

# **Cognición social y conducta prosocial en personas con trastorno mental grave**

Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universidad de La Laguna

Curso académico 2022-2023

Alumna: Aceysele Pérez Díaz

Tutores: Domingo Jesús de la Rosa Díaz y Juan Manuel Bethencourt Pérez

## Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Objetivos e hipótesis.....	8
Método.....	10
Diseño.....	10
Participantes.....	10
Instrumentos.....	11
Procedimiento.....	12
Intervención terapéutica.....	13
Resultados.....	17
Discusión y conclusiones.....	23
Referencias.....	25
Anexos.....	29

## Resumen

El objetivo de este estudio es conocer el efecto que tiene una intervención terapéutica relacionada con la Cognición Social (CS) en un grupo de personas que presentan Trastorno Mental Grave (TMG) y si dicha intervención tiene un efecto en la Conducta Prosocial (CP) de éstos. En esta investigación participaron 19 personas usuarias del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) El Mojón, en el municipio tinerfeño de Arona. Fueron evaluados antes y después de la aplicación de un programa mediante tres instrumentos: La Escala de Cognición Social (ECS), Test de Insinuaciones (TI) y Escala para la Medición de la Conducta Prosocial en Adultos (ECP). Se administró el Programa de Entrenamiento de Cognición Social (PECS) a modo de intervención. Se encontraron diferencias significativas en tres de los cuatro factores de CS entre la fase pre y post de nuestro programa a favor de la fase post. Sin embargo, no se produjeron cambios en la CP de los participantes.

**Palabras clave:** cognición social, conducta prosocial, trastorno mental grave.

### **Abstract**

The objective of this study is to find out the effect of a therapeutic intervention related to social cognition in a group of people who present Severe Mental Disorder and whether the intervention in social cognition has an effect on the prosocial behavior of these. Nineteen users of the El Mojón Psychosocial Rehabilitation Center from Arona (Tenerife) participated in this research. They were evaluated before and after the application of a program using three instruments: The Social Cognition Scale, Hinting Task Test and the Scale for the Measurement of Prosocial Behavior in Adults. The Social Cognition Training Program was administered as an intervention. Significant differences were found in three of the four social cognition factors between the pre and post phase of our program in favor of the post phase. However, there were no changes in the prosocial behavior of the participants.

**Keywords:** social cognition, prosocial behavior, severe mental disorder.

## Introducción

Existen numerosas definiciones para referirnos a TMG, pero la que ha conseguido una mayor aceptación es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, basada en tres dimensiones: criterio diagnóstico (trastornos psicóticos y trastornos de personalidad), duración de la enfermedad (evolución de al menos dos años) y presencia de discapacidad (disfunción moderada o severa del funcionamiento global) (Jiménez y Sáez, 2019). Con el término TMG nos referimos a trastornos mentales que son de larga duración y que, a consecuencia de los síntomas de la enfermedad, suponen la presencia de discapacidad y disfunción social (Conejo *et al.*, 2014). Para el presente estudio se abordaron dos patologías que subyacen al concepto de TMG: Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

La Esquizofrenia se puede definir como un trastorno que afecta al funcionamiento de la persona que la presenta, de tal forma que influye en su percepción, pensamiento, afectividad y conducta. Además, cursa con un deterioro significativo en la interacción social y familiar (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013). Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2022), la Esquizofrenia es un TMG que afecta a aproximadamente 24 millones de personas a nivel mundial.

En cuanto al Trastorno Bipolar, se considera que es una alteración del estado de ánimo, que varía entre episodios de depresión, manía o mixtos (Jara, Lana, Schneider, y Lemos, 2008). Más del 1% de la población mundial presenta este trastorno, que se ve acompañado de cambios a nivel emocional y en la cognición (Arrieta y Molero, 2019).

Por otro lado, se entiende por cognición aquella capacidad que permite procesar la información mediante la percepción, la experiencia o conocimiento adquirido y características propias que permiten valorar la información. Al añadirle a este término la palabra social, surge el estudio de la forma en la que las personas procesan la información

social y en concreto, en su codificación, almacenamiento, recuperación y aplicación en situaciones de carácter social (Bocanegra, 2017). Las actividades sociales, ocupacionales y para preservar una vida autónoma pueden verse comprometidas debido a dificultades en esta área (Palha, 2008). Los componentes de la CS son amplios en la investigación. Si bien, tomaremos como referencia los que recogieron en su trabajo Green, Olivier, Crawley, Penn, y Silverstein en 2005, por ser los más destacados en el estudio de esta área. Así, la investigación se ha centrado en el estudio de la Teoría de la Mente (TOM), el Procesamiento de Emociones (PE), la Percepción Social (PS) y el Estilo Atribucional (EA) como componentes de la CS.

De acuerdo con Tirapu *et al.* (2007), TOM es una habilidad para comprender y predecir el comportamiento de los demás, además de sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. Esta idea proviene de las investigaciones que realizaron Premack y Woodruff en los años ochenta cuando trataron de probar que los chimpancés podían entender la mente humana. El PE se refiere a la capacidad de las personas para percibir y utilizar las emociones de manera adaptativa (Green y Horan, 2010, citado en Rebolleda, 2017). En su artículo, García, Aliste y Soto (2018) explican que la PS es el conjunto de roles y normas sociales que deben seguir las personas en diferentes situaciones sociales. Por su parte, el EA se refiere a las causas que emplean las personas para explicar la ocurrencia de eventos positivos o negativos (Ruiz, García y Fuentes, 2006).

En los últimos años, la CS ha tomado especial relevancia para la investigación. Ha surgido evidencia empírica que relaciona este concepto con el funcionamiento social. La CS parece clave para la Esquizofrenia, ya que se ve incluido en la lista de déficits de las personas que presentan este trastorno (Fuentes, Ruiz, García, Soler, y Dasí, 2008). La CS básica y social se ve afectada en aspectos importantes de las personas con Esquizofrenia (Gavilán y García, 2015). En un estudio elaborado por Mondragón, Ramos, Román, y Yáñez en 2017, se

realizó una búsqueda en diferentes bases de datos y se concluyó que todos los componentes de la CS están alterados en la Esquizofrenia. En relación con TOM en Esquizofrenia, existen estudios que demuestran que este componente de la CS se ve comprometido. Presentan no solo dificultades para realizar deducciones sobre estados mentales de los demás, sino también para llevar a cabo atribuciones acerca de sus estados mentales propios (Bengochea, Gil, Fernández y Arrieta, 2011). Además, se ha encontrado que las personas con Esquizofrenia presentan dificultades en tareas de PE con respecto a personas sin diagnóstico psiquiátrico, siendo así tanto en identificación como en discriminación de emociones (Jaramillo, Ruiz y Fuentes, 2011).

A pesar de la escasa investigación en cuanto a la relación entre CS y Trastorno Bipolar, un estudio elaborado por Temmerman, Sabbe, y Morrens en el año 2015 concluyó que independientemente de la fase del estado de ánimo en el que se encuentre la persona, existen déficits en los distintos dominios a nivel sociocognitivo. Asimismo, en el trabajo realizado por Samamé en 2013, se halló que las personas con Trastorno Bipolar, ya estuvieran en episodios maníacos, depresivos o eutímicos, no se encuentran dentro de la normalidad en Reconocimiento de Emociones (RE) y TOM.

Siguiendo la línea de investigación, uno de los componentes de la CS, la PS, se relaciona con la CP. Se entiende por CP, aquel comportamiento que favorece a los demás o que tiene consecuencias que resultan positivas socialmente (Moñivas, 1996). De tal forma que, y según Myers en el año 2000 (citado por Marín, 2010), ante una situación específica donde se solicita o se espera ayuda, la PS que proviene de los estados internos de la persona tras una evaluación decide si se actúa o no para ayudar. Según Auné *et al.* en 2014, la CP es relevante en la adultez, ya que esto contribuye a que haya una mejor convivencia y a su vez, se produce un mayor bienestar social y personal. Así mismo, estos autores afirman que en el campo de la investigación existen numerosos estudios que relacionan la CP con la infancia y

adolescencia, y en menor medida con la adultez y la vejez. La prosocialidad necesita de un cierto nivel de maduración por parte del individuo, produciéndose cambios en la CP de la persona a medida que avanza su edad (Rodríguez *et al.*, 2017). En un estudio elaborado por Schwartz y colaboradores, se llegó a la conclusión de que aquellas personas que ofrecen ayuda a los demás presentan una mejor salud mental. Si bien, atender a demandas que van más allá de los propios recursos o sentirse abrumado por las solicitudes de los demás se relaciona con una peor salud mental. Las personas que prestan ayuda a los otros tienden a tomar en perspectiva sus propios problemas, lo que lleva a una mejor salud mental (Ham, 2003).

Por todo ello, hemos buscado conocer mejor la relación entre el entrenamiento en CS y la CP de personas con TMG. Esperamos que el diseño de investigación permita comprender mejor si la CS o alguno de sus componentes se ven beneficiados con el entrenamiento planteado y si ello tiene un impacto en la CP de los participantes.

### **Objetivos e Hipótesis**

El objetivo general de este estudio se centra en evaluar el efecto de una intervención terapéutica relacionada con la CS en personas con TMG y comprobar si dicha intervención tiene un reflejo en la CP de los participantes.

Como objetivos específicos, se busca:

1. Conocer el grado de habilidad de los participantes y el efecto de la intervención en TOM.
2. Averiguar el nivel de RE de los participantes y el resultado de intervenir con este componente de la CS.
3. Estudiar la habilidad de los participantes en PS y su efecto tras la intervención.



4. Conocer las destrezas de las personas participantes en EA y el resultado de intervenir con este componente.
5. Mejorar la CS de las personas que presentan TMG.
6. Comprobar el efecto de la intervención en CS sobre la CP de las personas que presentan TMG.
7. Conocer si hay diferencias entre hombres y mujeres en los factores de CS y competencia social.

A continuación, se recogen las hipótesis para el presente estudio:

1. Los participantes de este estudio presentarán dificultades en CS.
2. Se espera que la aplicación de la intervención terapéutica provoque cambios positivos en cada uno de los componentes de la CS, a saber:
  - 2.1. Las personas con TMG se verán beneficiadas significativamente del entrenamiento en TOM.
  - 2.2. Los participantes mejorarán significativamente en RE tras el entrenamiento.
  - 2.3. Las personas de este estudio obtendrán mejores puntuaciones en PS después de la intervención.
  - 2.4. Los participantes disminuirán su sesgo atribucional tras la intervención.
3. Los participantes obtendrán mejores puntuaciones en CP tras el entrenamiento.
4. Mujeres y hombres no presentan diferencias significativas en los distintos factores evaluados en la fase pre-test.

5. Mujeres y hombres no presentan diferencias significativas en los distintos factores evaluados en la fase post-test.

## **Método**

### **Diseño**

Para esta investigación se utilizó un diseño pre-test, post-test sin grupo control.

### **Participantes**

En el presente estudio se contó con la colaboración de personas usuarias del CRPS El Mojón, situado en el municipio de Arona (Tenerife). En el momento de la investigación, el centro contaba con un total de 23 personas usuarias. De ellos, tres no autorizaron su participación y uno se encontraba de baja médica en esos momentos. Por lo tanto, fueron 19 personas en total las que finalmente completaron su participación en la investigación. De ellos, el 68,4% hombres (13 personas) y el 31,6% mujeres (6 personas) con edades comprendidas entre 25 y 64 años (la media de edad fue 49,37 y la desviación típica fue 10,36). En cuanto al nivel de estudios: el 5,3% no poseían estudios, el 68,4% tenían estudios básicos, el 10,5% alcanzaron estudios medios y el 15,8% completaron estudios superiores. Con respecto a la distribución del tipo de trastorno, un 89,5% (17 personas), estaban diagnosticadas con Esquizofrenia y un 10,5% (2 personas), presentaron Trastorno Bipolar. El diagnóstico principal de los integrantes de esta investigación se recoge en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), dentro del apartado Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y también dentro del apartado Trastorno Bipolar y trastornos relacionados.

## **Instrumentos**

La evaluación para esta investigación se centró en la utilización de tres instrumentos específicos:

***Escala de Cognición Social (ECS)*** (Fuentes, García, Ruíz, Dasí y Soler, 2011). Consta de tres fotografías que permiten evaluar tres áreas de la CS: PS, PE y EA. A medida que se le presentan las fotografías a la persona, se le realizan unas preguntas, así hasta completar 12 ítems. Posee un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.70. Para el presente estudio se tuvieron en cuenta tres factores: RE (ítems 1.1, 2.4 y 2.5), EA (ítems 1.2, 1.3, 2.6, 2.7, 3.1 y 3.2) y PS (ítems 2.1, 2.2 y 2.3).

***Test de las insinuaciones (TI)*** (Gil, Fernández, Bengochea y Arrieta, 2012). Es utilizada para evaluar la TOM, traducida al español proveniente del Hinting Task Test (Corcoran, Mercer y Frith, 1995). Este test está formado por 10 historias en las que siempre aparecen dos personajes, siendo uno de ellos el que deja caer una indirecta. A la persona en cuestión se le pregunta principalmente qué es lo que ha querido decir el personaje con su comentario. Posee muy buenas propiedades psicométricas en su versión corta de 5 historias, ya que presenta una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0,78). Por lo tanto, en este estudio se utilizó el factor de TOM de 5 historias, compuesto por los ítems de las historias 2, 3, 6, 7 y 9.

***Escala para la Medición de la Conducta Prosocial en Adultos*** (Caprara, Steca, Zelli y Capanna, 2005). Está formada por 16 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones (*nunca/casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre/siempre*). Los ítems están relacionados con comportamientos y sentimientos que pueden estar incluidos en uno de los cuatro tipos de acciones siguientes: ayuda, compartir, cuidar y ser empático con los demás. La escala discrimina muy bien en personas con un rasgo relativamente moderado y tiene menos poder de discriminación en personas altamente prosociales. Para esta escala, el

Alfa de Cronbach es de .91 (Auné, Blum, Abal, Lozzia y Attorresi, 2014). De esta escala podemos extraer dos factores: CP (ítems 3, 4, 6, 7, 9 y 13) y Empatía y Apoyo emocional (EmAp), formado por los ítems 5, 8, 10 y 12.

## **Procedimiento**

En el Anexo 1 se añade una tabla resumen de las fases del procedimiento por el que ha pasado esta investigación.

La selección de los 19 participantes se realizó teniendo en cuenta su asistencia de forma regular al CRPS y de su libre voluntad de colaborar en esta investigación. Previo al inicio de la investigación se les informó acerca del estudio que se iba a realizar y se aclararon las dudas que pudieran surgir al respecto. Después de esto, firmaron los consentimientos informados (Anexo 2) con el fin de otorgar su autorización para participar en el presente estudio.

Por otro lado, se recogió información adicional (sociodemográfica: edad, nivel de estudios y género; clínicos: diagnóstico DSM-IV-TR). Así pues, se ha tenido en cuenta las historias clínicas, el diagnóstico principal de cada uno de ellos y la temporalidad de la enfermedad.

Una vez obtenidos los consentimientos informados y la información adicional, fueron evaluados antes de la intervención terapéutica con los instrumentos descritos con anterioridad: ECS, TI y ECP. Antes de aplicar los instrumentos, se les explicó detenidamente las instrucciones de cada uno de ellos y se resolvieron las dudas que pudieran surgir.

Transcurrida la fase de obtención de los resultados de la evaluación pre-test, se comenzó con la fase de intervención. Más adelante, en el apartado de intervención

terapéutica, se explicará en detalle en qué consistió la intervención con los participantes. Las 16 sesiones que conformaron el estudio se llevaron a cabo semanalmente de manera grupal con una duración aproximada entre 25 y 55 minutos dependiendo de la sesión. El cronograma de actividades del CRPS podía variar a lo largo de la semana, por lo que en ocasiones se realizaron una o dos sesiones de la investigación el mismo día y en diferentes días, así que no se fijó un horario concreto para dar las sesiones. Es por ello que se aplicaron las sesiones según la disponibilidad que hubiera a lo largo de las seis semanas que duró la intervención. Ésta se inició el día 15-11-2022 y finalizó el 27-12-2022. Debido a esto y a la no asistencia de los y las participantes todos los días al CRPS, se realizó un periodo de recuperación de algo más de un mes de las sesiones dadas, comenzando el día 29-12-2022 y acabando el 03-02-2023. Una vez completadas todas las sesiones, se llevó a cabo el post-test, que consistió en evaluar nuevamente a los integrantes de la investigación con los mismos instrumentos de la fase de pre-test.

Finalmente, los datos fueron recogidos en Excel para analizarlos posteriormente con el programa estadístico SPSS versión 21. Se utilizaron los tres factores de la ECS (RE, EA y PS), el factor de TOM del TI para cinco historias y los dos factores de la ECP (CP y EmAp).

### **Intervención terapéutica**

Una vez finalizada la administración de los instrumentos en la fase pre-test de la investigación, se inició la intervención. Se llevó a cabo mediante el PECS (Proyecto Scores, 2014). Se trata de un programa gratuito diseñado para personas con Esquizofrenia, presentando cuatro módulos en el que se trabajan PE, TOM (en este apartado se incluye el EA), PS y Ejercicios Finales. El programa consta de 24 sesiones de 45-50 minutos, aunque en el presente estudio se redujeron a un total de 16, debido a que hubo sesiones que se completaron con éxito en menos tiempo con respecto al indicado.

A continuación, se exponen las 16 sesiones del PECS. Todas las sesiones, exceptuando la primera en la que se realizó una introducción al programa, empezaron realizando un repaso de la sesión dada con anterioridad. En el Anexo 3 se presenta una tabla resumen de las sesiones del estudio, la duración de las mismas y las sesiones del PECS.

*Sesión 1:* La primera sesión se destinó a la definición de la CS y algunas de las claves que nos ayudan a relacionarnos adecuadamente con los demás. También se explicó lo que son las emociones y estudiamos las características generales de las seis emociones básicas (alegría, tristeza, enfado, sorpresa, miedo y asco). Así pues, realizamos las dos primeras sesiones del PECS pertenecientes al módulo de PE.

*Sesión 2:* Los participantes pudieron estudiar la identificación de rasgos faciales de las emociones básicas y realizar ejercicios prácticos. Estos ejercicios consistían en averiguar de qué tipo de emoción se trataba a medida que iban apareciendo partes de caras y asociando la mitad de una cara a una de las tres mitades presentadas para completar la emoción que se expresa. Trabajamos pues, las sesiones tres y cuatro del PECS, módulo de PE.

*Sesión 3:* En esta sesión trabajamos el origen de las emociones, ya fuera interno (mis pensamientos y acciones) o externo (lo que dicen o hacen los demás y los hechos que nos ocurren). Durante las explicaciones aparecen ejercicios para realizar a modo de ejemplos. Esta sesión corresponde al módulo de PE, y en concreto, la sesión número cinco.

*Sesión 4:* En esta ocasión conocimos las consecuencias de las emociones, esto es, las reacciones que pueden dar lugar, además de ejemplos sobre ello. Pertenece a la sesión número seis del PECS, módulo PE. Y para acabar, se realizaron ejercicios prácticos (sesión siete del módulo de PE) sobre lo que se había explicado.

*Sesión 5:* Los integrantes de la investigación pudieron estudiar la importancia del contexto para interpretar las emociones mediante la octava sesión del programa PECS, módulo de PE. En esta sesión comenzamos la introducción del módulo de TOM (sesión 1 del PECS), conociendo la definición de este término y en qué nos basamos para realizar deducciones (lenguaje de doble sentido y lo que sabemos de los demás).

*Sesión 6:* Seguimos con TOM mediante la sesión dos del programa. Profundizamos en este término mediante el lenguaje de doble sentido (indirectas, ironías, refranes y metáforas).

*Sesión 7:* En esta oportunidad aprendimos a manejar de manera correcta la información, ya que realizar conclusiones sin tener suficiente información puede dar lugar a equívocos con los demás. Para ello, nos ayudamos de elementos que nos ayudan a deducir lo que piensan o quieren los demás (lo que conocemos de ellos, ponernos en el lugar de la otra persona y tener en cuenta que nos falta información). Esta sesión se corresponde con el número tres del PECS.

*Sesión 8:* Esta sesión se destinó a la práctica de ejercicios relacionados con el lenguaje de doble sentido (sesión cuatro del módulo de TOM del PECS).

*Sesión 9:* Para reforzar la importancia del manejo adecuado de la información y reducir la probabilidad de equivocarnos, realizamos ejercicios prácticos de la sesión cinco del PECS, módulo de TOM.

*Sesión 10:* Comenzamos la sesión adquiriendo un nuevo concepto: el EA. Existen dos formas con las que tendemos a explicar lo que ocurre con nosotros mismos y con los demás. Definimos los tipos de estilos atribucionales (interno y externo) ayudados de algunos ejemplos. En esta sesión que se corresponde con el número seis del PECS.

*Sesión 11:* Continuamos con el EA (sesión siete del PECS), pero esta vez profundizamos un poco más. Nos fijamos en cómo explican las cosas que ocurren la población en general, las personas que presentan depresión y las personas con Esquizofrenia. Se les explicó que las personas con Esquizofrenia tienden a realizar sobreatribuciones, es decir, a decantarse de forma extrema por uno de los dos estilos atribucionales. Para ello, nos ayudamos de ejemplos, concluyendo que es importante tomar diferentes alternativas para explicar los sucesos que ocurren.

*Sesión 12:* En esta ocasión los usuarios del CRPS practicaron ejercicios del EA con la sesión ocho del programa PECS.

*Sesión 13:* Para acabar con el EA y con el módulo de TOM, realizamos ejercicios prácticos relacionados con la sobreatribución mediante la sesión nueve del PECS.

*Sesión 14:* Iniciamos el módulo de PS del PECS con su primera sesión. Se definió este concepto basado en el conocimiento e identificación de normas y roles sociales. Algunos ejemplos sirvieron de ayuda para comprender este término.

*Sesión 15:* Esta sesión está basada en las sesiones dos, tres y cuatro del módulo de PS del PECS. Analizamos la importancia del contexto (formal o informal). También realizamos los ejercicios prácticos en relación con el contexto.

*Sesión 16:* Para finalizar con el PECS, realizamos el módulo de ejercicios finales en el que trabajamos todo lo que se ha visto durante el programa. Se trata de situaciones en las que se falla uno o varios elementos de la CS.



## Resultados

A continuación, se describen los principales resultados del análisis de datos explicado anteriormente.

En la Tabla 1 se recogen los resultados del Alfa de Cronbach para los tres instrumentos de la investigación antes y después de la intervención terapéutica y para cada uno de los factores.

**Tabla 1.**

*Alfa de Cronbach de los tres instrumentos y sus factores.*

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>			
	Número de ítems	Alfa de Cronbach pre	Alfa de Cronbach post
1. Escala de Conducta Prosocial	16	0,867	0,903
a) Empatía y Apoyo emocional	4	0,530	0,698
b) Conducta Prosocial	6	0,643	0,819
2. Escala de Cognición Social	12	0,671	0,714
a) Reconocimiento Emocional	3	0,643	0,554
b) Percepción Social	3	0,188	0,425
c) Estilo Atribucional	6	0,535	0,624
3. Test de insinuaciones	5	0,804	0,713

En la Tabla 2, se recoge el número de participantes, la media y desviación típica de cada uno de los factores antes y después de la intervención terapéutica a nivel grupal. Como se puede observar, la media aumenta cuando se compara el antes y después, exceptuando los dos factores de la ECP.

**Tabla 2.**

*Estadísticos de los seis factores antes y después de la intervención terapéutica.*

		<b>Estadísticos de muestras relacionadas</b>	
		Media	Desv. Típ.
Par 1	RE pre	,79	1,032
	RE post	1,84	1,068
Par 2	EA pre	3,11	1,595
	EA post	4,16	1,573
Par 3	PS pre	1,11	,809
	PS post	1,79	,787
Par 4	TOM pre	6,26	3,052
	TOM post	8,32	2,136
Par 5	CP pre	21,95	3,851
	CP post	21,74	4,700
Par 6	EmAp pre	14,37	3,148
	EmAp post	14,16	3,219

*Nota:* N=19; TOM: Teoría de la Mente; RE: Reconocimiento Emocional; EA: Estilo Atribucional; PS: Percepción Social; CP: Conducta Prosocial; EmAp: Empatía y Apoyo Emocional; Pre: antes de la intervención; Post: después de la intervención.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la diferencia entre medias del antes y después de la intervención terapéutica a nivel grupal. Se realizó la prueba estadística T de Student para muestras relacionadas y se calculó el valor del tamaño de efecto con la *d* de Cohen. Mencionar en este punto que, para controlar el error tipo 1, se hizo la corrección de Bonferroni, tomando como  $\alpha = 0,05$  y  $n=6$  (número de factores). Por tanto,  $\alpha_{\text{nuevo}} = \alpha/6 = 0,0083$ . En este sentido, se puede observar que existen diferencias significativas, pre/post, entre las puntuaciones de los factores de RE, PS y TOM, aunque no así en el factor EA, teniendo en cuenta la corrección mencionada. Además, se puede apreciar que no hay diferencias significativas en las puntuaciones medias de los dos factores de la ECP.

Con respecto al tamaño del efecto para cada par de variables, se aprecia que es moderado en todos los factores de CS, aunque grande en el de RE. No hay efecto de la intervención en los dos factores de la ECP.

**Tabla 3.**

*Diferencia de medias entre el antes y después de la intervención terapéutica.*

		<b>Prueba de muestras relacionadas</b>			
		t	gl	p	d
Par 1	RE pre –RE post	-4,253	18	,000***	,99
Par 2	EA pre – EA post	-2,535	18	,021	,576
Par 3	PS pre – PS post	-2,974	18	,008**	,669
Par 4	TOM pre –TOM post	-3,396	18	,003**	,698
Par 5	CP pre – CP post	,271	18	,790	-,071
Par 6	EmAp pre – EmAp post	,280	18	,783	-,065

*Nota:* \*\* p<.01; \*\*\* p<.001.; TOM: Teoría de la Mente; RE: Reconocimiento Emocional; EA: Estilo Atribucional; PS: Percepción Social; CP: Conducta Prosocial; EmAp: Empatía y Apoyo Emocional; Pre: antes de la intervención; Post: después de la intervención.

Por otro lado, en la Tabla 4 se recoge el número de participantes, la media y la desviación típica para cada uno de los factores de la investigación en función del género. Se observa que partimos de una muestra homogénea de hombres y mujeres antes de la intervención y también se puede apreciar que ambos se han beneficiado por igual del entrenamiento.

**Tabla 4.**

*Estadísticos de los seis factores antes y después de la intervención terapéutica en relación al género.*

<b>Estadísticos de grupo</b>				
	Género	N	Media	Desv. Típ.
TOM pre	Hombre	13	6,08	3,121
	Mujer	6	6,67	3,141
TOM post	Hombre	13	8,85	1,463
	Mujer	6	7,17	2,994
RE pre	Hombre	13	1,08	1,115
	Mujer	6	,17	,408
RE post	Hombre	13	1,92	1,038
	Mujer	6	1,67	1,211
EA pre	Hombre	13	3,46	1,664
	Mujer	6	2,33	1,211
EA post	Hombre	13	4,54	1,561
	Mujer	6	3,33	1,366
PS pre	Hombre	13	1,00	,816
	Mujer	6	1,33	,816
PS post	Hombre	13	1,85	,801
	Mujer	6	1,67	,816
CP pre	Hombre	13	21,85	3,997
	Mujer	6	22,17	3,869
EmAp pre	Hombre	13	14,15	3,555
	Mujer	6	14,83	2,229
CP post	Hombre	13	20,85	4,240
	Mujer	6	23,67	5,465
EmAp post	Hombre	13	13,31	3,326
	Mujer	6	16,00	2,191

*Nota:* TOM: Teoría de la Mente; RE: Reconocimiento Emocional; EA: Estilo Atribucional; PS: Percepción Social; CP: Conducta Prosocial; EmAp: Empatía y Apoyo Emocional; Pre: antes de la intervención; Post: después de la intervención.

En la Tabla 5 se recogen los resultados de la T de Student para muestras independientes con los factores del estudio y la variable independiente de género. En este apartado también se aplicó la corrección de Bonferroni mencionada con anterioridad. Como se puede apreciar, no existen diferencias significativas en los factores de la investigación en relación con el género.

**Tabla 5.**

*Diferencia de medias para muestras independientes entre los seis factores y el género.*

<b>Prueba de muestras independientes</b>			
	t	gl	p
TOM pre	-,382	17	,707
TOM post	1,671	17	,113
RE pre	2,591	16,618	,019
RE post	,476	17	,640
EA pre	1,480	17	,157
EA post	1,621	17	,123
PS pre	-,827	17	,420
PS post	,452	17	,657
CP pre	-,164	17	,872
EmAp pre	-,427	17	,675
CP post	-1,233	17	,234
EmAp post	-1,796	17	,090

*Nota:* TOM: Teoría de la Mente; RE: Reconocimiento Emocional; EA: Estilo Atribucional; PS: Percepción Social; CP: Conducta Prosocial; EmAp: Empatía y Apoyo Emocional; Pre: antes de la intervención; Post: después de la intervención.

Para comprobar si existe alguna relación entre las variables de nuestro estudio y la edad de los participantes se realizó un análisis de correlaciones Pearson. En la Tabla 6 se recogen los resultados de este análisis. Se observa una relación negativa entre edad y TOM post, por lo que las personas de mayor edad tienden a beneficiarse menos en este factor como efecto de nuestra intervención.

**Tabla 6.**

*Correlaciones Pearson de los factores con la edad.*

<b>Correlaciones Pearson</b>	
Factores	Correlaciones con edad
TOM pre	-0,10
TOM post	<b>-,56*</b>
RE pre	-0,31
RE post	0,10
EA pre	-0,13
EA post	0,05
PS pre	-0,21
PS post	-0,26
CP pre	0,07
EmAp pre	0,34
CP post	0,20
EmAp post	0,30
Edad	<b>1</b>

*Nota:* \*  $p < .05$ ; TOM: Teoría de la Mente; RE: Reconocimiento Emocional; EA: Estilo Atribucional; PS: Percepción Social; CP: Conducta Prosocial; EmAp: Empatía y Apoyo Emocional; Pre: antes de la intervención; Post: después de la intervención.

Finalmente, en la Tabla 7 se realizaron las correlaciones no paramétricas Spearman con el nivel de estudios. El único factor que correlaciona con la variable de nivel de estudios es TOM post, con el resto de factores no se encuentran relaciones significativas.

**Tabla 7.**

*Correlaciones no paramétricas Spearman con el nivel de estudios.*

<b>Correlaciones no paramétricas Spearman</b>	
Factores	Correlaciones con NivE
TOM pre	0,215
TOM post	<b>,559*</b>
RE	0,042
RE post	-0,136
EA	0,016
EA post	0,019
PS	0,145
PS post	0,396
CP	-0,092
EmAp pre	-0,144
CP post	-0,397
EmAp post	-0,287
NivE	<b>1</b>

*Nota:* \*  $p < .05$ ; TOM: Teoría de la Mente; RE: Reconocimiento Emocional; EA: Estilo Atribucional; PS: Percepción Social; CP: Conducta Prosocial; EmAp: Empatía y Apoyo Emocional; Pre: antes de la intervención; Post: después de la intervención; NivE: Nivel de Estudios.

## **Discusión y Conclusiones**

A pesar de que los déficits en CS son un factor clave en pacientes con TMG y en particular con esquizofrénicos, son pocos los estudios de investigación en que se analizan los efectos de programas de entrenamiento en CS con pacientes con TMG.

En nuestra investigación hemos podido comprobar que el entrenamiento en CS ha tenido un efecto positivo y significativo en dos de los tres factores de la ECS y en el factor de TOM del TI. Por tanto, tras las 16 sesiones de intervención, los pacientes mejoran en "TOM" y mejoran en su "RE" y "PS". Si bien, mejoran en el factor "EA", ya que existen diferencias en las puntuaciones medias entre antes y después de la intervención, pero no resulta significativo. Por ello, podemos rechazar las hipótesis nulas en relación a la CS, confirmándose las hipótesis que se plantean en la investigación. No obstante, no se producen

diferencias significativas en ninguno de los dos factores de CP. Estimamos que para la mejoría de la CP no parece suficiente el entrenamiento en CS (es decir, a nivel cognitivo) y deberíamos apostar no solo por estos acercamientos cognitivos sino por otros acercamientos más conductuales.

Por otro lado, del análisis se derivan que no hay diferencias entre hombres y mujeres ni antes ni después del entrenamiento. Se trata pues, de una muestra homogénea en todas las variables pre y post. Ambos se benefician de igual manera del entrenamiento en CS.

Asimismo, esta investigación presenta algunas limitaciones, como el efecto de psicofármacos, la distracción e interrupciones, y el analfabetismo de algunos participantes que pueden dificultar el efecto de la misma. Igualmente, el tamaño de la muestra es muy pequeño y no hemos podido contar con un grupo control con el que contrastar los resultados de la intervención. Además, solo se ha recogido información justo después de terminar nuestro entrenamiento, por lo que no se disponen de datos de seguimiento para poder conocer si los resultados alcanzados se mantienen en el tiempo. Estas limitaciones podrán ser tenidas en cuenta en futuros acercamientos.

Más allá de pequeños acercamientos piloto como el nuestro, y restringidos al entrenamiento cognitivo, deberían desarrollarse nuevos enfoques con intervenciones más amplias. Nos queda también el importante desafío de la generalización de este tipo de entrenamiento a la CP. Se necesitan nuevos acercamientos que ayuden a vincular los resultados de los programas de intervención en CS con cambios significativos en el funcionamiento social en comunidad. Así mismo, los índices de consistencia interna de los tres instrumentos de la presente investigación son similares a los encontrados por sus propios autores, aunque éstos solo presentan datos del instrumento al completo y no por factores. Para futuras investigaciones se plantea la necesidad de mejorar la fiabilidad de la ECS y de cada



uno de sus factores, ya que los datos que se encuentran del Alfa de Cronbach no son los deseables.

En conclusión, la intervención terapéutica ha provocado cambios en los factores de la CS. Sin embargo, no se ha obtenido una relación entre esta mejoría y la CP. En futuras investigaciones habría que considerar acercamientos que sean más conductuales y tener en cuenta las limitaciones que ha presentado este estudio.

### Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arrieta, M., y Molero, P. (2019). Trastorno Bipolar. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5052-5066.
- Auné, S. E., Blum, D., Abal, J. P., Lozzia, G. S., y Attorresi, H. F. (2014). La conducta prosocial: Estado actual de la investigación. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 2 (11), 21-33.
- Bengochea, R., Gil, D., Fernández, M., y Arrieta, M. (2011). Teoría de la mente en Esquizofrenia y su relación con otras variables. *Rehabilitación psicosocial*, 8 (1-2), 15-22.
- Bocanegra, N. (2017). Introducción a la cognición social: una mirada a sus enfoques, sus teorías y sus críticas. *Visión educativa*, 85.
- Caprara, G. V., Steca, P., Zelli, A., y Capanna, C. (2005). A new scale for measuring adults' prosocialness. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 77-89.
- Conejo, S., Moreno, P., Morales, J. M., Alot, A., García, J. M., González, M. J., Quemada, C., Requena, J. y Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito

- sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 2 (37), 223-233.
- Fuentes, I., Ruiz, J. C., García, S., Soler, M. J., y Dasí, C. (2008). Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Informació Psicológica*, (93), 53-64.
- Fuentes, I., García, S., Ruíz, J. C., Dasí, C., y Soler, M. J. (2011). La Escala de Cognición Social (ECS): Estudio piloto sobre la evaluación de la cognición social en las personas con Esquizofrenia. *Rehabilitación Psicosocial*, 8(1), 2-7.
- García, R. R., Aliste, F., y Soto, G. (2018). Cognición social en Esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 47 (3), 170-176.
- Gavilán, J. M., y García, J. E. (2015). La función ejecutiva en la Esquizofrenia y su asociación con las habilidades cognitivas sociales (mentalistas). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 119-129.
- Gil, D., Fernández, M., Bengochea, R., y Arrieta, M. (2012). Adaptation of the Hinting Task theory of the mind test to Spanish. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5(2), 79-88.
- Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L., y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia bulletin*, 31(4), 882-887.
- Ham, B. (2003). *Altruistic actions may result in better mental health*. Extraído de: <https://www.eurekalert.org/news-releases/555424>.

- Jara, M. L., Lana, K. L., Schneider, L. S., y Lemos, K. E. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 177, 22-24.
- Jaramillo, P., Ruiz, J. C., y Fuentes, I. (2011). Relaciones entre neurocognición, procesamiento emocional y funcionamiento social en la Esquizofrenia. *Psychology, Society y Education*, 2 (3), 99-112.
- Jiménez, A., y Sáez, L. (2019). Calidad de vida en pacientes españoles con trastorno mental grave. *Calidad de vida y salud* 2 (12), 40-52.
- Marín, J.C., (2010). Revisión teórica respecto a las conductas prosociales. Análisis para una reflexión. *Psicogente*, 13(24), 369-388.
- Mondragón, A., Ramos, D., Román, P. D., y Yáñez, 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.
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Moñivas, A. (1996). La conducta prosocial. *Cuadernos de trabajo social*, 9(9), 125-142.
- Organización Mundial de la Salud (21 de enero de 2022). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Palha, F. (2008). Cognición Social en la Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación psicosocial*, 5 (1), 31-37

Proyecto Scores (2014). *Programa de Entrenamiento de Cognición Social*.

<https://proyectoscores.es/pecs.php>

Rebolleda, C. (2017). Cognición social en la Esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas:*

*Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 227, 9-23.

Rodríguez, L. M., Mesurado, M. B., Oñate, M. E., Guerra, M. P., y Menghi, M. S. (2017).

Adaptación de la Escala de Prosocialidad de Caprara en adolescentes argentinos. *Revista Evaluar*, 2 (17), 177-187

Ruiz, J. C., García, S., y Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la

Esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 1 (24), 137-155.

Samamé, C. (2013). La cognición social a lo largo de las tres fases del Trastorno Bipolar:

una descripción general actualizada. *Investigación en psiquiatría*, 210 (3), 1275-1286.

Temmerman, A., Sabbe, B. y Morrens, M. (2015). La cognición social en el trastorno

bipolar. *Journal of psychiatry.-Utrecht*, 1972, 57 (6), 405-414.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073834/>

Tirapu, J., Pérez, G., Erekatxo, M. y Pelegrín, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la

mente? *Revista de neurología*, 44(8), 479-489.

**Anexos**

**Anexo 1: Cronograma fases del procedimiento.**

<b>CRONOGRAMA</b>									
<b>PRESENTACIÓN Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN</b>		<b>PASE DE PRUEBAS</b>		<b>INTERVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE PASE DE PRUEBAS</b>		<b>RECUPERACIÓN DE SESIONES Y PASE DE PRUEBAS</b>		<b>ANÁLISIS DE DATOS. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	
04 de octubre	08 de noviembre	10 de noviembre	14 de noviembre	15 de noviembre	27 de diciembre	29 de diciembre	3 de febrero	3 de febrero	24 de febrero
<b>OCTUBRE</b>		<b>NOVIEMBRE</b>		<b>DICIEMBRE</b>		<b>ENERO</b>		<b>FEBRERO</b>	
Inicio y búsqueda de información sobre el estudio. Recogida de datos relevantes para la investigación, mediante las historias clínicas. Recogida de consentimientos. Informados		Administración de los instrumentos de evaluación para el pre-test.		Puesta en marcha de la intervención terapéutica. Al comienzo de este periodo también se administran los instrumentos a los participantes que no estuvieron en el pase de pruebas inicial.		Periodo en el que se recuperan sesiones pendientes y nuevamente administración de los instrumentos para el post-test		Análisis de los resultados obtenidos en la investigación y elaboración de la discusión y conclusiones del estudio.	

## Anexo 2: Hoja de consentimiento informado para iniciar el estudio.

### CONSETIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio:** "Cognición social y conducta prosocial en personas con Trastorno Mental Grave".

**Descripción del estudio:** Este estudio forma parte del trabajo de Fin de Máster de la alumna Aceysele Pérez Díaz y trata sobre la relación que puede haber entre cómo las personas con Trastorno Mental Grave entienden sus relaciones sociales y participan en hacer una sociedad más altruista, empática, justa, etc. Se llevará a cabo en Centro de Rehabilitación Psicosocial "El Mojón".

**Datos del tutor responsable:** Domingo Jesús de la Rosa Díaz.

**Datos de la investigadora:** Aceysele Pérez Díaz.

#### Participante:

D/Dña. _____ mayor de edad con domicilio en: _____ y provisto del D.N.I. Nº _____
D/Dña. _____ mayor de edad con domicilio en: _____ y provisto del D.N.I. Nº _____, Como representante legal de _____

#### DECLARO

1. He leído la hoja de información que me han facilitado.
2. He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
3. He recibido información adecuada y suficiente por la investigadora sobre:
  - 3.1 Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
  - 3.2 Los beneficios e inconvenientes del proceso.
  - 3.3 Que mi participación es voluntaria
  - 3.4 Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
4. He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.
5. Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado "Cognición social y conducta prosocial en personas con Trastorno Mental Grave".
6. Tomando todo ello en consideración, **OTORGO** mi **CONSENTIMIENTO** para participar en el presente estudio de investigación. En caso contrario ponga **NO** y firme igualmente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma tutor responsable:

Firma de la investigadora:

**Anexo 3: Sesiones del estudio y del PECS. Módulos correspondientes y duración.**

Módulo PECS	Sesiones del estudio	Sesiones del PECS	Duración
Procesamiento emocional	S. 1	1. Sesión introductoria	55 min.
		2. Concepto de emoción básica	
	S. 2	3. Rasgos faciales de las emociones	40 min.
		4. Ejercicios prácticos I	
	S. 3	5. Causas de las emociones	25 min.
	S. 4	6. Consecuencias de las emociones	35 min.
		7. Ejercicios prácticos II	
	S. 5	8. Importancia del contexto	40 min.
S. 6	1. Definición de Teoría de la Mente		
Teoría de la Mente y Estilo Atribucional	S. 7	2. Lenguaje de doble sentido	40 min.
	S. 8	3. Manejo de la información	50 min.
	S. 9	4. Ejercicios prácticos I	55 min.
	S. 10	5. Ejercicios prácticos II	35 min.
	S. 11	6. Definición de estilo atribucional	35 min.
	S. 12	7. Estilo atribucional y enfermedad mental	50 min.
	S. 13	8. Ejercicios prácticos III	45 min.
	S. 14	9. Ejercicios prácticos IV	45 min.
Percepción Social	S. 15	1. Definición de percepción social	30 min.
	S. 16	2. La importancia del contexto	50 min.
		3. Ejercicios prácticos I	
		4. Ejercicios prácticos II	
Personalización	S. 17	Ejercicios finales	40 min.