pudo pasar a la siguiente fase.

La primera sesión de evaluación comenzó con una **entrevista semiestructurada** que duró aproximadamente una hora y media. Gracias a la entrevista se obtuvieron datos generales de V. (edad, fecha y lugar de nacimiento, el nivel educativo e historia laboral), antecedentes familiares y personales, historia clínica (signos y síntomas de los problemas de salud), hábitos de vida, desempeño funcional, físico y social.... A continuación, se utilizaron una serie de instrumentos con el propósito de corroborar las hipótesis planteadas. Las pruebas empleadas para esta evaluación fueron las siguientes:

➤ **Test de cribado de deterioro cognitivo:**

De las pruebas de cribado de deterioro cognitivo disponibles en la residencia, se seleccionan el Test del reloj y el ‘Short Portable Mental Status Questionnaire’ (SPMSQ) o Test de Pfeiffer. La elección del primer test se debe a que las investigaciones sugieren que es sensible a la disfunción cognitiva en esquizofrenia, resultando realmente útil para el cribado del funcionamiento cognitivo y adaptativo en personas con este trastorno (Lowery et al., 2003). Sin embargo, es aconsejable utilizar otra prueba que pueda complementar al Test del reloj ya que hay funciones que no las valora (Peña-Casanova, Monllau y Gramunt-Fombuena, 2007). Por esa razón se elige el Test de Pfeiffer.

- **Test del reloj** (Cacho et al, 1996): es una prueba diagnóstica muy sencilla de aplicar y que da mucha información acerca de la persona que la realiza. Ofrece información sobre percepción visual, coordinación visomotora, capacidad visoconstructiva y de planificación y ejecución motora (Villarejo y Puertas-Martín, 2011). Existen dos condiciones de aplicación, el sujeto ha de realizar el dibujo del reloj a la orden (TRO), o copiarlo (TRC), o pueden aplicarse ambas condiciones. En este caso, se han pasado ambas condiciones. Los criterios de corrección se basan en la esfera del reloj, los dígitos y su localización espacial, y las manecillas del reloj. La máxima puntuación para cada condición es de 10, siendo el punto de corte para TRO una puntuación mayor de 6, y para TRC, es de 8. La fiabilidad interobservador es alta, entre 0,87 y 0,94 (Heinik, Lahav, Drummer, Vainer-Benaiah y Lin, 2000).

- **‘Short Portable Mental Status Questionnaire’ (SPMSQ) o Test de Pfeiffer versión española** (Martínez et al., 2001): cuestionario de cribado heteroadministrado que consta de 10 ítems de respuesta libre y que se utiliza para detectar si existe sospecha de deterioro cognitivo. Explora la orientación en sus tres esferas (espacio, tiempo y persona), memoria a corto plazo, información o conocimiento de hechos cotidianos y capacidad de cálculo simple. La fiabilidad interobservador y test-retest es de 0,738 y 0,92, respectivamente, teniendo la consistencia interna un valor de 0,82.

➤ **Test para evaluar depresión:**

- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage** (Yesavage, 1988): es un cuestionario heteroadministrado que se utiliza para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Consta de 15 ítems cuya respuesta es “Sí” o “No”. Las respuestas correctas, es decir que no indican síntomas depresivos, serán afirmativas para algunos ítems y negativas para otros. Cada respuesta errónea se puntúa 1. La fiabilidad

intraobservador es del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99 (Martínez et al., 2002).

La segunda sesión se dedicó a valorar la sintomatología propia de la esquizofrenia, los criterios diagnósticos del subtipo residual y los subdominios de la cognición social (PE y TM). Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- **Test para valorar la sintomatología propia de la esquizofrenia y el subtipo:**
 - **Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos** (*The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS*) (Overall y Gorham, 1962; adaptación española por Peralta y Cuesta, 1994): se trata de una escala heteroaplicada que se administra tras una entrevista semiestructurada de unos 20 minutos. Se utiliza preferentemente para explorar la respuesta de los pacientes psicóticos al tratamiento farmacológico, pero también para diagnosticarla esquizofrenia, como medida de gravedad de la enfermedad y, como en este caso, para identificar el tipo de sintomatología predominante, positiva o negativa. Consta de 18 ítems y proporciona una puntuación global y puntuaciones para síntomas negativos y positivos. Se puntúa con una escala tipo Likert de 5 valores que va de 0 (ausencia del síntoma) a 4 (presencia grave). La fiabilidad de la prueba es de 0,94 y su consistencia interna es de 0,79. Los resultados indican una precisión test-retest superior a 0,8 (Sánchez, Ibáñez y Pinzón, 2005).
 - **Listado de comprobación de los criterios de esquizofrenia residual del DSM-IV-TR** (anexo 2): es una lista que fue heteroaplicada con la ayuda del psicólogo del centro y que se ha elaborado para este trabajo. En ella, aparecen los criterios diagnósticos para la esquizofrenia del subtipo residual del DSM-IV-TR y permite comprobar si el sujeto a valorar cumple o no con todos los criterios requeridos.
- **Entrevista-Cuestionario para valorar las actividades e interacciones sociales:**
 - **Entrevista-Cuestionario sobre actividades e interacciones sociales** (anexo 3): consta de una serie de preguntas para explorar la frecuencia y calidad de las interacciones sociales de V. y su participación en las actividades de ocio y tiempo libre que se organizan en el centro para su entretenimiento y socialización.

➤ **Test para evaluar CS: PE**

- **Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones (PERE)** (Gil-Sanz et al., 2017): es una prueba que está formada por 56 fotografías (28 de hombre y 28 de mujer) y se utiliza para valorar la percepción de las 6 emociones básicas: alegría, tristeza, enfado, sorpresa, miedo y asco. Además, incluye 8 fotografías con expresión neutra. Esta prueba valora el subdominio de percepción de la emoción. La fiabilidad test-retest para el grupo de pacientes con esquizofrenia, se situó entre 0,61 y 1 (Coeficiente Phi). El instrumento PERE está disponible de manera gratuita en <http://www.proyectoscores.es/pere.php>

➤ **Test para evaluar CS: TM**

- **Test de las Insinuaciones** (Gil-Sanz et al., 2012): es la adaptación y validación al español del *Hinting Task Test* (Corcoran, Mercer y Frith, 1995). La prueba es muy utilizada para valorar de forma específica TM en esquizofrenia. Está compuesta por 10 historias en las que aparecen dos personajes y al final de cada una, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara. Al sujeto se le pregunta, entre otras cosas, qué ha querido decir realmente el personaje de la historia con el comentario que ha hecho. La fiabilidad interobservadores estuvo por encima de 0,80 para todas las historias, excepto para la historia 4 porque no se pudo valorar. En la fiabilidad test-retest, ocurrió lo mismo en la historia 4, para el resto la fiabilidad fue igual o mayor a 0,70. La consistencia interna obtuvo una alfa de Cronbach de 0,69 en el grupo de pacientes con esquizofrenia. Esta prueba está disponible de manera gratuita en <http://www.proyectoscores.es/hinting.php>
- **Test de las Meteduras de Pata:** es la adaptación y validación al español del Faux Pas Test (Stone, Baron-Cohen y Knight, 1998). Esta prueba mide la adaptación social mediante la interpretación correcta de situaciones sociales en las que una persona comete una "torpeza social", por lo tanto, valora también TM en personas con esquizofrenia. La versión española abreviada consta de 10 historias, 5 de ellas con metedura de pata y las otras 5 son historias control. Después de contar cada historia, se le pregunta al sujeto si alguien ha "metido la pata", si la respuesta es 'sí', se continúa con las siguientes 7 preguntas, pero si su respuesta es 'no', se pasaría a las preguntas control o de comprensión y a la siguiente historia. La prueba ofrece seis índices distintos, puntuados de 0 a 1: detección de la metedura de pata (preguntas 1 y 2), comprensión de la metedura de pata (pregunta 3), intención del personaje (pregunta 4),

creencia falsa o verdadera (pregunta 5), empatía (pregunta 6) y comprensión de las historias (preguntas 7 y 8). Si el sujeto contesta de manera incorrecta una de las preguntas control, esa historia se anula a la hora de hacer el cálculo por índices. La fiabilidad tes-retest para los pacientes es de 0,78 y la inter-observador es de 0,87. La consistencia interna es de 0,72. Esta prueba está disponible de manera gratuita en <http://www.proyectoscores.es/faux.php>

Al acabar el programa de entrenamiento, se le entregó a V. un breve **Cuestionario de Satisfacción** con el mismo, muy sencillo y rápido de contestar y que permite obtener una idea general de la aplicación del programa y posibles ideas y puntos que puedan ayudar a mejorarlo para próximas ocasiones (anexo 4).

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación, se presentan los resultados de las pruebas de evaluación organizados por hipótesis.

Para corroborar la **hipótesis de semejanza** según la cual los síntomas negativos de V. se deben a que presenta un diagnóstico de esquizofrenia del subtipo residual y no a la presencia de deterioro cognitivo ni a un estado emocional depresivo, se le han administrado a V. una prueba de cribado para la detección de deterioro cognitivo, otra de depresión, un test específico para la sintomatología de la esquizofrenia y un listado de comprobación de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia residual.

Los resultados obtenidos en los tests de cribado administrados eliminan la sospecha de que los problemas que refiere V. se deban a la presencia de deterioro cognitivo. También se observa, que los déficits que presenta V. no son provocados por la sintomatología depresiva, ya que puntúa 3 en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el punto de corte para una depresión leve o dudosa sería 5.

En cuanto a la escala BPRS, se obtiene una puntuación que indica la ausencia del trastorno activo. Aun así, en los ítems de la escala dónde puntúa son la mayoría referidos a síntomas negativos como retraimiento emocional y aplanamiento afectivo, lo que es coherente con el diagnóstico de esquizofrenia residual. Además, cumple con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para este subtipo de esquizofrenia según el

listado de comprobación que se ha pasado. Todos estos resultados comentados pueden verse en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados pruebas de la hipótesis de semejanza

Pruebas	Resultados	Conclusiones
<i>Test del Reloj</i>	TRO=8 TRC=10	Ausencia de deterioro cognitivo
<i>Test de Pfeiffer (SPMSQ)</i>	1 error	Sin deterioro cognitivo
<i>GDS de Yesavage</i>	3 puntos	Ausencia de depresión
<i>BPRS</i>	7 puntos (ítems 1, 3 ,16)	Ausencia de trastorno: puntuaciones en síntomas negativos
<i>Listado de comprobación de criterios DSM-IV-TR</i>	Cumple criterios A y B	Diagnóstico de Esquizofrenia Residual

Nota. TRO: Test del Reloj a la Orden; TRC: Test del Reloj a la Copia; BPRS: Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos

La **Hipótesis de Cuantificación** planteaba que las dificultades de funcionamiento social que V. presentaba eran concretamente poca participación en actividades e interacciones sociales, con una falta de satisfacción con las mismas. Esta hipótesis se puede corroborar con la información hallada en la entrevista-cuestionario de actividades e interacciones sociales (anexo 3).

De la entrevista-cuestionario sobre las actividades e interacciones sociales (anexo 3) que realiza V., sus respuestas indican que su participación en las actividades es reducida, al igual que el número de interacciones que mantiene, sintiéndose poco satisfecho por ello. Así, V. cuenta que suele ir al cine del centro una vez por semana. Además, asiste una o dos veces por semana a las sesiones de psicoestimulación grupal, cuando la actividad a realizar son fichas individuales. Sin embargo, cuando son dinámicas de grupo V. se va de la sala antes de empezar. En estas actividades se siente cómodo, porque son las únicas actividades en las que no tiene que relacionarse con sus compañeros, pero no está satisfecho porque le gustaría poder participar más. En cuanto a sus interacciones sociales, comenta que durante las comidas, sus compañeros de mesa alguna vez han intentado iniciar con él una conversación, pero le resulta incómodo por no saber qué contestar, sintiéndose muy insatisfecho y decepcionado consigo mismo. Aparte de estas situaciones V. refiere haberse visto envuelto en unos tres conflictos con

diferentes compañeros en las dos semanas anteriores. Estos incidentes fueron debidos a comentarios que hacían y que V. se tomaba contra su persona. Se siente enfadado consigo mismo al pensar en esas situaciones ya que refiere que debería tener más paciencia con algunas personas porque están enfermas. En la tabla 2, pueden observarse las respuestas de V. a esta entrevista-cuestionario.

Tabla 2. Respuestas a la Entrevista-cuestionario sobre actividades e interacciones sociales

		Cantidad en dos semanas	Satisfacción (1-10)	Razón	Cómo te sientes
Actividades:	<i>Cine</i>	2	5	“No tengo que hablar con nadie”	“CÓmodo”
	<i>PE-G con fichas</i>	2	6	“Suele ser individual, pero a veces me preguntan dudas”	“Agobiado, hago todo rápido para irme”
Interacciones:	<i>Buenas</i>	8 aprox.	3	“Breves y triviales, no sé bien qué contestar”	“Decepcionado”
	<i>Conflictivas</i>	4 aprox.	1	“Debería controlarme más para evitarlas”	“Enfadado conmigo mismo”

Nota. PE-G: Psicoestimulación Grupal

En cuanto a la **Hipótesis de Asociación Predictiva** según la cual dados los déficits sociales que V. presenta, se espera que tenga CS alterada, principalmente en los dominios de PE y TM, se puede corroborar al analizar las puntuaciones obtenidas en las pruebas que valoran esas dificultades: PERE, Test de las Insinuaciones y Test de las Meteduras de Pata. Una vez analizados los resultados obtenidos, se puede ver que V. presenta déficits en PERE, en el Test de las Insinuaciones y en algunos índices del Test de Meteduras de Pata, por lo que de los subdominios de CS, el PE se encuentra alterado y la TM en los procesos valorados, sólo está parcialmente alterada.

En la tabla 3 se puede observar la puntuación directa total de V. en la prueba PERE, la de cada una de las emociones valoradas por la misma y las puntuaciones medias para los grupos control y de pacientes con los que se validó la prueba. V. obtiene una puntuación semejante e incluso inferior (peor ejecución) a la media del grupo de

pacientes en tristeza, enfado, miedo y asco, mientras que en el resto está por encima (mejor ejecución) de la media de este grupo, pareciéndose más a la ejecución de los controles sanos. Por lo tanto, las dificultades que muestra V. son a la hora de percibir las emociones negativas. Así, la diferencia entre la puntuación de V. y la media de la población psiquiátrica para la *tristeza* es de casi 12 DT (más de 42 DT con la media del grupo control). Para el *enfado* es aún mayor, ya que la diferencia equivale a 16,63 DT (más de 36 DT con el grupo control). La diferencia sigue aumentando, siendo considerable para el *miedo* con 23,68 DT (67 DT con el grupo control) y para el *asco* con 23,75 DT (55 DT con los controles). Autores como Rebolleda (2017b) y Ruiz-Ruiz et al. (2006) afirman que en este tipo de pruebas las dificultades más relevantes que presentan los pacientes aparecen a la hora de percibir las emociones negativas (como el miedo y el asco) y las caras neutras, que no las identifican como tal si no como si expresaran emociones negativas. A pesar de que V. muestra grandes dificultades para percibir expresiones de miedo y asco, identifica muy bien las caras neutras.

Este déficit a la hora de percibir emociones de tipo negativo afecta a algunos aspectos del funcionamiento social como en las habilidades necesarias para poder conversar, realizar conductas socialmente inapropiadas y los típicos mal entendidos durante las interacciones con otras personas (Hooker y Park, 2002; Pinkham y Penn, 2006). Además, esta dificultad no depende del tipo de síntomas, positivos o negativos, que presente y suele permanecer estable durante toda la enfermedad (Horan et al., 2012; Gil-Sanz et al., 2017).

Tabla 3. Resultados prueba PERE y comparación grupos de validación

	V.	G. control	Pacientes
Emoción	PD	Media $\pm$ DT	Media $\pm$ DT
Alegría	8/8	7,88 $\pm$ 0,03	7,78 $\pm$ 0,06
Tristeza	5/8	7,56 $\pm$ 0,06	6,30 $\pm$ 0,11
Enfado	6/8	7,82 $\pm$ 0,05	7,33 $\pm$ 0,08
Sorpresa	8/8	7,75 $\pm$ 0,06	7,22 $\pm$ 0,10
Miedo	0/8	7,37 $\pm$ 0,11	4,50 $\pm$ 0,19
Asco	4/8	7,85 $\pm$ 0,07	6,85 $\pm$ 0,12
Neutra	8/8	7,72 $\pm$ 0,06	7,25 $\pm$ 0,11
Total	39/56		

Nota. DT: desviación típica, PD: puntuación directa.

Siguiendo con los resultados para corroborar la hipótesis de asociación predictiva, se encuentra el Test de las Insinuaciones (ver tabla 4). Se puede decir que las puntuaciones de V. no se diferencian de las que obtuvieron el grupo de pacientes a quienes se le pasó la prueba para la adaptación de la misma al español (Gil-Sanz et al., 2012), ya que en ningún caso, exceptuando la *historia 6*, la diferencia va más allá de la media de los pacientes más una DT (en la mayoría no llega a una DT completa). Sin embargo, comparado con el grupo control se observa una peor ejecución de V., con mayores diferencias en la puntuación en la *historia 2* (es la media de este grupo menos prácticamente 2 DT), en la *historia 5* (es la media de los controles menos 6 DT), y en el *total de las diez historias* (media del grupo control menos 1 DT y media). Por lo tanto, la ejecución de V. en esta prueba se asemeja más a la del grupo de pacientes que a la del grupo control.

Tabla 4. Resultados Test de las Insinuaciones y comparación con los grupos de adaptación

	V. (PD)	G. Control (media ± DT)	Pacientes (media ± DT)
Historia 1	1	1,36 ± 0,58	1,18 ± 0,59
Historia 2*	1	1,79 ± 0,41	1,50 ± 0,75
Historia 3*	2	1,95 ± 0,32	1,65 ± 0,74
Historia 4	2	2	1,85 ± 0,36
Historia 5	1	1,97 ± 0,16	1,78 ± 0,58
Historia 6*	2	1,85 ± 0,37	1,18 ± 0,71
Historia 7*	2	1,97 ± 0,16	1,80 ± 0,41
Historia 8	1	1,31 ± 0,57	1 ± 0,72
Historia 9*	2	1,85 ± 0,37	1,38 ± 0,70
Historia 10	2	1,97 ± 0,16	1,85 ± 0,43
PT 10 historias	16	18,03 ± 1,39	15,15 ± 2,83
PT 5 historias (2. 3, 6, 7 y 9)	9	9,41 ± 0,85	7,50 ± 2,02

Nota. DT: desviación típica, PD: puntuación directa.

La última prueba administrada sobre CS, para la hipótesis de asociación predictiva, es el Test de las Meteduras de Pata. En la tabla 5 aparecen los resultados obtenidos por V. en cada uno de los índices y también las puntuaciones medias del

grupo control y de pacientes participantes en un estudio de adaptación de la prueba al español para desarrollar una versión más reducida (Fernández-Modamio et al., 2018). El rendimiento de V. es semejante al del grupo control en casi todos los índices, excepto en ‘*intención*’ (respuestas que indiquen que el sujeto comprende que el personaje de la historia no sabía o no se dio cuenta de algo) cuya puntuación es la media de este grupo menos 7 DT, y en ‘*empatía*’ (respuestas que indiquen sentimientos y emociones adecuadas a la situación), que es la media menos 5 DT. Por lo tanto, aunque la ejecución de V. sea muy similar a la del grupo control, en estos dos índices su rendimiento se asemeja al del grupo de pacientes estando incluso por debajo de la media de los mismos (más de una DT por debajo en la primera y de la mitad de la DT por debajo en la segunda), pudiéndose deducir que el residente tiene dificultades a la hora de entender las intenciones y las emociones de los demás.

Tabla 5. Resultados Test de Meteduras de Pata y comparación grupos de validación

Índices	V. (PD)	G.Control (media ± DT)	Pacientes (media ± DT)
Detección metedura de pata	1	0,96 ± 0,09	0,67 ± 0,32
Comprensión metedura de pata	1	0,97 ± 0,09	0,65 ± 0,34
Intención	0,25	0,95 ± 0,10	0,64 ± 0,35
Creencia	1	0,93 ± 0,11	0,62 ± 0,34
Empatía	0,5	0,97 ± 0,09	0,66 ± 0,33
Comprensión historias	0,9	1	0,98 ± 0,07

Nota. DT: desviación típica, PD: puntuación directa.

Una vez analizada la información obtenida de los resultados de las diferentes pruebas de valoración, se puede decir que:

- La Hipótesis de Semejanza queda confirmada, ya que V. cumple con los criterios diagnósticos de la esquizofrenia residual, presentando sintomatología negativa, y no existe sospecha ni de deterioro cognitivo ni de depresión.

- La Hipótesis de Cuantificación también se confirma ya que V. apenas participa en actividades sociales y en interacciones interpersonales, mostrando una baja satisfacción al respecto. Además, presenta dificultades en la percepción de las emociones, en las insinuaciones, a la hora de entender las intenciones de los demás y en empatía.
- La Hipótesis de Asociación Predictiva se confirma parcialmente ya que los resultados de V. en las pruebas que valoran PE (PERE) y TM (Test de las Insinuaciones y Test de las Meteduras de Pata), muestran un PE alterado y una ejecución en una de las pruebas de TM (algunos índices del Test de las Meteduras de Pata, ‘intención’ y ‘empatía’) semejante a la población en general, por lo que la TM no está completamente alterada.

Corroboradas todas las hipótesis anteriores, se puede plantear la **Hipótesis de Relación Funcional**, ya mencionada: ‘Los problemas de V. a la hora de relacionarse con sus compañeros y para participar en las actividades sociales están causados por las alteraciones encontradas en los dominios valorados de la CS, por lo que la mejora de estos dominios influirá de forma positiva en el funcionamiento psicosocial de V.’ El enunciado verificable que puede extraerse de esta hipótesis sería: “Un mejor rendimiento en las pruebas de valoración de los dominios PE y TM de V. se verá reflejado en un aumento, en la cantidad y satisfacción, de las actividades e interacciones sociales”.

Por lo tanto, para conseguir corroborar esta hipótesis, se diseñará una intervención que tenga en cuenta estos dominios. Desde hace unos años, ha habido un creciente interés en las intervenciones dirigidas a rehabilitar la CS en personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves ya que, como se ha visto, conlleva un mejor funcionamiento social y comunitario/institucional y se puede generalizar a la vida diaria, presentando un mejor ajuste al entorno (Mas-Expósito et al., 2016; Ortega et al., 2012). Kurtz y Richardson (2012) realizaron una revisión sobre la eficacia de las intervenciones en CS y encontraron que no son eficaces en todos los dominios establecidos por el NIMH, sólo en algunos como reconocimiento de emociones y TM, además de ser capaces de mejorar los síntomas generales del paciente y su funcionamiento comunitario.

La intervención que se plantea para V. es el **Programa de Entrenamiento en Cognición Social** (PECS), una propuesta del Proyecto SCORES (*Social Cognition on Rehabilitation in Schizophrenia*), integrado por un equipo de expertos en esquizofrenia: David Gil-Sanz (Dr. en Psiquiatría), Rosario Bengochea-Seco (Psicóloga Clínica), Mar Fernández-Modamio (Psicóloga Clínica), Marta Arrieta-Rodríguez (Dra. en Psicología), Iciar Santacoloma (Psicóloga Clínica), Juan Gómez de Tojeiro (Psiquiatra), Manuel Martín (Dr. en Medicina) y Eduardo González (Dr. en Psicología). Su actividad investigadora tiene el objetivo de desarrollar herramientas que permitan evaluar, trabajar y mejorar la CS en pacientes con esquizofrenia (<http://www.proyectoscores.es/index.php>)

El PECS es de los primeros programas que se han desarrollado en España, y se ha valorado su eficacia con una muestra española. Los datos del estudio indican que los pacientes que recibieron el entrenamiento mejoraron de forma significativa en comprensión de insinuaciones (que es un área de la TM) y en percepción de emociones, sobretudo en el reconocimiento de la tristeza, el enfado, el miedo y el asco, y por tanto, en la puntuación total (Gil-Sanz, Fernández-Modamio, Bengochea-Seco, Arrieta-Rodríguez y Pérez-Fuentes, 2016). Sin embargo, este equipo recomienda que el entrenamiento puede ser contraproducente si se utiliza con personas que presenten sintomatología delirante activa y más si estas ideas son acerca de la habilidad para leer el pensamiento en los demás o adivinarlo. Con estos datos acerca de la efectividad del PECS sobre la mejora en los dos dominios de CS que se han valorado y ser además un programa creado en España, se decide que es una óptima opción para V., ya que además no presenta sintomatología de tipo positiva.

El programa consta de cuatro módulos con 24 sesiones en total, de entre 30 y 50 minutos de duración cada una, donde se trabaja con teoría y ejemplos prácticos los diferentes subdominios de la CS (Gil-Sanz et al., 2016):

- I. Procesamiento emocional (8 sesiones),
- II. TM y Estilo atribucional (9 sesiones),
- III. Percepción y Conocimiento social (4 sesiones),
- IV. Personalización de los contenidos (3 sesiones).

El PECS está disponible de manera gratuita y cuenta con un manual para el terapeuta, con los detalles para cada una de las 28 sesiones en las que se desarrolla. Se encuentra en <http://www.proyectoscores.es/pecs.php>

INTERVENCIÓN

Objetivos y secuenciación

El objetivo general del entrenamiento es mejorar las dificultades presentadas en dos de los subdominios de CS, PE y TM, para potenciar y mejorar las relaciones sociales de V. y aumentar su participación y satisfacción en las actividades de ocio y tiempo libre.

En el PECS se incluyen actividades destinadas a:

- Mejorar la interpretación de las emociones de tipo negativo.
- Examinar tanto las causas como las consecuencias de las emociones.
- Aumentar la frecuencia de aparición de emociones positivas.
- Conocer cómo prevenir y manejar las emociones negativas.
- Desarrollar la habilidad de comprensión de las intenciones de los otros.
- Aprender a evitar los errores que se dan al manejar información.
- Entender los estilos atribucionales, analizando los delirios desde este punto de vista: sobreatribuciones internas o externas.
- Conocer conceptos como norma y rol social y relacionarlos con la aceptación social.
- Analizar cómo influye el contexto en las relaciones interpersonales.
- Personalizar y aplicar los contenidos a situaciones personales que hayan vivido.

Programa de intervención

El programa PECS trabaja teoría y práctica de una forma amena, fomentando la participación de los sujetos que participen, en este caso un sujeto, V.

Todas las sesiones realizadas con V. durante la intervención o entrenamiento se han llevado a cabo en horario de mañana y de manera individual. Sin embargo, a

diferencia de la evaluación que se realizó en el despacho de psicología, la intervención ha sido en la sala polivalente, ya que contaba con un proyector. La duración de las sesiones era variable pues se buscaba aunarlas en grupos de 3 sesiones más o menos al día, incluso 4 si eran ejercicios prácticos de la teoría presentada (ver tablas 6 y 7). También se pretendía tener un horario flexible, que se adaptara a las necesidades de V. Es decir, algunos días se empezaba más tarde o se acababa antes dependiendo de las obligaciones que V. tenía en el centro. En total, contando con las sesiones de evaluación-pre, entrenamiento y evaluación-post, fueron 11 sesiones. En la tabla 6 se puede observar el procedimiento llevado a cabo y en la tabla 7, la cronología de las sesiones totales en el mes de julio de 2018.

➤ **Fase 0: Evaluación-PRE**

Esta fase en dos sesiones y se corresponde con lo ya explicado anteriormente en el apartado de ‘Técnicas y procedimiento de evaluación’.

➤ **Fase I: Intervención.** Se estructura en las siguientes 8 sesiones:

- *Sesión 1:* Durante esta sesión se realizó una introducción al programa y a los conceptos que se iban a presentar a lo largo del mismo y dio tiempo para explicar las cuatro primeras sesiones del primer módulo ‘Procesamiento emocional’. Se definió el concepto de emoción, se explicaron las seis emociones básicas y se analizaron los rasgos faciales característicos de la expresión de cada una de estas emociones. Finalmente, V. pudo practicar lo aprendido con ejercicios en los que iban apareciendo partes de una cara y él debía identificar la emoción con las menos partes posibles y con otros en los que V. tenía que completar media cara según la emoción que le solicitaban (anexo 5).
- *Sesión 2:* Se inició con un repaso de lo visto en la sesión anterior. Una vez realizado, se pasó a seguir con las sesiones cinco, seis y parte de la siete del primer módulo. Aquí se explicaron los tipos de causas que puede tener una emoción (internas, como pensamientos y acciones propias y externas, como las acciones o lo que dicen los demás y los hechos que ocurren). También se analizaron las consecuencias de las emociones. Es decir, las reacciones que pueden provocar, enseñando cómo manejar las emociones negativas para prevenir las reacciones que conllevan y cómo aumentar la frecuencia de las emociones positivas, todo ello con ejemplos prácticos (anexo 6). Para acabar

la sesión, se hicieron algunos de los ejercicios prácticos de la sesión séptima original (anexo 7).

- *Sesión 3:* Comenzó repasando lo visto anteriormente y continuó con los ejercicios prácticos de la sesión 7 del primer módulo del PECS que no pudieron realizarse en la sesión anterior (anexo 7). Luego se explicó la importancia que tiene el contexto a la hora de interpretar las emociones, ya que éste influye en cómo se expresan aquellas, pudiendo resultar adecuada o no una determinada expresión en función de la situación. Los ejemplos que ayudaron a entender la teoría (anexo 8) dieron paso al inicio del módulo II ‘TM y Estilo atribucional’. Fue una sesión introductoria en la que se definía la TM y se diferenciaba de algunos síntomas de la esquizofrenia, como las ideas delirantes (Se pueden deducir las intenciones de una persona en base a la información que se tiene y a evidencias, pero no porque se puedan adivinar).
- *Sesión 4:* Esta sesión se centraba, después de repasar el contenido anterior, en las pistas que se utilizan para deducir los estados mentales de los demás, es decir, sus pensamientos, opiniones, creencias, intenciones, deseos y gustos. Para ello, se analizó el lenguaje de doble sentido, concretamente las indirectas, las ironías, las metáforas y los refranes y se enseñó a manejar de manera correcta la información que se tiene de los demás, evitando errores típicos como el salto precipitado a las conclusiones, que es la tendencia a sacar conclusiones sin tener la suficiente información y darlas por válidas. Para terminar esta sesión, se realizaron los ejercicios prácticos I y II de este módulo (anexo 9).
- *Sesión 5:* Fue la de menos duración y se hizo un repaso breve de la sesión anterior y se explicó el concepto de estilo atribucional. Se analizaron las diferencias entre los dos estilos que hay, interno y externo, aclarando las ventajas e inconvenientes del uso de cada uno de ellos, concluyendo que lo mejor es combinar ambos estilos a la hora de explicar las causas a las cosas que les suceden a las personas.
- *Sesión 6:* En esta sesión se analizaron los estilos atribucionales propios de algunas enfermedades mentales, como la depresión y la esquizofrenia, en comparación con la población general. De esta manera, se explicaron las ideas delirantes de referencia y de perjuicio como sobreatribuciones internas

y externas, respectivamente: ‘Todo lo que sucede guarda una relación conmigo’ frente a ‘Lo que me sucede es porque todo el mundo está en mi contra y quieren hacerme daño’. Además, se trabajó con los ejercicios prácticos III y IV correspondientes al módulo II (anexos 10 y 11).

- *Sesión 7:* Después del repaso característico del inicio de cada sesión, se dio al completo el módulo III ‘Percepción Social’. Además de los ejercicios prácticos que complementan la teoría y ayudan a entenderla (anexo 12), fueron definidos los conceptos de norma y rol social, relacionando su cumplimiento con la aceptación social y, por tanto, con mejores interacciones interpersonales. También se analizó la influencia que tiene el contexto según su tipo, formal o informal, en cómo se expresan las normas y roles sociales, enfatizando la importancia de adecuarlas a cada tipo de situación.
- *Sesión 8:* Dedicada al último módulo del entrenamiento: ‘Personalización’, para utilizar todos los conocimientos adquiridos durante las anteriores sesiones analizando diferentes situaciones que se exponían donde se daba un fallo en CS y contestando algunas preguntas sobre la forma de actuar de los personajes (anexo 13). Además, se animaba a V. a contar alguna situación o experiencia personal donde ahora podía entender que lo que fallaba era la CS. Para acabar esta sesión, se le entregó a V. un cuestionario sobre su satisfacción con el programa de entrenamiento (anexo 4), del cual se podrán obtener mejoras para próximas aplicaciones del entrenamiento.

➤ **Fase II: Evaluación-POST**

La última sesión fue para la post-evaluación, y se volvió a realizar en el despacho de psicología. Se administraron de nuevo la prueba específica sobre sintomatología propia de la esquizofrenia (BPRS), la Entrevista-Cuestionario de actividades e interacciones sociales y las pruebas que valoraban los dominios de CS estudiados (el PERE, el Test de las Meteduras de Pata, el Test de las Insinuaciones).

No fueron necesarias dos sesiones ni se volvieron a utilizar todos los instrumentos empleados en la primera sesión pre-evaluación porque su uso era para falsar el diagnóstico en la Hipótesis de Semejanza. Una vez verificada la misma, no es necesario volver a administrarlas. Las pruebas que no se utilizaron en la post-evaluación fueron:

- Test del Reloj
- Test de Pfeiffer (SPMSQ)
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
- Listado de comprobación de los criterios de esquizofrenia residual del DSM-IV-TR

Tabla 6. Procedimiento evaluación e intervención

SESIÓN	EVALUACIÓN/INTERVENCIÓN	TÉCNICAS/CONTENIDOS
Fase 0: S1 <i>(2h15min + 15min de descanso)</i>	Firma consentimiento informado Recogida de información Administración de pruebas de cribado	<i>Entrevista semiestructurada</i> <i>Pruebas: Test del Reloj, SPMSQ y GDS de Yesavage,</i>
Fase 0: S2 <i>(1h30min aprox.)</i>	Administración del resto de pruebas	<i>Pruebas: BPRS, listado de comprobación, Entrevista-Cuestionario de actividades e interacciones sociales, PERE, Test de las Insinuaciones y Test de las Meteduras de Pata</i>
Fase I: S1 <i>(2h aprox.)</i>	Módulo I: PE	<i>S1. Sesión introductoria</i> <i>S2. Concepto de emoción básica</i> <i>S3. Rasgos faciales de las emociones</i> <i>S4. Ejercicios Prácticos I</i>
Fase I: S2 <i>(1h30min)</i>	Repaso + Módulo I: PE	<i>S5. Causas de las emociones</i> <i>S6. Consecuencias de las emociones</i> <i>S7. Ejercicios Prácticos II</i>
Fase I: S3 <i>(1h45min aprox.)</i>	Repaso + Módulo I: PE Módulo II: TM y Estilo atribucional	<i>S7. Ejercicios prácticos II</i> <i>S8. La importancia del contexto</i> <i>S1. Definición TM</i>

Fase I: S4 (2h15min + 15min de descanso)	Repaso + Módulo II: TM y Estilo atribucional	S2. <i>Lenguaje de doble sentido</i> S3. <i>Manejo de la información</i> S4. <i>Ejercicios Prácticos I</i> S5. <i>Ejercicios Prácticos II</i>
Fase I: S5 (45 min)	Repaso + Módulo II: TM y Estilo atribucional	S6. <i>Definición de estilo atribucional</i>
Fase I: S6 (1h40min)	Repaso + Módulo II: TM y Estilo atribucional	S7. <i>Estilo atribucional y enfermedad mental</i> S8. <i>Ejercicios Prácticos III</i> S9. <i>Ejercicios Prácticos IV</i>
Fase I: S7 (2h15min + 15min de descanso)	Repaso + Módulo III: Percepción social	S1. <i>Definición de percepción social</i> S2. <i>La importancia del contexto</i> S3. <i>Ejercicios Prácticos I</i> S4. <i>Ejercicios Prácticos II</i>
Fase I: S8 (1h30min)	Repaso + Módulo IV: Personalización Administración del cuestionario de satisfacción con el entrenamiento	<i>Ejercicios Finales</i>
Fase II (1h30min aprox.)	Administración de pruebas post	<i>Pruebas: BPRS, Entrevista- Cuestionario de actividades e interacciones sociales, PERE, Test de las Insinuaciones y Test de las Meteduras de Pata</i>

Nota. SPMSQ: Test de Pfeiffer; BPRS: Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos; PERE: Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones.

A continuación se presenta el procedimiento antes mencionado y su cronología durante el mes de julio de 2018 (tabla 7):

Tabla 7. Cronología y procedimiento. Mes de julio

		L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Fase 0	S1	X														
	S2		X													
Fase I	S1								X							
	S2									X						
	S3											X				
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	S4		X													
	S5					X										
	S6							X								
	S7									X						
	S8											X				
Fase II																X

Resultados

La evaluación post-entrenamiento se ha realizado siguiendo el proceso de forma idéntica que la sesión dos de la evaluación pre-entrenamiento, con las mismas características para evitar que variables externas influyan en los resultados finales.

En cuanto a la **Hipótesis de Semejanza**, ya se comprobó que V. presentaba esquizofrenia residual, y que las dificultades presentadas no eran debidas ni a la presencia de deterioro cognitivo ni a sintomatología depresiva. Ahora que se ha realizado la intervención se puede observar si los síntomas negativos que aparecían en la evaluación-pre han mejorado.

En la escala BPRS, la puntuación de V. sigue indicando ausencia del trastorno (4 puntos). Al analizar los ítems de sintomatología negativa en los que antes había puntuado, ahora se puede observar que han mejorado ligeramente (tabla 8).

Por lo tanto, se puede decir que tras la intervención, los síntomas negativos han mejorado aunque no han cesado por completo.

Tabla 8. Comparación pre-post en la puntuación de la escala BPRS

	Puntuación Pre		Puntuación Post	
Preocupación somática (ítem 1)	2	Ligera preocupación a menudo	2	Ligera preocupación a menudo
Aislamiento emocional (ítem 3)	1	Algún contacto con buen compromiso	0	Buen contacto y compromiso
Afecto aplanado (ítem 16)	4	Afecto muy aplanado (déficit en expresión facial y en gestos) a menudo	2	Afecto algo aplanado (gestos restringidos) a menudo
Puntuación total:	7		4	

Sobre la **Hipótesis de Cuantificación**, se ha comprobado que V. presentaba dificultades de funcionamiento social, sobre todo en las actividades e interacciones sociales y presentaba una falta de satisfacción con las mismas. Tras el entrenamiento, se va a ver si ahora participa más en las actividades y mantiene más interacciones sociales, aumentando también la satisfacción hacia ellas.

Para ello, se analizan las respuestas de V. en la entrevista-cuestionario sobre sus actividades e interacciones sociales (anexo3) después del entrenamiento. Se puede ver en la tabla 12 un aumento en las actividades en las que lleva un par de semanas participando. Además su grado de satisfacción con las mismas es bastante bueno ya que se siente bien, no sólo porque las actividades le gusten o no, si no sobre todo, porque se siente orgulloso de intentar participar en la mayoría. En cuanto a las interacciones sociales, el hecho de tener más confianza en sí mismo hace que los intentos de conversaciones que antes vivía durante las comidas, ahora sean diálogos más o menos interesantes con sus compañeros de mesa. Además, refiere algo más de control sobre sus emociones y al notar que está en una situación donde se puede enfadar, prefiere alejarse durante un rato.

Se puede decir, que después de haber asistido al entrenamiento PECS, las interacciones de V. han aumentado y son más satisfactorias, al igual que su participación en las diferentes actividades.

Tabla 9. Respuestas a la Entrevista-cuestionario sobre actividades e interacciones sociales post-entrenamiento

		Cantidad en dos semanas	Satisfacción (1-10)	Razón	Cómo te sientes
Actividades:	<i>Cine</i>	2	8	“Luego puedo comentar un poco la película”	“CÓmodo”
	<i>PE-G con fichas</i>	2	8	“Ahora intento contestar alguna duda”	“Bien, voy a un ritmo normal y me gusta”
	<i>PE-G dinámicas</i>	1	4	“Son como concursos, y aún me cuesta”	“Nervioso porque hay demasiada gente”
	<i>Bingo</i>	2	8	“Siempre había querido participar y ahora lo hago”	“Feliz”
	<i>Juegos tradicionales</i>	1	7	“Me gusta más el bingo”	“Menos aburrido”
	<i>Bolos</i>	1 o 2	7	“No se me da muy bien, pero lo intento”	“Bien, de al menos intentarlo”
	<i>Salidas</i>	2	8	“Me gusta pasear, ver el pueblo y tomarme algo en la cafetería”	“Tranquilo y alegre”
Interacciones:	<i>Buenas</i>	12 aprox (de 0 a 2 al día)	7	“Son menos breves, y la mayoría triviales, pero estoy conociendo mejor a mis compañeros”	“Más seguro conmigo mismo”
	<i>Conflictivas</i>	2	7	“Controlo mejor mi enfado e intento evitar esas situaciones”	“Primero algo nervioso y luego contento de haberlo logrado”

Nota. PE-G: Psicoestimulación Grupal

La **Hipótesis de Asociación Predictiva** se corroboró parcialmente, ya que V. presentaba déficits en PE (resultados de la prueba PERE), sin embargo, los procesos

valorados de TM (mediante el Test de las Insinuaciones y el Test de Meteduras de Pata), no están totalmente alterados. Después de la fase de intervención, se puede observar si los déficits encontrados en estas pruebas han mejorado.

En la tabla 10, se encuentran los datos cuantitativos obtenidos en la prueba PERE. Para facilitar su comprensión, se han añadido en la tabla los resultados que obtuvo V. en la primera ejecución. Se puede ver una notable mejora tanto en la puntuación total de la prueba como a la hora de percibir expresiones faciales de tristeza, enfado, miedo y asco, mientras que en el resto de emociones tiene un rendimiento semejante al que tuvo en la pre-evaluación. Así, si en *tristeza* la puntuación pre de V. comparada con la del grupo control era la media de los mismos menos 42 DT, en el post pasa a ser la media menos 9 DT. Con el *enfado* pasa de ser la media menos 36 DT a la media menos 16 DT, y con el *miedo*, de ser la media menos 67 DT a la media menos 12 DT. Con el *asco*, la puntuación de V. pasa de ser la media de los controles menos 55 DT a mejorar hasta el punto de ser la media de éstos más 2 DT.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio sobre la eficacia del PECS que llevaron a cabo Gil-Sanz et al. (2016) ya que hallaron diferencias significativas entre las medidas pre y post en el reconocimiento de la tristeza, el enfado, el miedo y el asco, además de en la puntuación total. Por lo tanto, el PECS ha ayudado a V. a mejorar en el reconocimiento de las expresiones faciales para las emociones básicas negativas.

Tabla 10. Resultados pre y post de V. en PERE

	V. pre	V. post	G. control	Pacientes
Emoción	PD	PD	Media $\pm$ DT	Media $\pm$ DT
Alegría	8/8	8/8	7,88 $\pm$ 0,03	7,78 $\pm$ 0,06
Tristeza	5/8	7/8	7,56 $\pm$ 0,06	6,30 $\pm$ 0,11
Enfado	6/8	7/8	7,82 $\pm$ 0,05	7,33 $\pm$ 0,08
Sorpresa	8/8	7/8	7,75 $\pm$ 0,06	7,22 $\pm$ 0,10
Miedo	0/8	6/8	7,37 $\pm$ 0,11	4,50 $\pm$ 0,19
Asco	4/8	8/8	7,85 $\pm$ 0,07	6,85 $\pm$ 0,12
Neutra	8/8	7/8	7,72 $\pm$ 0,06	7,25 $\pm$ 0,11
Total	39/56	50/56		

Nota. DT: desviación típica, PD: puntuación directa.

En la siguiente gráfica se pueden observar las puntuaciones que obtuvo V. para cada emoción en la pre-evaluación en comparación con las que obtuvo en la post-evaluación (figura 1).

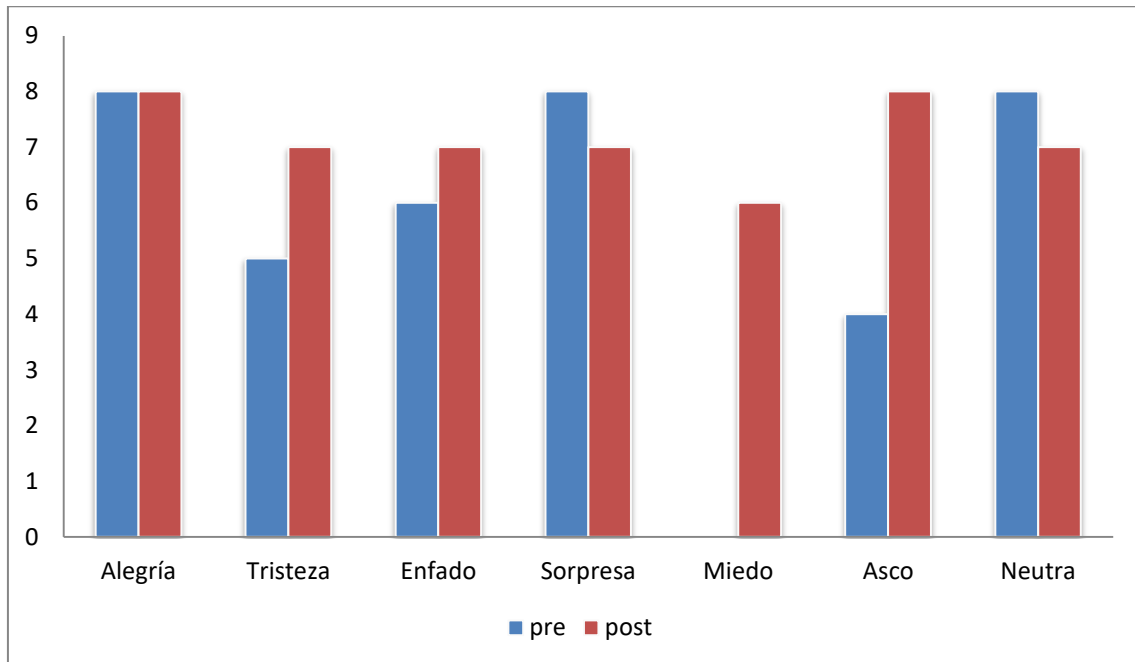


Figura 1. Comparación resultados pre y post de V. en PERE

Respecto al Test de las Insinuaciones, V. presentó un rendimiento general durante la pre-evaluación que apenas se diferenciaba del que tuvo el grupo de pacientes. Después del entrenamiento, la ejecución de V. se encuentra por encima (mejor) de la media que tuvo el grupo control, exceptuando la *historia 8*, donde baja su puntuación (pasa de tener una puntuación pre igual a la media del grupo de pacientes a que sea la media de los mismos menos 1 DT y un tercio en el post, menos de 2 DT de la media si se compara con el grupo control). Por lo tanto, se puede decir que tras el entrenamiento V. ha mejorado su rendimiento en esta prueba, superando la media de los controles (tabla 11).

Tabla 11. Resultados pre y post de V. en Test de las Insinuaciones

	V. (PD) pre	V. (PD) post	G. Control (media ± DT)	Pacientes (media ± DT)
Historia 1	1	2	1,36 ± 0,58	1,18 ± 0,59
Historia 2*	1	2	1,79 ± 0,41	1,50 ± 0,75
Historia 3*	2	2	1,95 ± 0,32	1,65 ± 0,74
Historia 4	2	2	2	1,85 ± 0,36
Historia 5	1	2	1,97 ± 0,16	1,78 ± 0,58
Historia 6*	2	2	1,85 ± 0,37	1,18 ± 0,71
Historia 7*	2	2	1,97 ± 0,16	1,80 ± 0,41
Historia 8	1	0	1,31 ± 0,57	1 ± 0,72
Historia 9*	2	2	1,85 ± 0,37	1,38 ± 0,70
Historia 10	2	2	1,97 ± 0,16	1,85 ± 0,43
PT 10 historias	16	18	18,03 ± 1,39	15,15 ± 2,83
PT 5 historias (2. 3, 6, 7 y 9)	9	10	9,41 ± 0,85	7,50 ± 2,02

Nota. DT: desviación típica, PD: puntuación directa.

En cuanto al Test de las Meteduras de Pata, se puede observar en la tabla 12 que V. ha mejorado cuantitativamente sus puntuaciones en todos los índices que presentaba bajos en la pre-evaluación. Así, la puntuación de V. en ‘*intención*’ comparada con el grupo control pasa de ser la media de éstos menos 7 DT a la media menos la mitad de una DT. La puntuación en ‘*empatía*’ pasa de ser la media de los controles menos 5 DT a la media más un tercio de DT. Por lo tanto, la ejecución de V. en esta prueba pasa a ser parecida e incluso superior de la media del grupo control en todos los índices.

Esto indica que el entrenamiento le ha ayudado a entender mejor las emociones tanto las propias como las de los demás (‘*empatía*’) y a comprender mejor las intenciones de los demás en situaciones en las que se dice algo inoportuno (‘*intención*’). Es decir, gracias al PECS V. ha conseguido un mayor rendimiento en los índices en los que antes fallaba.

Tabla 12. Resultados pre y post de V. en Test de las Meteduras de Pata

Índices	V. (PD) Pre	V. (PD) Post	G.Control (media ± DT)	Pacientes (media ± DT)
Detección metedura de pata	1	1	0,96 ± 0,09	0,67 ± 0,32
Comprensión metedura de pata	1	1	0,97 ± 0,09	0,65 ± 0,34
Intención	0,25	0,8	0,95 ± 0,10	0,64 ± 0,35
Creencia	1	1	0,93 ± 0,11	0,62 ± 0,34
Empatía	0,5	1	0,97 ± 0,09	0,66 ± 0,33
Comprensión historias	0,9	1	1	0,98 ± 0,07

Nota. DT: desviación típica, PD: puntuación directa.

La siguiente gráfica ayuda a visualizar de manera más fácil cómo ha mejorado el rendimiento de V. comparando sus resultados antes y después del entrenamiento (figura 2).

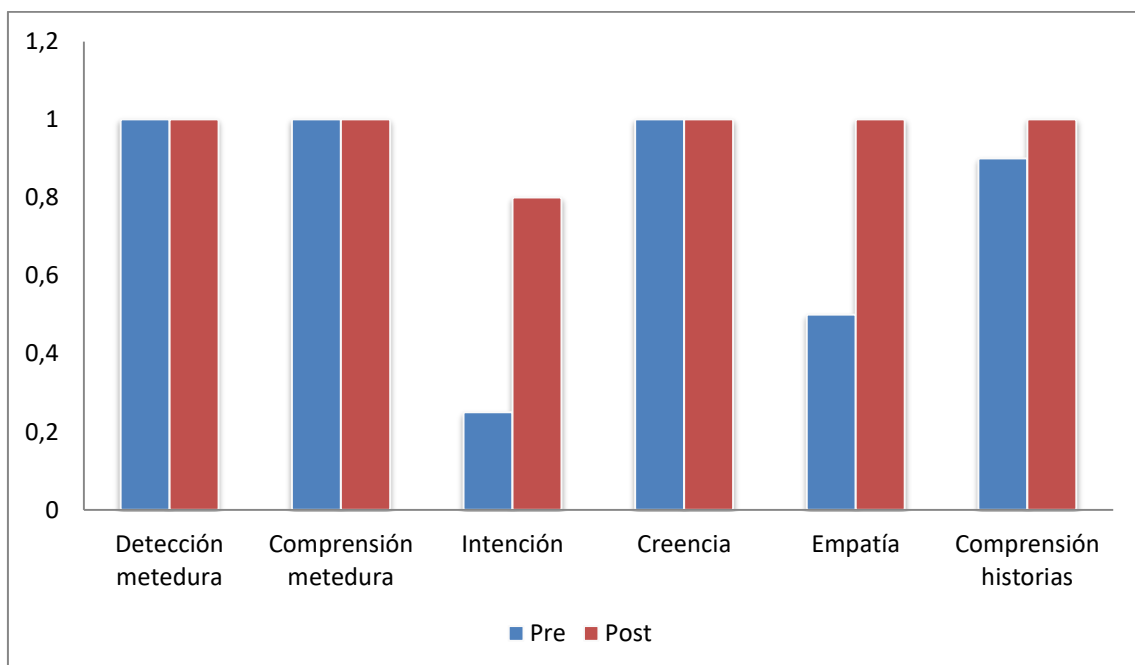


Figura 2. Comparación resultados pre y post de V. en Test de las Meteduras de Pata

Después de analizar los resultados obtenidos en las pruebas de la post-evaluación, y compararlos con las primeras puntuaciones, se puede corroborar la última hipótesis planteada de **Relación Funcional**, según la cual los problemas de V. a la hora de relacionarse con sus compañeros y para participar en más actividades sociales están causados por las alteraciones en PE y TM, por lo que una mejora de estos dominios influirá de forma positiva en el funcionamiento psicosocial de V. Gracias al PECS V. ha mejorado su rendimiento en los dominios valorados de CS: PE y TM y se han explicado contenidos teóricos y prácticos sobre los demás dominios: estilo atribucional, percepción social y conocimiento social. Todo esto ha llevado a V. a aumentar su participación en las diferentes actividades sociales que se le proponen, y a fomentar y mejorar sus interacciones sociales.

Por último, sobre el Cuestionario de Satisfacción con el programa de entrenamiento (anexo 3), se ha obtenido una puntuación media de 4,63 sobre 5. En la valoración general, V. dio una puntuación 9 sobre 10, argumentando en el espacio para comentarios que esperaba en algún momento una sesión en la que se le mostraran herramientas más específicas para interactuar con sus compañeros. Es decir, si bien ahora V. se siente más seguro, sería interesante incluir en el entrenamiento un módulo aparte de habilidades sociales y asertividad.

Seguimiento

No ha sido posible realizar la evaluación de seguimiento (Fase III) aún para comprobar si los cambios se mantienen ya que no ha pasado el tiempo suficiente. Se ha programado con V. para realizarse pasados seis meses de la finalización del entrenamiento.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV -TR*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind' and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133, 135-147.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Gay, J., Guerrero-Peral, A.L., y Gómez-Sánchez, J.C. (1996). El test del reloj en ancianos sanos. *Revista de Neurología*, 24 (152), 1525-1528.
- Corcoran, R., Mercer, G., y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 17(1), 5-13.
- Fernández-Modamio, M., Arrieta-Rodríguez, M., Bengochea-Seco, R., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B.,... Gil-Sanz, D. (2018). Faux-Pas Test: A proposal of a Standardized Short Version (pendiente para publicación). *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. doi: 10.3371/CSRP.FEAR.061518
- Fuentes-Durá, I., Ruiz-Ruiz, J.C., García-Ferrer, S., Soler-Boada, M.J. y Dasí-Vivo, C. (2008). Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Informació psicológica*, 93, 53-64.
- Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., y Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 79-88. doi:10.1016/j.rpsm.2011.11.004
- Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M. y Pérez-Fuentes, G. (2016). Efficacy of the social cognition training program in a sample of outpatients with schizophrenia. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 10(3), 154-162.

- Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., González-Fraile, E., Pérez-Fuentes, G.,...y Santos-Zorrozúa, B. (2017). PERE: Una nueva herramienta para valorar el reconocimiento de las emociones básicas y su aplicación en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 85-93. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17814
- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. y Silverstein, S. (2005). Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 882-887.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W. y Gur, R.C. (2008). Social Cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220.
- Green, M.F. y Horan, W.P. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Research*, 19 (4), 243-248.
- Greig, T.C., Bryson, G.J. y Bell, M.D. (2004). Theory of mind performance in schizophrenia: diagnostic, symptom and neuropsychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 12-18.
- Gutiérrez R., K. (2013). Evaluación neuropsicológica de la cognición social en la esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 11 (2), 103-123.
- Heinik, J., Lahav, D., Drummer, D., Vainer-Benaiah, Z. y Lin, R. (2000). Comparison of a clock drawing test in elderly schizophrenia and Alzheimer's disease patients: a preliminary study. *International journal of geriatric psychiatry*, 15 (7), 638-643.
- Hooker, C. y Park, S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 112, 41-50.
- Horan, W.P., Green, M.F., DeGroot, M., Fiske, A., Helleman, G., Kee, K. ... y Nuechterlein, K.H. (2012). Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 865-872.

- Kurtz, M.M., y Richardson, C.L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092-1104.
- Lowery, N., Giovanni, L., Mozley, L. H., Arnold, S. E., Bilker, W. B., Gur, R. E., y Moberg, P. J. (2003). Relationship between clock-drawing and neuropsychological and functional status in elderly institutionalized patients with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(6), 621-628.
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M., Aguado, C., Albert, C. y Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117, 129-134. doi: 10.1016/S0025-7753(01)72040-4
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M., Aguado, C., Albert, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.
- Mas-Expósito, L., Amador C., J.A., Lalucat J., L. y Villegas M., F. (2016). Intervenciones en cognición social para personas con esquizofrenia: evidencias y recomendaciones para la práctica clínica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44 (1), 30-43.
- Mondragón-Maya, A., Ramos-Mastache, D., Román, P.D. y Yáñez-Téllez, G. (2017). Cognición Social en Esquizofrenia, Familiares No Afectados e Individuos en Riesgo Ultra-Alto de Psicosis: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45 (5), 218-226.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ortega G., H., Tirapu U., J. y López-Goñi, J.J. (2012). Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (1), 39-51.
- Overall, J. E., y Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.

- Palha, F. (2008). Cognición Social en Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación Psicosocial*, 5 (1 y 2), 31-37.
- Peña-Casanova, J., Monllau, A. y Gramunt-Fombuena, N. (2007). La psicometría de las demencias a debate. *Neurología*, 22 (5), 301-311.
- Peralta M., V., y Cuesta Z., M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (IPANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica y Ciencias Afines*, 22(4), 171-177.
- Pinkham, A.E. y Penn, D.L. (2006). Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143, 167-178.
- Premack, D.L. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavior Brain Sciences*, 1, 515-526.
- Rebolleda, C. (2017a). Cognición social en la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, 227, 9-23.
- Rebolleda, C. (2017b). *Déficits neurocognitivos y en cognición social en pacientes esquizofrénicos con un nivel preservado de funcionamiento intelectual general* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Ruiz-Ruiz, J.C., García-Ferrer, S. y Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24 (1-3), 137-155.
- Saiz, J., de la Vega, D.C. y Sánchez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia The Neurobiological Basis of Schizophrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254. doi: 10.5093/cl2010v21n3a3
- Sánchez, R., Ibáñez, M.A. y Pinzón, A. (2005). Análisis factorial y validación en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica*, 25 (1), 120-128.
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., y Knight, R. T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of cognitive neuroscience*, 10(5), 640-656. <https://doi.org/10.1162/089892998562942>

- Villarejo, A. y Puertas-Martín, V. (2011). Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*, 26 (7), 425-433. doi: 10.1016/j.nrl.2010.12.002
- Yesavage, J.A. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 709-711

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Se le está invitando a participar de forma voluntaria en un tratamiento que consiste en la comparar los resultados de una valoración de las áreas que componen la cognición social antes y después de realizar un programa de entrenamiento en este tipo de cognición, para analizar si hay diferencias que indiquen una mejora en los posibles déficits que se hayan dado. La evaluación está formada por varias pruebas que debe realizar y que se han descrito anteriormente, y tendrá lugar en el despacho del departamento de psicología de la residencia donde se encuentra. En cuanto a la duración que se estima que tendrá la sesión evaluación, será de entre 60 -80 minutos. Los datos obtenidos se analizarán cuantitativa y cualitativamente para explorar los déficits encontrados y relacionarlos con las investigaciones actuales.

Una vez se haya realizado la evaluación, comenzará el programa de entrenamiento en cognición social. Este programa está compuesto por cuatro módulos de entrenamiento repartidos en 24 sesiones de unos 45-50 minutos de duración cada una de ellas. Algunas de las sesiones, se realizaran en conjunto de dos, con una duración estimada de 90 minutos, haciéndose un descanso entre ambas de unos 15 minutos.

Tras finalizar el entrenamiento, se procederá otra vez a realizar la evaluación de la cognición social del participante. Los resultados obtenidos se volverán a analizar y a comparar con los primeros datos obtenidos, lo que nos ayudará a determinar si se han dado mejoras en cognición social en general y en qué subdominios de la misma en particular.

Todo el proceso anterior será estrictamente confidencial y sus fines meramente educativos. Tanto el nombre de la residencia como el de la persona participante no aparecerá en ningún documento, ya que se usarán iniciales para así poder proteger la identidad del participante y preservar su anonimato durante la investigación y en la emisión del trabajo.

Debido a que la participación en la presente investigación es totalmente voluntaria, el participante podrá abandonar la misma en cualquier momento si lo considera oportuno.

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

- Investigador principal: Ana Belén Garrido Jódar
M^a Inmaculada Ruiz García
Carmen Sáez Zea
José Antonio Muela Martínez
- Título del proyecto: Evaluación y breve intervención en Cognición Social en un paciente con esquizofrenia.
- Centro: Universidad de Jaén.

Datos del participante o tutor legal:

- Apellidos y Nombre:
- DNI:
- Firma:

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

- Apellidos y Nombre: Garrido Jódar, Ana Belén - Fecha:
- Firma:

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al participante sobre el estudio citado,
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la anonimización de los datos.

Firmo por duplicado, quedándose con una copia,

Fecha:

Firma del participante o tutor legal:

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona a cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del investigador o la persona
que proporciona la información y la
hoja de consentimiento.

Anexo 2. Listado de comprobación de los criterios de esquizofrenia residual del DSM-IV-TR

Criterios para el diagnóstico de F20.5x Tipo residual de esquizofrenia (295.60)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

SÍNTOMAS	AUSENTE	PRESENTE	
		Atenuado	Agravado
Ideas delirantes			
Alucinaciones			
Lenguaje desorganizado			
Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado			
Síntomas negativos			

Anexo 3. Entrevista-Cuestionario sobre actividades e interacciones sociales

1. **¿En cuántas actividades de ocio y tiempo libre propuestas por el centro has participado en el último mes?**

.....

2. **¿De qué tipo han sido?**

.....

.....

3. **¿Estás satisfecho con tu forma de actuar en ellas?(del 1 al 10, siendo 1 nada satisfecho y 10 totalmente satisfecho)**

.....

.....

4. **¿Cómo te sentías?**

.....

.....

.....

5. **¿Cuántas interacciones sociales con compañeros has tenido en las dos últimas semanas?**

.....

6. **¿De qué tipo han sido: conflictivas o agradables?**

.....

.....

7. **¿Estás satisfecho con tu forma de actuar en ellas? (del 1 al 10, siendo 1 nada satisfecho y 10 totalmente satisfecho)**

.....

.....

8. **¿Cómo te sentías?**

.....

.....

.....

Anexo 4. Cuestionario de satisfacción con el programa de entrenamiento

Señale, por favor, con una cruz su valoración del curso en una escala de 1 a 5, donde 1 indica la puntuación más baja y 5 la más alta, en los siguientes aspectos:

	1	2	3	4	5
1. La duración del entrenamiento ha sido adecuada					
2. La duración las sesiones ha sido adecuada					
3. El horario era flexible y se adaptaba a nuestras actividades					
4. Las sesiones y actividades estaban suficientemente organizadas					
5. Los temas tratados han sido interesantes					
6. Las actividades prácticas han ayudado a entender la parte teórica					
7. La terapeuta estaba segura al contestar las preguntas planteadas					
8. Se sentía cómodo y seguro a la hora de realizar preguntas e intervenir					
9. El ambiente durante las sesiones era agradable y seguro					
10. Considero que lo que he aprendido me puede beneficiar en mis relaciones sociales					
11. El trato, en general, ha sido agradable					
Valoración general de la actividad (del 1 al 10):					

Comentarios que nos ayuden a mejorar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 5. Ejercicios prácticos I: Módulo I sesión 4 (PECS)

➤ ¿Qué emoción está expresando?

1.



2.



3.



- Señale la parte de la cara necesaria para que exprese la emoción que se pide:

ENFADO



SORPRESA



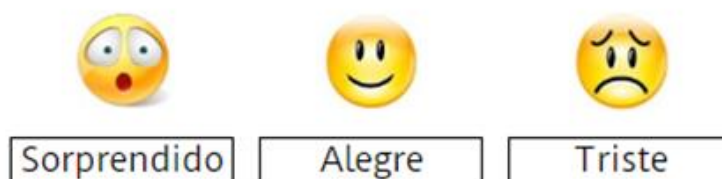
Anexo 6. Ejemplos prácticos: Módulo I sesiones 5 y 6 (PECS)

CAUSAS DE LAS EMOCIONES

1. Al llegar a casa, Cristina se ha encontrado con una vecina, que le ha dicho que hoy estaba muy guapa. Es probable que Cristina se sienta:



2. José tiene mañana una entrevista de trabajo. Se la ha preparado mucho, pero está convencido de que no le van a coger a él. Es probable que José se sienta:



CONSECUENCIAS DE LAS EMOCIONES

1. Rebeca acaba de recibir una noticia y acto seguido se ha puesto a llorar. Lo más probable es que se trate de:

- Una buena noticia
- Una mala noticia

Y que Rebeca se sienta:



2. Teresa está viendo en la televisión un reportaje de animales. En cuanto han dicho que iban a dar imágenes de reptiles, Teresa ha cambiado rápidamente de canal. Por lo que parece, a Teresa los reptiles le producen:



Asco



Alegría

3. Emma está sentada en su asiento esperando a que el avión despegue. No para de mirar el reloj, morderse las uñas y comprobar que tiene el cinturón bien abrochado.

¿Qué crees que podría hacer Emma para estar menos asustada y nerviosa?

Anexo 7. Ejercicios prácticos II: Módulo I sesión 7 (PECS)

1. Alfredo estaba ayer un poco bajo de ánimo. Le gustan mucho los helados y salir a pasear, así que decidió ir a darse un paseo y comprarse un helado doble de su sabor preferido. Al final del día, Alfredo se sentía:



Más triste



Menos triste

- En tu caso, ¿qué sueles hacer cuando tienes un día bajo de ánimo?
- En general, ¿qué crees que puede hacer alguien para encontrarse mejor de ánimo?
- ¿Qué crees que puede ser contraproducente cuando alguien tiene mal día?

2. Azucena está convencida de que ha perdido la cartera. La ha buscado en el bolso varias veces y no aparece. ¿Cómo crees que se sentirá Azucena?



Alegre



Triste

Sin embargo, cuando ha llegado a casa, Azucena ha visto que se había dejado la cartera encima de la mesa. ¿Cómo crees que se sentirá Azucena?



Alegre



Triste

3. Completa las siguientes frases

- Me siento alegre cuando...
- Me siento triste cuando...
- Me siento enfadado cuando...
- Siento miedo cuando...
- Reacciono con asco cuando...

4. Completa las siguientes frases:

- Cuando estoy triste lo mejor que puedo hacer es...
- Cuando estoy enfadado lo peor que puedo hacer es...
- Una buena manera de tranquilizarme es...
- Para mí, una sorpresa agradable es...
- y una sorpresa desagradable sería...
- Reconozco que cuando estoy enfadado, a veces...
- Lo que más alegre me hace sentir es...
- Algo que me da miedo es...

Anexo 8. Ejemplos prácticos: Módulo I sesión 8 (PECS)

LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO

1. Rodolfo está celebrando la boda de su amiga Verónica. Nunca se lo ha dicho, pero siempre ha estado enamorado de ella. ¿Cómo crees que se sentirá Rodolfo?



Triste



Alegre

Si Verónica le pregunta si está triste o alegre, ¿qué crees que dirá?, ¿por qué?

2. Oscar va conduciendo respetando todas las señales de tráfico. De repente, ve que un coche de policía empieza a hacerle señales. ¿Cómo crees que se sentirá Oscar?



Asustado



Alegre

Sin embargo, al fijarse mejor ha visto que el policía que va conduciendo es amigo suyo, y que le está haciendo señales sólo para saludarle. ¿Cómo crees que se sentirá ahora Oscar?



Asustado



Alegre

Anexo 9. Ejercicios prácticos I y II: Módulo II sesiones 4 y 5 (PECS)

1. Gonzalo lleva media hora esperando a un amigo con el que ha quedado. Cuando finalmente llega, Gonzalo le dice:

"Cada día llegas antes"

Gonzalo lo ha dicho porque...

- Es lo que de verdad piensa
 - Es lo que de verdad ha sucedido
 - Es una ironía
2. María se ha encontrado un billete de 5 euros. Primero ha pensado en comprar un billete de lotería para probar suerte, pero al final ha decidido quedarse con los 5 euros. María ha pensado:

- No se hizo Roma en un día
- Más vale pájaro en mano que ciento volando
- A quien buen árbol se arrima, buena sombra le cobija

3. Ana y Paula están dando un paseo. Hoy hace un día de mucho calor. Al pasar por una heladería, Paula comenta:

"Me encantan los helados de limón"

¿Qué puede pensar Ana?

4. Santi ha salido con su hijo Pablo a andar en bici. Después de una hora, Santi le ha dicho:

"Vamos Pablo, que pareces un caracol"

Santi ha usado...

- Una metáfora
- Una indirecta
- Una ironía

5. Sara y Claudia son hermanas. Sara tiene 13 años y Claudia 12. Su madre les ha comprado dos faldas, una roja y otra verde. Al llegar a casa ha llamado a Sara y a Claudia y les ha preguntado qué falda querían cada una. Sara sabe que Claudia siempre dice que quiere lo mismo que ella. A Sara le gusta la falda roja, así que cuando su madre le ha preguntado qué falda quería...

¿Qué crees que habrá respondido Sara? ¿por qué?

6. A Marta no le gusta ir sola por la noche, por miedo a que la roben. Hoy vuelve de noche ella sola a su casa. De repente, aparece la sombra de un hombre. Éste tiene la intención de preguntarle la hora a Marta, así que se dirige hacia ella. Cuando Marta ve un hombre que se la acerca, empieza a temblar y dice:

"Tome mi dinero, pero no me haga daño"

¿Por qué dice esto Marta?

Anexo 10. Ejercicios prácticos III: Módulo II sesión 8 (PECS)

1. Leticia está muy contenta porque ha aprobado un examen de oposiciones. Ella cree que ha aprobado porque....
 - a) Había estudiado mucho y se lo merecía
 - b) Tuvo mucha suerte
 - c) Le hicieron preguntas justo de los temas que había preparado
 - d) Es una persona muy inteligenteIndica qué opciones son una atribución interna y cuáles una atribución externa.

2. A Laura ya le han robado dos veces la cartera. Laura es un poco despistada y a veces lleva el bolso abierto, aunque ella cree que la han robado porque la gente es una sinvergüenza.
 - ¿Qué tipo de atribución está haciendo Laura: interna o externa?
 - ¿Qué ventajas puede tener que Laura piense esto?
 - ¿Y qué inconvenientes?

3. En tu caso, aunque sea muy general, cuando algo te sale bien, ¿qué sueles pensar?
 - a) Que es mérito tuyo
 - b) Que es gracias a los demás
 - c) Que es suerte
 - d) Que es un poco de todo¿Y cuando algo te sale mal?

Anexo 11. Ejercicios prácticos IV: Módulo II sesión 9 (PECS)

1. Rodolfo tiene unos vecinos que llevan dos días haciendo ruido con los muebles. Rodolfo está convencido de que lo hacen para molestarle
 - ¿Qué tipo de atribución está haciendo Rodolfo: interna o externa?
 - ¿Se te ocurre alguna explicación alternativa?

2. Teresa está muy enfadada. Ya le ha pasado varias veces que va a buscar algo donde lo guardó, y no lo encuentra. Teresa vive con sus padres y sabe que son ellos los que cambian las cosas de sitio para trastornarla
 - ¿Qué tipo de atribución está haciendo Teresa: interna o externa?
 - ¿Se te ocurre alguna explicación alternativa?

Anexo 12. Ejercicios prácticos I y II: Módulo III sesión 3 y 4 (PECS)

1. En marzo de 2010 se publicó la siguiente noticia:

“Una pareja británica condenada a un mes de prisión por haberse dado un beso en público en Dubái”

- ¿Cómo explicarías esta noticia según lo visto en percepción social?

2. María tiene en su casa fama de bromista, sin embargo, en el trabajo parece una persona muy seria.

- ¿Crees que María está siendo falsa en su trabajo?
- ¿Cómo explicarías que María ofrezca dos imágenes distintas en su casa y en el trabajo?

3. Santiago tiene hoy una fiesta con los compañeros del trabajo, en la que también estará su jefe.

Responde a las siguientes preguntas:

- En general, ¿una fiesta se considera un contexto formal o informal?
- El comportamiento de Santiago en la fiesta, ¿será formal o informal?
- ¿Por qué?
- ¿Qué harías tú en el lugar de Santiago?

4. La percepción social: “El traje nuevo del Emperador”

“Hace muchos años, vivió un emperador que daba mucha importancia a ir bien vestido. Nada era tan importante para él como tener un buen traje y mucha ropa en su armario.

Un día llegaron al reino dos estafadores que conocían la afición del monarca, de manera que haciéndose pasar por sastres le prometieron el traje más elegante y vistoso que jamás hubiera visto. No sólo sería un traje excepcional, sino que además la tela tendría la propiedad de ser invisible para los tontos y para los que no realizaran bien su cometido.

El emperador quedó encantado y rápidamente entregó a los falsos sastres gran cantidad de oro, piedras preciosas y ricas telas para la confección del traje. Al cabo de un tiempo, envió a su primer ministro para que le informara de la marcha de los trabajos.

El primer ministro entró al taller, pero por más que se esforzó no consiguió ver ningún traje. Entonces se asustó mucho, y pensó: “¿seré acaso tonto?, ¿o será que no sirvo para mi cargo? En todo caso, lo mejor será fingir para que nadie se entere.” Y sin dudar, alabó la delicadeza y finura del trabajo de los sastres.

Muchos cortesanos fueron a admirar el traje y, aunque ninguno lo veía, todos hacían como el primer ministro. Finalmente, le llegó el turno al emperador que, evidentemente, tampoco fue capaz de ver traje alguno. El emperador se preocupó mucho y pensó: "No veo nada y eso quiere decir que soy tonto o que no sirvo para emperador. Sería catastrófico si alguien se enterara de que no veo la tela. Lo ocultaré, pues".

De esta manera, el día del desfile nacional el emperador vistió su traje nuevo y salió a las calles con gran pompa.

Todo el pueblo se agolpaba para ver el desfile, pero nadie se atrevía a decir que no veía el famoso vestido porque los demás lo considerarían un tonto o un inepto.

Sin embargo, cuando toda la gente aclamaba el delicado traje, se oyó la voz de un niño que decía: "¡pero si va desnudo!". Algunos empezaron a reírse, y a confirmar que el emperador iba desnudo.

Pero éste, por no reconocer en público que había sido engañado, siguió majestuosamente su camino, mientras los chambelanes llevaban la cola del traje que no existía.”

- ¿Cómo explicarías este cuento desde lo visto en percepción social?
- ¿Con qué intención dijeron los falsos sastres que la tela era invisible para los tontos o los ineptos?
- ¿Qué emoción crees que podían tener los que iban a ver el traje y no conseguían verlo?

- ¿Por qué nadie le decía al emperador que iba desnudo?, ¿por qué crees que fue precisamente un niño el que se lo dijo?
- ¿Por qué el emperador siguió desfilando como si no pasara nada?

Anexo 13. Ejercicios prácticos: Módulo IV (PECS)

Situación 3.

Valentina lleva toda la vida yendo al mismo médico de cabecera. El año pasado tuvo consulta con él el día que Valentina cumplía años, así que el médico cuando consultó la historia clínica y vio que era su cumpleaños la felicitó. Casualmente, este año vuelve a tener consulta el día de su cumpleaños. Valentina espera que este año el médico también la felicite, así que cuando se ha terminado la consulta, Valentina le ha dicho: "¿cómo has podido olvidarte de que hoy es mi cumpleaños?, pensé que te acordarías". Valentina se ha ido de la consulta muy disgustada.

Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Hay algo que resulte inadecuado en el comportamiento de Valentina?
- ¿Qué puede haber equivocado Valentina que "explique" su reacción?
- ¿Te parece justificado que Valentina se haya ido disgustada?
- ¿Qué emoción puede haber tenido el médico ante el comentario de Valentina?

Situación 6.

Hace un tiempo, Casimiro tuvo un accidente en su trabajo y recibió una incapacidad, por la que ahora cobra una pensión. Casimiro tiene 23 años y vive en casa de sus padres, que se encargan de la mayoría de sus gastos. En su día, los padres le dijeron a Casimiro que suficiente desgracia tenía con el accidente, por lo que la pensión era para que se la gastara en lo que él quisiera. Sin embargo, los padres de Casimiro atraviesan un mal momento económico (tienen un negocio y no va demasiado bien), por lo que le han pedido a Casimiro parte de su pensión. Este ha respondido: "ya quedamos en su día que mi pensión era para mis gastos, y lo va a seguir siendo".

Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Hay algo que resulte inadecuado en la respuesta de Casimiro?, ¿por qué?
- ¿Qué emoción puede generar en sus padres esa respuesta?
- ¿Está anticipando y teniendo en cuenta Casimiro esa emoción?

- ¿Qué es lo que no está teniendo en cuenta Casimiro para que sus padres hayan cambiado su decisión?

Situación 9.

A Anselmo le han diagnosticado una enfermedad grave. El médico le ha dicho que tiene que someterse a un largo tratamiento y que no hay garantías de que salga bien. El otro día, a pesar de que le produce una gran angustia hablar de este tema, se lo ha estado contando a un primo suyo. Su primo le ha comentado que un vecino suyo se murió el mes pasado de esa misma enfermedad y que, a pesar de seguir el tratamiento, no le sirvió de nada. Después, ha añadido que no se preocupe, que seguro que en su caso todo sale bien y se recupera, que lo importante es mantener el ánimo levantado.

Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Te parece apropiado que su primo le cuente lo ocurrido con el vecino?
- ¿Qué conclusión puede sacar Anselmo después de hablar con su primo?
- ¿Crees que Anselmo mantendrá el ánimo bien después de conversar con su primo?
- ¿Crees que la conversación con su primo le ayudará a Anselmo a encontrarse mejor?
- ¿Por qué su primo le cuenta esto?, ¿cuál es su intención?