



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Eficacia de un programa para incrementar el grado de socialización entre pacientes con esquizofrenia.

Efficacy of a program to increase the degree of socialization among patients with schizophrenia.

Autor

**Mario Samper Pardo**

Director

**Marta Puebla Guedea**

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2019-2020



## ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas.....	v
<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
3.1    APROXIMACIÓN A LA ENFERMEDAD: LA ESQUIZOFRENIA.....	17
3.1.1    Definición .....	17
3.1.2    Causas.....	18
3.1.3    Síntomas .....	20
3.1.4    Tipos .....	22
3.1.5    Diagnóstico .....	23
3.1.6    Tratamiento .....	25
3.2    RELACIONES INTERPERSONALES DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y EL CLUB SOCIAL .....	26
<b>4. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>29</b>
<b>5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>37</b>
6.1    DISEÑO .....	39
6.2    MUESTRA.....	39
6.3    CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	39
6.4    PROCEDIMIENTO .....	40
6.5    INSTRUMENTOS DE MEDIDA, VARIABLES Y EVALUACIONES .....	46
6.6    ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS .....	47
<b>7. RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>8. DISCUSIÓN .....</b>	<b>57</b>
<b>9. CONCLUSIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>71</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1</i> .....	18
<i>Tabla 2</i> .....	22
<i>Tabla 3</i> .....	24
<i>Tabla 4</i> .....	40
<i>Tabla 5</i> .....	51
<i>Tabla 6</i> .....	52
<i>Tabla 7</i> .....	53
<i>Tabla 8</i> .....	54
<i>Tabla 9</i> .....	55
<i>Tabla 11</i> .....	56



## 1. Resumen



## **Resumen**

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más comunes del mundo. No se conocen con exactitud cuales son las causas originarias de esta enfermedad. Desde finales del siglo pasado se han realizado diversos estudios sobre la importancia de trabajar las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia, para lograr una correcta reinserción en la comunidad.

Este proyecto se trata de un estudio pre-post intervención, cuyo objetivo principal consiste en estudiar las características y posible evolución de las habilidades sociales de personas con esquizofrenia pertenecientes a un Club Social. Para ello, se cuenta con una muestra formada por ocho pacientes diagnosticados. Además, se han diseñado ocho intervenciones y seleccionado 3 instrumentos de medición.

En cuanto a los resultados obtenidos, se ha comprobado que el grado de socialización entre pacientes diagnosticados de esquizofrenia ha aumentado con respecto a la medición pre-intervención, verificando así la hipótesis principal del proyecto.

## **Palabras clave**

Esquizofrenia, habilidades sociales, lazos relacionales, tratamiento y reinserción social

## **Abstract**

Schizophrenia is one of the most common mental disorders in the world. The original causes of this illness are not known exactly. Since the end of the last century, diverse studies have been carried out on the importance of working on social skills of people with schizophrenia, to achieve a correct reintegration into the community.

This project is a pre-post intervention, whose main objective is to study the traits and possible evolution of the social skills of people with schizophrenia members of a Social Club. For it, there is a sample made up of eight diagnosed patients. Besides, eight interventions have been designed and three measurement tools have been selected.

Regarding the results obtained, it has been verified that the level of socialization among patients diagnosed with schizophrenia has increased compared to the pre-intervention measurement, confirming the main hypothesis of the project.

## **Key words**

Schizophrenia, social skills, relational ties, treatment and social reintegration.



## 2. Introducción



Los trastornos mentales son comunes y frecuentes en todos los países del mundo, siendo responsables de algunas dificultades tanto en el aprendizaje de los niños como a lo largo de la vida de las personas que los padecen. A su vez, ocasionan un enorme sufrimiento tanto al paciente como a su familia (Gómez, 2007).

Según estima la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), en Europa los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad. Se afirma que en una de cada cuatro familias hay como mínimo una persona con enfermedad mental. En España, se calcula que actualmente un 9% de la población está diagnosticada de un trastorno mental, excluyendo los trastornos ocasionados por el consumo indebido de sustancias, y que un 15% de la población lo padecerá a lo largo de su vida.

Uno de los trastornos mentales graves al que más tiempo de estudio se le ha dedicado y que todavía sigue guardando muchas incógnitas se trata de la esquizofrenia.

González (2004) recoge que, en el pasado, la esquizofrenia no estaba reconocida como una enfermedad. Las personas que padecían este tipo de trastorno eran clasificadas como locas o poseídas por espíritus ajenos y, como solución a este problema, eran asesinadas. A día de hoy esto no es así, aunque existe un alto grado de estigma y discriminación ante las personas con esquizofrenia, que dificulta su rehabilitación y reintegración en la sociedad.

La esquizofrenia se trata de una enfermedad mental grave, ya que, a diferencia de lo que ocurre con otros trastornos mentales, como la depresión, el paciente no llega a obtener una recuperación total de las alteraciones. Esto es debido a que después de cada brote de la enfermedad, o ante una larga permanencia de esta, se crea lo que se conoce como “defecto”, una secuela cuya recuperación resulta muy complicada (Ortuño, 2008).

Estos síntomas pueden agravarse provocando: deterioro de las interacciones del individuo con amigos y familia, generando aislamiento, careciendo de habilidades para una vida independiente y, por tanto, desarrollando un estilo de vida marginal y estigmatizado. Todo esto supone un hándicap en su proceso de reinserción social y, por tanto, en el manejo de sus habilidades sociales (Rojas, 1995). Además, genera una continua pérdida de motivaciones e interés, que junto a la progresiva incapacidad de relacionarse con los demás contribuye a un deterioro global de su personalidad (Ortuño, 2008).

Las habilidades sociales, de acuerdo con Santolaya (2016), están basadas en la capacidad de expresar y comunicar de manera adecuada nuestros afectos, deseos, opiniones y expectativas a otras personas. Posibilitan la satisfacción de las necesidades personales, a través del contacto e interacción con otras personas.

En su mayoría, los programas de rehabilitación para las enfermedades mentales agudas están formados por dos tipos de intervenciones: la farmacología y la psicoterapia.

Rojas (1995) recoge que, aunque las habilidades sociales son competencia de la psicoterapia, en la mayoría de programas no se establece un plan integral para trabajar las habilidades sociales, centrándose únicamente en enseñar al paciente a expresar sus propias conductas sociales y dejando de lado algunos aspectos como, por ejemplo: evaluar las conductas de terceros con los que interactúan o ser capaz de analizar los recursos para responder de manera adecuada a distintas situaciones sociales.

Este proyecto se desarrolla a partir de un marco teórico dividido en dos bloques: en primer lugar, todo lo referente a la enfermedad de la esquizofrenia (definición, causas, síntomas, tipos, diagnóstico y tratamiento) y, en segundo lugar, un bloque con todo lo referente a la socialización y las habilidades sociales de las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Tras la justificación y los objetivos e hipótesis, comienza la metodología, donde se especifica: el diseño de la intervención, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, los procedimientos llevados a cabo, las variables, evaluaciones e instrumentos de medida, y el análisis estadístico. Finalmente se expondrán los resultados, con su correspondiente discusión y conclusiones derivadas de esta investigación, acompañadas de las referencias bibliográficas y los anexos.

### 3. Marco teórico



### 3.1 Aproximación a la enfermedad: la esquizofrenia

#### 3.1.1 Definición

Emil Kraepelin en su obra “Tratado de Psiquiatría”, publicada su primera edición en 1883 y su octava en 1915, afirmó que las enfermedades psiquiátricas tenían principalmente origen biológico y genético. Entre las enfermedades recogidas se encontraba la “demencia precoz”, haciendo referencia al trastorno que hoy en día se conoce como esquizofrenia.

Todavía existía la necesidad de un término más exacto que la empleada “demencia precoz” para hacer referencia a este trastorno psicótico, ya que no en todos los casos se producía de manera tan marcada este progresivo deterioro que caracteriza a la demencia. El término esquizofrenia será acuñado en 1908 por Eugen Bleuler, en una conferencia de la Asociación Alemana de Psiquiatría en Berlín.

Abeleira (2012) afirma que el propio Kraepelin y muchos otros autores aceptaron la terminología de Bleuler y continuaron con la investigación de este trastorno hasta la actualidad.

El término “esquizofrenia” etimológicamente significa mente partida o mente escindida, haciendo referencia a las ideas fragmentadas y desorganizadas de las personas diagnosticadas de esquizofrenia (Ortuño, 2008). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). (4 de octubre de 2019). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza por una distorsión de las percepciones, el pensamiento, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes).

El “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) recoge que:

La esquizofrenia de inicio en la infancia normalmente se desarrolla después de un periodo de desarrollo normal o casi normal. Se ha descrito un estado prodrómico en el que se produce deterioro social y aparecen intereses y creencias atípicas, lo que podría confundirse con las deficiencias sociales observadas en el trastorno del espectro autista. Las alucinaciones y los delirios, que son las características definitorias de la esquizofrenia, no son rasgos del trastorno del espectro autista. Sin embargo, los clínicos deben tener en cuenta la posibilidad de que los individuos con trastorno del espectro autista interpreten de manera excesivamente concreta las preguntas relacionadas con las características clave de la esquizofrenia. (p. 58).

Se trata de una enfermedad mental que, por tanto, conlleva modificaciones en el individuo, haciendo referencia a aspectos de la psicología humana como pueden ser las siguientes funciones mentales: percepción, pensamiento, emociones, voluntad o integridad del ser (Ortuño, 2008).

La enfermedad es igual de común en hombres que en mujeres. En los hombres predomina el comienzo de la enfermedad entre los 20 y 30 años, mientras que en las mujeres suele darse unos años después, a partir de los 30. No obstante, se trata de una enfermedad que también puede aparecer en edades más tempranas (Frith, 1995).

Ortuño (2008) afirma que la esquizofrenia, cuanto más joven es el paciente, más impacto conlleva en el normal desarrollo y maduración de las potencialidades emocionales, intelectuales y sociales del individuo.

Este trastorno como mínimo conlleva una duración de 6 meses que implica un periodo mínimo de 1 mes con síntomas de fase activa (American Psychiatric Association, 2013).

### 3.1.2 Causas

En las últimas dos décadas se ha producido un gran avance en dos aspectos como son: los factores que dan origen a la enfermedad y, por otro lado, los mecanismos de acción de los tratamientos con fármacos que combaten los denominados síntomas psicóticos, logrando en la mayoría de los casos vivir de manera normalizada en sociedad. En la actualidad, el grado de consenso sobre el concepto de la esquizofrenia ha aumentado considerablemente con respecto al pasado. Aun así, siguen sin conocerse de manera específica cuales son las causas que provocan la enfermedad, de las que aun derivan diversas incógnitas (Ortuño, 2008).

A pesar de no conocer de manera determinada cuales son las causas de esta enfermedad algunos autores establecen grupos de factores predisponentes que, en mayor o menor medida, colaboran con la aparición y desarrollo de la enfermedad. La clasificación, recogida en la obra de Seva (1996) establece los siguientes cuatro bloques: factores genéticos o biológicos, factores neuropatológicos, factores ambientales, también referidos como sociológicos o bioquímicos, y factores psicosociales, que engloban los psicológicos, sociales y culturales.

A continuación, se presentan los factores causantes e influyentes en la esquizofrenia en tres bloques diferenciados: factores genéticos-biológicos, factores neuropatológicos y factores ambientales y psicosocioculturales.

#### *Factores genéticos-biológicos*

La evidencia científica sugiere que existe una predisposición genética en la enfermedad (Rebolledo y Lobato, 2005). Se han realizado estudios que demuestran que los familiares de primer grado presentan un riesgo de padecer el trastorno 10 veces superior al de la población normal, como muestra la Tabla 1, aunque no se ha permitido diferenciar si los riesgos derivados de factores genéticos y ambientales (Martínez, Cuesta y Peralta, 1997).

*Tabla 1*

Predisposición genética a presentar la enfermedad a lo largo de la vida

Población	Prevalencia (%)
Población general	1
Hermanos no gemelos	8
Hijo de un progenitor afectado	12
Hijo de los progenitores afectados	40
Hermanos gemelos dicigóticos	12
Hermanos gemelos monocigóticos	47

**Nota.** Recuperado de Bernardo, Torales y Barrios (2004).

### *Factores neuropatológicos*

En los últimos años, se ha conseguido un gran desarrollo en la investigación centrada en los sistemas de neurotransmisores.

Desde principios de este siglo, los neuroanatomopatólogos buscan anomalías comunes en el cerebro de personas esquizofrénicas. En la mayoría se han encontrado anomalías cerebrales, aunque no comunes en todos los casos, por lo que resulta complicado establecer una causa directa (Frith, 1995). La dilatación de los ventrículos cerebrales se trata del signo neuropatológico más común en algunos pacientes con esquizofrénicos. Suele ir acompañado de atrofia cerebral, con su consecuente disminución de masa o peso cerebral (Seva, 1996).

Aun así, tal y como afirma González (2004), se desconoce si estas anomalías en el cerebro del paciente se tratan de una causa o consecuencia de la enfermedad. Además, autores como Rebollo y Lobato (2005), indican la aparición de sustancias químicas, en exceso, como pueden ser la serotonina y la dopamina, indicándolas como posible causa del “caos mental”. La comunicación interneuronal es reforzada mediante lo que se conoce como fármacos neurolépticos (Seva, 1996).

### *Factores ambientales y psicosocioculturales*

En su mayoría el trastorno comienza en edades tempranas, o bien en la adolescencia o en la juventud, etapas de vida especialmente complicadas en cuanto a procesos de maduración, tanto físicos, biológicos y psicológicos (Ortuño, 2008).

Los factores ambientales físicos pueden aumentar el riesgo de la enfermedad. De acuerdo con la clasificación de Martínez et al. (1997) los principales factores de riesgo ambiental pueden agruparse en:

- Factores de ambiente prenatal y perinatal, como pueden ser: complicaciones obstétricas, malnutrición severa o una gripe materna.
- Factores de ambiente postnatal, como el aislamiento en la infancia, ser inmigrante o pertenecer a una minoría étnica, además del consumo de sustancia estimulantes de manera crónica, como el cannabis.

La aparición o agravamiento de la enfermedad, por norma general, resulta coetánea a acontecimientos vitales o situaciones con carga estresante, por lo que se establece una relación directa entre dichos factores y la enfermedad, siendo de gran interés, y siempre en relación con el resto de los factores biológicos (Seva, 1996). Por ello, se presupone que una persona poseedora de predisposición a la enfermedad podría desarrollar la enfermedad ante un cúmulo de acontecimientos vitales como la muerte de un ser querido o la pérdida del trabajo, tal y como demuestran diversos estudios (Rebolledo y Lobato, 2005).

También, se puede afirmar con rotundidad y basándose en la investigación científica que la familia no es la culpable ni la causa de la aparición de la esquizofrenia, lo cual no la exime de la necesidad de otorgar a su familiar afectado unos cuidados y un ambiente óptimo para no agravar el curso de la enfermedad. Es lo que se conocen como factores mantenedores. Hacen referencia a las situaciones que tienden a empeorar o a mantener los síntomas de la enfermedad, como puede ser el que la familia considere a la persona afectada como totalmente enfermo e incapaz de asumir ciertas responsabilidades y de ejercer su autonomía (Rebolledo y Lobato, 2005).

### 3.1.3 Síntomas

En el DSM-V se establece que la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad) se caracterizan por anomalías del individuo en alguno o varios de los siguientes campos:

- Delirios
- Alucinaciones
- Pensamiento (discurso) desorganizado
- Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo
- Síntomas negativos

En lo referido a la sintomatología propia de la esquizofrenia, la mayoría de las clasificaciones están compuestas por dos grandes grupos: síntomas positivos, que exageran algunos aspectos de la conducta normativa, y síntomas negativos, que empobrecen la capacidad del sujeto. Este modelo tiene su origen en el neurólogo inglés Hughlings Jackson que, influido por teorías evolucionistas, propuso que el cerebro estaba formado por unas estructuras primitivas y por otras más evolucionadas (Ortuño, 2008).

Algunos otros autores, como Martín y Navarro (2012) o Santolaya (2016) establecen una tercera categoría: los síntomas cognitivos. Pocos son los autores que hacen referencia a los “déficits en el funcionamiento social”, no como una consecuencia directa de los síntomas positivos o negativos, sino como una sintomatología más de este trastorno mental (Santolaya, 2016).

Se presenta la siguiente clasificación basada en sintomatología positiva, negativa y cognitiva:

#### Síntomas positivos

Se tratan de síntomas que no son constantes en el tiempo, pueden aparecer y desaparecer, al igual que puede variar su intensidad. Son comportamientos psicóticos en los que la persona pierde el contacto, de manera parcial o total, con la realidad (Martín y Navarro, 2012). Proceden de la actividad librada por las estructuras cerebrales inferiores (Ortuño, 2008).

De acuerdo con la clasificación de Ortuño (2008) y, basado en la descripción del DMS-V, los principales síntomas positivos pertenecientes a la esquizofrenia son:

#### *Delirios*

Son alteraciones mentales permanentes en el individuo, no modificable aun existiendo pruebas en su contra. En ocasiones, resulta complicado diferenciar entre delirio y creencia, aunque siempre va a depender del grado de convicción que presente el individuo, aun presentándose ideas opuestas.

Los delirios más habituales en este tipo de trastorno son: *delirios persecutorios* (resultan ser los más comunes; el individuo piensa que va a ser perseguido por un tercero, organización o grupo), *delirios referenciales* (creencia de que ciertos agentes externos como gestos, comentarios o medio ambiente, se dirigen a la persona), *delirios de grandeza* (consiste en la atribución propia de capacidades o habilidades), *delirios erotomaniacos* (pensamiento erróneo de que alguien está enamorado de él o ella), *delirios nihilistas* (el individuo prevé una gran catástrofe), y *delirios somáticos* (preocupaciones referentes a la salud).

### *Alucinaciones*

Se tratan de percepciones propias del individuo, sin necesidad de un estímulo externo. Tienen la misma credibilidad que las percepciones normales, por lo que no son capaces de diferenciarlas. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, aunque las alucinaciones auditivas son las más comunes en estos tipos de trastorno, en forma de voces conocidas o desconocidas que son diferenciadas del propio pensamiento. Las alucinaciones tienen lugar dentro de un mínimo contexto de conciencia, dejando fuera las que tienen lugar durante el sueño o al despertar.

### *Alteraciones en el discurso*

Existe una conexión entre pensamiento-discurso desorganizado, ya que el pensamiento desorganizado es la causa de la manifestación de un discurso desorganizado. El síntoma debe ser lo suficientemente grave como para que el discurso sea incomprensible. En la mayoría de las ocasiones se suele manifestar un discurso indirectamente relacionado.

### *Conducta extraña o extravagante*

Su manifestación puede ser muy variada y supone la dificultad para cualquier tipo de comportamiento, incluidas las actividades cotidianas. Entre estas conductas destaca: el comportamiento catatónico y la actividad motora excesiva y sin finalidad.

### *Síntomas negativos*

Los síntomas negativos son una manifestación directa de la enfermedad, procedentes de la alteración de las estructuras cerebrales más evolucionadas, y provocando la pérdida o alteración de diversas funciones (Ortuño, 2008). Están asociados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normalizados (Martín y Navarro, 2012).

La sintomatología negativa tiene gran presencia en los individuos que padecen esquizofrenia. Los síntomas negativos más comunes en las personas con esquizofrenia son: la expresión emotiva disminuida y la abulia, aunque también pueden destacarse la alogia, la anhedonia y la asocialidad.

De acuerdo con la clasificación del DMS-V y basando la descripción en dicho manual y en algunos otros autores, los principales síntomas negativos pertenecientes a la esquizofrenia son:

#### *La expresión emotiva disminuida*

Principalmente supone la disminución de la expresión de emociones, aunque también conlleva a disminuir el tono al hablar y todo movimiento que acompañe al discurso. Es lo que Ortuño (2008) denomina como “embotamiento de las emociones”. Frith (1995) habla de una expresión facial invariable, con una disminución de los movimientos espontáneos y ausencia de gestos expresivos.

#### *La abulia*

Supone la falta de motivación e iniciativa para llevar a cabo actividades, pasando a mostrar escaso interés y pudiendo permanecer largos periodos de tiempo sin realizar ninguna acción. Además, Frith (1995) recoge que puede producirse poco cuidado higiénico personal y falta de energía.

#### *La alogia*

Hace referencia a la pobreza del discurso, tanto en la forma como en el contenido, que conlleva una reducción del habla.

### *La anhedonia*

Falta de capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos. Frith (1995) recoge que se basa en la pérdida de interés por todo aquello que puede causar diversión o satisfacción. Está reaccionado con la asocialidad.

### *La asocialidad*

Falta de interés por las relaciones sociales con otras personas y tendencia a aislarse. Además, puede conllevar la incapacidad para crear amigos. El paciente evita la compañía de los demás, encerrándose en su habitación, y por tanto en sí mismo y en su mundo interior.

### Síntomas cognitivos

Estas alteraciones cognitivas afectan fundamentalmente a la memoria cerebral, las funciones ejecutivas y la atención sensorial. Todo ello se ve reflejado en el individuo mediante la disminución del funcionamiento social, del funcionamiento ocupacional, y de la capacidad de vivir independientemente. Son varios los autores que las consideran causas de los síntomas negativos, ya que existe una relación entre la sintomatología negativa y cognitiva, como por ejemplo con el empobrecimiento del lenguaje o con el deterioro social (Barrera, 2006).

#### 3.1.4 Tipos

La gran variabilidad de síntomas en la esquizofrenia produce diferentes grupos dentro de la misma enfermedad. Históricamente, esto ha llevado a plantear si se tratan de subtipos de la misma enfermedad o, por el contrario, de otras enfermedades (Ortuño, 2008).

Toda esta controversia ha sido la que conlleva a que diferentes autores establezcan diferentes clasificaciones en cuanto a los subtipos, quedando muchas de ellas de manera incompleta. Por ello, para establecer una clasificación lo más completa posible de los tipos de esquizofrenia se ha recurrido a la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" (CIE-10). En la Tabla 2, a modo de esquema, se encuentran los nueve tipos de esquizofrenia que recoge el CIE-10.

Tabla 2

Tipos de esquizofrenia		
-E. Paranoide	-E. Hebefrénica	-E. Catatónica
-E. Indiferenciada	-Depresión postesquizofrenia	-E. residual
-E. simple	-Otras esquizofrenias	-E. No específica

**Nota.** Fuente: Elaboración propia

Atendiendo a esta clasificación anterior se pueden diferenciar los siguientes subtipos de esquizofrenia, cada una de ellas determinada por su diferente sintomatología:

La *esquizofrenia paranoide* se caracteriza por tratarse del subtipo más frecuente (Ortuño, 2008) y, a su vez, por un comienzo más tardío (Seva, 1996). En el cuadro clínico dominan los delirios estables, mayormente paranoide, que suelen ir acompañados de alucinaciones, generalmente auditivas, y de perturbaciones en la percepción (O.M.S, 1992). De acuerdo con Ortuño (2008) los delirios suelen basarse en persecuciones o prejuicios de otras personas hacia el paciente. Se trata de la forma de esquizofrenia con mejor pronóstico, en cuanto al deterioro de la personalidad (Seva, 1996).

La *esquizofrenia hebefrénica* predomina en adolescentes y jóvenes adultos. Se basa en cambios afectivos y comportamiento irresponsable e impredecible (O.M.S, 1992). Se suele producir lo que se denomina “incongruencia emocional”, su conducta no obedece a lo coherente o anteriormente organizado (Seva, 1996). Los delirios y alucinaciones no predominan, suelen ser efímeras, fugaces y fragmentarias. Se produce un rápido desarrollo de la sintomatología negativa (O.M.S, 1992).

En la *esquizofrenia catatónica* predominan los trastornos psicomotores. Pueden alternar entre la hiperquinesia y el estupor, o entre la obediencia automática y el negativismo. Además, presentan rechazo ante la comunicación con otros, mutismo y violentos episodios de mucha agitación. Pueden darse algunas alucinaciones.

La *esquizofrenia indiferenciada* tiene lugar cuando se cumplen los criterios generales para tratarse de una esquizofrenia, pero, o no se ajusta los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos sin claro predominio.

La *depresión postesquizofrénica* hace referencia a los episodios depresivos, derivados de una esquizofrenia. El paciente puede presentar, o no, síntomas esquizofrénicos de manera predominante, o no, en su cuadro clínico.

La *esquizofrenia residual* se caracteriza por la presencia de síntomas negativos, explicados en el apartado anterior, en un proceso desarrollado desde una etapa inicial, no necesariamente irreversibles.

La *esquizofrenia simple* se trata de un trastorno en el cual aparecen de manera confusa pero progresivos comportamientos extravagantes, llegando a desarrollarse los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual.

*Otras esquizofrenias:* esquizofrenia cenestopática, psicosis esquizofreniforme y trastorno esquizofreniforme (excluyendo trastorno esquizofreniformes breves).

*Esquizofrenia no especificada:* trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizotípico

### 3.1.5 Diagnóstico

La principal herramienta empleada para el diagnóstico de la esquizofrenia, al igual que para el resto de enfermedades mentales, es la exploración psicopatológica realizada a través de la entrevista. El observador obtiene la información tanto de la comunicación verbal como de la no verbal del paciente, además de la información aportada por familiares, cuidadores u otros profesionales. No existen instrumentos técnicos o pruebas de laboratorio específicos para diagnosticar la esquizofrenia, ya que las técnicas de imagen cerebral o pruebas neurofisiológicas resultan insuficientes y no están presentes en todos los casos (Ortuño, 2008).

Uno de los instrumentos con mayor reconocimiento para la realización del diagnóstico de cualquier enfermedad mental se trata del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Se trata de una clasificación de trastornos mentales diseñado para facilitar un diagnóstico más fiable de este tipo de trastornos.

De acuerdo con el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V):

La fiabilidad diagnóstica es esencial para orientar las recomendaciones terapéuticas, identificar las tasas de prevalencia para poder planificar los servicios de salud mental, seleccionar los grupos de pacientes para la investigación clínica y básica, y documentar la información importante relativa a la salud pública, como las

tasas de morbilidad y mortalidad. Los criterios diagnósticos identifican síntomas, comportamientos, funciones cognitivas rasgos de personalidad, signos físicos, combinaciones de síndromes y permanencia en el tiempo que requieren experiencia clínica para diferenciarlos de las variaciones de la vida normal y las respuestas transitorias al estrés. (p. 5-6).

Se pueden observar los criterios diagnósticos de la esquizofrenia recogidos por el DSM-V en la siguiente tabla:

*Tabla 3*

Criterios diagnósticos de la esquizofrenia

---

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
  - 1. Delirios
  - 2. Alucinaciones
  - 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
  - 4. Comportamiento
  - 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento inter- personal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito) (...)

---

**Nota.** Recuperado de DSM-V (p.99) (American Psychiatric Association, 2013).

### 3.1.6 Tratamiento

Para una persona diagnosticada de esquizofrenia el tratamiento juega un papel imprescindible ya que, sin él, en la mayoría de los casos la recuperación sería inexistente o bien, más lenta e incompleta (González, 2004).

Para que el paciente reciba un tratamiento integral es necesario: diseñar un plan de tratamiento que elimine y prevenga los síntomas, la colaboración de diferentes profesionales y disciplinas, la utilización de múltiples recursos sanitarios y sociales durante varios años como pueden ser hospitalización de día, ingresos totales, unidades de agudos... además de la colaboración del individuo afectado, de su familia y de las personas de su entorno (Martín y Navarro, 2012).

La esquizofrenia no se trata de una enfermedad homogénea, por lo que cada tipo de esquizofrenia y cada caso en particular requerirá un tipo de atención u otro. Existen diversas variables a tener en cuenta para el tratamiento como puede ser el tipo de esquizofrenia o si la enfermedad se aborda a tiempo (Abeira, 2012).

Hasta hace relativamente poco el tratamiento para este trastorno ha sido fundamentalmente farmacológico. A pesar de mejorar este tipo de tratamiento, no se consigue mejorar del todo la calidad de vida del paciente, manteniendo disfunciones de tipo social y funcional, independientemente de la eficacia de la medicación (González, 2004).

Dentro del tratamiento se considera necesaria la terapia psicosocial. Pretende reducir en el paciente los niveles de estrés, mediante una mejor adaptación y funcionamiento social, con una mejora de la calidad de vida. El sistema sanitario es el responsable de ofrecer este programa (Martín y Navarro, 2012).

Algunos de los tratamientos psicológicos más frecuentes en pacientes con esquizofrenia son: *Intervención psicoeducativa familiar* (con el fin de construir alianzas familiares, orientación sobre problemas de conducta, mejorar la comunicación, etc.), *entrenamiento de las habilidades sociales* (basado en la teoría del aprendizaje social, pretende reactivar habilidades sociales interpersonales, motoras y perceptuales para lograr: buena adaptación en la comunidad, independencia y buenas relaciones sociales), *terapia cognitivo conductual* (pretende reducir la angustia que generan los síntomas psicóticos en el funcionamiento normal del paciente, ayudándole a comprender la relación entre la cognición y sus conductas), *rehabilitación cognitiva* (se tratan de intervenciones focalizadas en niveles básicos del funcionamiento cognitivo, que pretenden mejorar el rendimiento de distintos procesos del pensamiento), *paquetes integrados multimodales* (incluye el trabajo de diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas personales), *terapias psicodinámicas* (basada en la teoría psicodinámica, se realizan terapias individuales con el fin de potenciar la prevención de recaídas y reintegración social) y *arte-terapia o terapias expresivas* (se basa en la utilización de mecanismos artísticos para mostrar una simbolización, comunicación o expresión mediante canales verbales o no verbales) (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

En cuanto a la medicación, se establece fundamental no abandonar y tomar la dosis prescrita de manera personal para conseguir atenuar la mayor parte de los síntomas. La medicación principal de este tratamiento son los antipsicóticos, aunque también se utilizan otros fármacos que corrigen efectos adversos o reducen algunos síntomas (Martín y Navarro, 2012).

Existen antipsicóticos típicos (o de primera generación) y atípicos (o de segunda generación). Los *antipsicóticos típicos* son efectivos tan solo en un pequeño porcentaje de pacientes, además de ser causantes de un elevado número de efectos agudos y crónicos, por lo que solo se aplica a pacientes que requieran de

preparación inyectable y que tengan antecedentes de producir los mínimos efectos secundarios. Por otro lado, los *antipsicóticos atípicos*, como las benzamidas o aripiprazol, parecen producir grandes avances en cuanto a la eficacia del tratamiento y a la aparición de efectos secundarios, aunque también se han relacionado con efectos colaterales que afectan negativamente a la calidad de vida del paciente, además de ciertas limitaciones (Tajima, Fernández, López-Ibor, Carrasco y Díaz-Marsá, 2009).

### 3.2 Relaciones interpersonales de las personas con esquizofrenia y el Club Social

En la obra de Penn, Corrigan, Bentall, Racenstein & Newman (1997) se recoge que la percepción social está relacionada con la capacidad para valorar los roles y reglas sociales, además del contexto social. Por ello, se entiende que la percepción social está basada en procesos perceptivos que dirigen la atención de la persona hacia las señales que ayudan a situarse en un hecho social concreto de manera adecuada. Además, afirman que la percepción social consta de dos fases: en la primera, donde se realiza la identificación o categorización inmediata de la conducta, y en la segunda, donde se establece si la conducta pertenece a un estado estable o a factores situacionales. De acuerdo con el análisis de Ruiz-Ruiz, Garcia-Ferrer, y Fuentes-Dura (2006) es en esta última fase de la percepción social donde presentan mayor dificultad las personas con esquizofrenia, en concreto, a la hora de modificar sus primeras impresiones.

En la mayor parte del siglo XX se han realizado diversos estudios sobre la esquizofrenia, algunos de ellos centrados en el apoyo social del paciente. No obstante, no se han reflejado importantes cuestiones como es el caso de la relación existente entre las habilidades sociales y el apoyo social. Esto cambia a partir de la década de los 80, introduciendo en los estudios las habilidades sociales como variables de estudio. La mayoría de estudios empíricos que relacionan apoyo social y habilidades sociales se han realizado en población joven y en muestras muy pequeñas. En general, se analiza la estructura de la red social, pero sin profundizar en sus aspectos funcionales del apoyo social (Jiménez, Vázquez y Vázquez, 2007).

Esto, ha llevado a autores como Lieberman a trabajar en el desarrollo de las habilidades sociales en personas con una enfermedad mental. Lieberman se basó en el modelo teórico de estrés-vulnerabilidad-habilidades de afronte. Este modelo explica los síntomas de la enfermedad y del funcionamiento social como una interacción compleja entre los factores ambientales y conductuales, destacando la importancia de las intervenciones psicosociales para una vida independiente, afrontamiento y desarrollo de habilidades interpersonales (Rojas, 1995).

Además, en el siglo XXI se han realizado diversos estudios, a nivel internacional, sobre las relaciones sociales de las personas con enfermedad mental, como pueden ser los dos siguientes ejemplos:

- *Social perception in schizophrenia: the role of context*, de Penn, D.L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D. & Martin, J. (2002).
- *Impairment of social perception associated with lesions of the prefrontal cortex*, de Mah, L., Arnold, M.C. & Grafman, J. (2004).

En el primer estudio, el objetivo principal consiste en examinar el procesamiento del contexto social en personas con esquizofrenia. Los resultados mostraban que las personas con esquizofrenia presentan un déficit a la hora de utilizar información social contextual durante el procesamiento de la información. A su vez, invierten más tiempo en características del contexto menos relevantes. Presentan dificultad a la hora de captar información poco familiar o de tipo abstracto. Todo esto contribuye a que la persona con esquizofrenia posea una deficiente percepción de estímulos socialmente relevantes (Penn et al., 2002).

En cuanto al segundo estudio, se han localizado déficits de algunos aspectos de la cognición social, como la capacidad de interpretar expresiones faciales emocionales, en las personas que presentan un daño en la corteza cerebral ampliando así su evidencia clínica y experimental. Las personas esquizofrénicas poseen más dificultades que las personas sin enfermedad a la hora de reconocer las emociones de terceros, en concreto sus expresiones faciales. Esta dificultad tiene mayor índice en las emociones negativas, en especial el miedo y el asco, que en las emociones positivas. De esta manera, el miedo es la emoción que con menos precisión son capaces de percibir (Mah et al., 2004).

En la actualidad, se puede afirmar que la mayoría de estudios realizados hasta la fecha indican que el entrenamiento de las habilidades sociales ha producido beneficios para los pacientes de esquizofrenia, incrementando los sentimientos, el nivel de participación y de control de situaciones sociales (Santolaya, 2016).

Las personas diagnosticadas de un trastorno mental agudo, como es la esquizofrenia, presentan limitaciones importantes en su funcionamiento psicosocial, lo cual provoca dificultades para afrontar las relaciones de la vida diaria. Debido a ello, existe la necesidad de crear espacios y recursos intermedios que mediante actividades lúdicas puedan fomentar una mayor adherencia al entorno y vínculos afectivos válidos. Esto es lo que se conoce como *Club Social*. Un Club Social se trata de una estructura de soporte social. Su función principal es ayudar a las personas con enfermedad mental a asumir responsabilidades, a actuar de manera activa en la comunidad y a lograr la mayor independencia posible, todo ello provocando una mejora en la calidad de vida (Gisbert, 2002).

Los objetivos a nivel personal que tiene un Club Social son: crear vínculos relacionales, contribuir a una mejora de la calidad de vida, mejorar la autonomía personal y fomentar la inclusión social en el entorno comunitario. Además, a nivel familiar pretende reducir el estrés y carga que supone el cuidado de la persona para la familia y, a nivel de comunidad, lograr la participación de este colectivo en la sociedad (Poll Borràs, 2006).



## 4. Justificación



A pesar de no conocer científicamente cuales son los orígenes de la esquizofrenia se ha conseguido que mediante un tratamiento personalizado de tipo farmacológico y psicoterapéutico se reduzca y controle de manera considerable la sintomatología de la enfermedad. Por el contrario, esto no ocurre con las habilidades sociales de los pacientes diagnosticados que, en su mayoría, permanecen estancadas y únicamente sufren pequeñas evoluciones.

Por ello, llevar a cabo intervenciones basadas en el trabajo de las habilidades sociales en conjunto con su tratamiento habitual diseñado por los profesionales de referencia puede hacer que se produzca un mejor uso de estas y, por tanto, una evolución en su socialización con terceros. Como se ha nombrado anteriormente, el interés por este tipo de intervenciones ha aumentado en los últimos años mediante estudios científicos, aunque no lo suficiente como para llevarlos a cabo y conseguir la reinserción total de las personas con esquizofrenia en la sociedad.

Además, cabe destacar el papel del trabajador social en el área de la salud mental. El ejercicio profesional desempeñado por el trabajador social resulta muy variado en el área de salud mental debido a su presencia en multitud de recursos como: Unidades de Salud Mental de Adultos, Unidades de Agudos, Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil Centros de día, Hospitales de día o Programas específicos para patologías concretas, entre otros (Trullenque, 2010). De acuerdo con la Cartera de Servicios Sanitarios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón, el trabajador social debe de: estudiar las necesidades socio-familiares; informar, asesorar, acompañar y gestionar las prestaciones; realizar un diagnóstico social; y elaborar, gestionar, ejecutar, seguimiento y evaluar un Plan de Intervención.

Es por todo esto que, en el siglo XXI, y acompañado de la lucha de diferentes colectivos, es necesario romper con toda la estigmatización que existe contra los trastornos mentales graves, y la mejor manera de hacerlo es consiguiendo la reinserción social completa de todas las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave, en concreto de esquizofrenia, incluyendo unas relaciones sociales con terceros totalmente normalizadas. De esta manera, trabajar las habilidades sociales resulta un pilar fundamental dentro del tratamiento del paciente, igualándolo al farmacológico o al psicoterapéutico.



## 5. Hipótesis y objetivos



Las *hipótesis* propuestas en este estudio son:

- Trabajar las habilidades sociales de personas diagnosticadas de esquizofrenia provocará una mejoría en sus relaciones sociales con terceros.
- Las personas con esquizofrenia, pertenecientes a un mismo recurso, serán capaces de establecer lazos relacionales más consolidados mediante el trabajo conjunto de sus habilidades sociales.

Para la verificación de las anteriores hipótesis se ha realizado el presente estudio con los siguientes *objetivos* generales y específicos:

1. Estudiar las características y posible evolución de las habilidades sociales de personas con esquizofrenia
  - 1.1 Diseñar un protocolo de intervención para desarrollar las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia
2. Llevar a cabo el estudio planteado mediante las intervenciones diseñadas
3. Analizar la eficacia de la intervención y los cambios producidos observando la correlación o beneficios en aspectos como las habilidades sociales o las dinámicas de grupo.
  - 3.1 Analizar la muestra mediante la realización de un estudio sociodemográfico
  - 3.2 Realizar una medición pre-post intervención para evaluar los cambios que se producen debido a las intervenciones.



## 6. Metodología



## 6.1 Diseño

Este proyecto se trata de un estudio experimental de tipo pre-post intervención donde se establece una medición previa a la intervención y otra posterior, con el objetivo de comprobar la eficacia y resultados de las intervenciones. En este caso, se pretenden observar cambios en las habilidades sociales y lazos relacionales de las personas diagnosticadas de esquizofrenia con terceros.

## 6.2 Muestra

La muestra está formada por ocho pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Todos ellos pertenecen a un Centro de Día del Sector Sanitario Zaragoza III.

Este Centro de Día se trata de un recurso perteneciente al Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. Del Pilar, al igual que: la Unidad de Media Estancia, la Unidad de Larga Estancia y el Psicogeriátrico. Todos los pacientes del Centro de Día suelen acudir unas 4/5 jornadas semanales de 9:00h a 13:30h, donde realizan talleres rehabilitadores y se establece un seguimiento por los profesionales del centro, basado en un Plan Individualizado Rehabilitador.

Además, estos ocho pacientes acuden dos tardes a la semana a un Club Social, como recurso de ocio y ocupación del tiempo libre. Este es el espacio donde se van a realizar las intervenciones de este estudio.

Los ocho usuarios pueden coincidir en diversos talleres en el Centro de Día, en el Club Social o en algunos casos conocerse anteriormente de otros recursos similares por los que han pasado. A pesar de ello, en la mayoría de casos no se habían establecidos lazos relacionales, incluso llegando a desconocer el nombre de algunos compañeros.

Para conocer algunos datos de los usuarios que forman la muestra se les ha asignado un número de manera aleatoria, para poder proceder a su identificación en el proyecto, cuando sea necesario, sin especificar su género, y usando el masculino genéricamente.

## 6.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión han sido: acudir al Centro de Día de manera activa, asistir con regularidad al Club Social, aceptar formar parte de este proyecto y, por tanto, realización de los instrumentos de medición y las intervenciones.

El único criterio de exclusión que se ha establecido ha sido el relacionado con su tratamiento farmacológico establecido, ya que se estima que una variación en este tipo de tratamiento tanto a lo largo de intervenciones como en el proceso de evaluaciones puede repercutir en los resultados.

Los ocho usuarios seleccionados inicialmente han cumplido tanto los criterios de inclusión como los de exclusión, por lo que no ha variado el número de participantes en el proyecto.

## 6.4 Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo en este estudio consta de ocho intervenciones que han sido diseñadas de manera específica para este proyecto, y efectuadas de manera progresiva acorde con la evolución social de los usuarios. Estas intervenciones están revisadas por la figura de una trabajadora social especializada en el campo y tienen como objetivo principal establecer lazos relacionales entre los miembros del grupo.

Una vez diseñadas y establecidas las intervenciones, antes de realizar cualquier tipo de cuestionario o intervención, se deben de localizar los usuarios que las van a realizar. En este caso, como se ha nombrado, han sido ocho los usuarios, que acuden tanto al Centro de Día como al Club Social, a los que se les ha presentado y ofrecido la opción de participar en este estudio. Es necesario contar con su consentimiento y conformidad para poder comenzar. Además, en este caso, se ha contado con un evaluador externo al estudio, que ha sido el encargado de realizar los cuestionarios y las entrevistas.

A continuación, en la Tabla 4, se presenta el cronograma de actividades llevado a cabo para la realización de todas las intervenciones planteadas:

Tabla 4

### Cronograma de intervenciones

Fecha	Actividad y desarrollo
04/02/2020	Entrevista y cuestionarios pre-intervención (día 1)
06/02/2020	Entrevista y cuestionarios pre-intervención (día 2)
11/02/2020	Actividad 1. Visionado cortometraje de emociones
13/02/2020	Actividad 2. Habilidades personales
18/02/2020	Actividad 3. Sesión de concienciación
20/02/2020	Actividad 4. Taller de cocina
25/02/2020	Actividad 5. Preparación de juego
27/02/2020	Actividad 6. Realización de juego
03/03/2020	Actividad 7. Salida a una exposición
05/03/2020	Actividad 8. Salida a un bar
10/03/2020	Entrevista y cuestionarios post-intervención

**Nota.** Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describen las intervenciones llevadas a cabo:

### **Entrevista y cuestionarios pre-intervención**

#### *Desarrollo de la sesión*

Fecha: 04/02/2020 y 06/02/2020

Tiempo de realización de la sesión: 2 horas

Se realizaron en dos sesiones. La primera fue el día cuatro de febrero y la segunda el día seis de febrero. En la primera sesión, se realizaron cuestionarios y entrevistas a cuatro usuarios, y en la segunda a los otros cuatro.

Más adelante, en el apartado instrumentos de medida, variables y evaluaciones se desarrollan de manera detallada los instrumentos empleados para la realización de los cuestionarios y las entrevistas. Estas

intervenciones fueron realizadas por un evaluador externo al estudio, como se ha nombrado anteriormente. Él ha sido el encargado de rellenar los documentos con la información facilitada por los usuarios, así como de realizar las entrevistas y transcribir las respuestas.

**Actividad 1. Visionado del cortometraje: “French roast”.**

*Desarrollo de la sesión*

Fecha: 11/02/2020

Tiempo de realización de la sesión: 45 minutos

*Planteamiento de la sesión*

*French roast*<sup>1</sup>: se trata de un cortometraje producido por “The Pumpkin Factory”, de cine mudo. Sinopsis: transcurre en una cafetería francesa, donde llega un señor bien trajeado que se pide un café. Entra a la cafetería un mendigo de la calle para pedir algunas monedas, y el hombre se niega a dárselas. A continuación, el señor se da cuenta que no lleva la cartera y que, por tanto, no puede pagar el café. De la vergüenza que siente, decide seguir pidiendo cafés hasta encontrar una solución. Posteriormente, entrará una anciana que quiere tomarse un café y vuelve a entrar el mendigo, al que esta le da un billete. Mientras la anciana va al baño el señor le intenta robar dinero del bolso para poder pagar los cafés. En estas, entra un policía para colgar un cartel de un delincuente que está en búsqueda y captura. Cuando el hombre consigue abrir el bolso, se encuentra una máscara perteneciente al delincuente del cartel que acaba de colgar el policía. La señora se va apresurada al ver el cartel y el camarero le saca la cuenta al hombre, de todos los cafés que lleva y de ver que no los puede pagar se pone a llorar. Al observar esta situación, el mendigo decide dejar el billete en la cuenta del hombre e irse.

Para comenzar la sesión, se reproduce por primera vez el corto de manera íntegra y sin pausas. Una vez visionado, entre los participantes deben de seleccionar un portavoz de grupo. A continuación, deben de identificar cuatro emociones en determinados momentos del cortometraje. Para ello, si es necesario, se realizaría una breve explicación sobre las emociones básicas. Una vez que llegan a un consenso sobre las emociones que han identificado, se procede a volver a reproducir el corto con pausas, para que, en voz alta, vayan identificando las emociones que han elegido en las escenas determinadas. Seguido, el portavoz debe de explicarme cuales han sido las emociones que han seleccionado y en que momentos las han identificado.

Posteriormente, deben de deducir una posible moraleja sobre el corto. Una vez seleccionada se les plantea si alguna vez en su vida se han podido aplicar esta moraleja y si han sentido algunas de esas emociones.

*Objetivos de la sesión*

- Reconocimiento de las emociones básicas
- Trabajo en equipo: coordinación para elección entre múltiples opciones

---

<https://www.youtube.com/watch?v=dcSfmPmnUoQ>

Mario Samper Pardo

- Crear unidad de equipo
- Ejercicio de portavoz de grupo
- Generar confianza con los compañeros de grupo, mediante la aportación de experiencias personales

### **Actividad 2. Habilidades personales**

*Desarrollo de la sesión*

Fecha: 13/02/2020

Duración: taller de pintura 45 min - descanso 15 - taller de relajación 45 min - cadena de chistes 15 min

*Planteamiento de la sesión*

Consiste en que otros compañeros muestren al resto del grupo habilidades personales que posean y, a poder ser, que no se hayan adquirido/realizado dentro de este espacio. Las actividades han debido de ser realizadas con otras personas y no de manera individual, en las que, por lo tanto, se hayan sentido parte de un grupo.

Se realizará, previa al día de la sesión, una exploración sobre cuales pueden ser las habilidades personales que pueden mostrar a sus compañeros. Finalmente, a los usuarios que no han identificado habilidades personales que compartir con el grupo se les planteará una alternativa. Esta alternativa puede consistir, por ejemplo, en aprender algún chiste con el objetivo de hacer reír a sus compañeros, estableciendo una cadena de chistes para finalizar la sesión.

De esta manera, los usuarios que deseen mostrar alguna habilidad personal ejercerán el rol de “monitor”, teniendo que relatar su experiencia personal desarrollando esa habilidad y posteriormente, y realizando una clase práctica para que el resto pueda aproximarse a realizarla.

*Objetivos de la sesión*

- Ofrecer actividades alternativas que pueden realizar algunos compañeros en su tiempo libre
- Aumentar el grado de conocimiento mutuo.
- Obtener la responsabilidad de monitor
- Mostrar respeto a sus compañeros cuando están contando sus experiencias.
- Respetar el turno de palabra
- Reírse mediante lo chistes (poner de otra manera), y romper barreras de desconfianza mediante el humor

### **Actividad 3: Sesión de concienciación**

*Desarrollo de la sesión*

Fecha: 18/02/2020

Tiempo de realización de la sesión: 1 hora

*Planteamiento de la sesión*

Eficacia de un programa para incrementar el grado de socialización entre pacientes con esquizofrenia

Consiste en el visionado de una entrevista<sup>2</sup> realizada por Mónica Garza, periodista y presentadora mexicana, a una persona diagnosticada de esquizofrenia.

La entrevista de 6 minutos y 23 segundos, se va a reproducir una vez, sin interrupciones. Los asistentes deben prestar atención al vídeo. Una vez finalizada su reproducción se les propondrá a los usuarios que planteen a grandes rasgos cual es su idea general sobre el vídeo.

A continuación, se formularán las siguientes preguntas para que los usuarios compartan vivencias personales e interaccionen entre ellos:

- “¿Os habéis sentido identificado con algunas de las cosas que ha contado la entrevistada?”
- ¿Alguna vez os ha pasado lo mismo que a la protagonista?”
- “¿Qué creéis que piensa la gente sobre los TMG? ¿Hay mucha falta de información?”

#### *Objetivos de la sesión*

- Encontrar puntos comunes en sus vidas
- Reflexionar porque siendo perfiles tan diferentes están todos allí
- Empatizar con la persona entrevistada, mediante experiencias comunes

#### **Actividad 4: Preparación de una receta de cocina en grupo.**

#### *Desarrollo de la sesión*

Fecha: 20/02/2020

Tiempo: 1h 15'

#### *Planteamiento de la sesión*

Se les propone la opción de poder elaborar dos recetas, de las cuales cada uno debe seleccionar cual prefiere cocinar para llegar a un acuerdo y elegir cual de ellas es la más apropiada. Los monitores darán las indicaciones de toda la sesión al principio de esta:

Se realizan dos grupos, cada uno supervisado por un monitor, que únicamente ejercerá de observador, a no ser que sea necesario intervenir. El primer grupo debe de ir al supermercado a comprar los alimentos necesarios, para ello deben de consultar la lista de ingredientes entregada y decidir cuales deben de comprar entre la distinta variedad. El segundo grupo debe permanecer en la cocina buscando el menaje necesario para realizar la receta o algunas alternativas consultando la receta.

Una vez que se encuentren todos en la cocina, se les entregará la receta dividida en 4 tareas que deberán de realizar por parejas. Ellos mismos deben ser los que elijan que actividad desean realizar y con ello se producirá la formación de parejas.

---

<sup>2</sup> Enlace entrevista: <https://www.youtube.com/watch?v=YevT78xBtnY>

Mario Samper Pardo

Finalmente, se disfrutará todos juntos probando el resultado.

*Objetivos de la sesión*

- Ejercer los roles de liderazgo de manera adecuada.
- Realizar acciones de la vida diaria como pueden ser: realizar la compra o cocinar.
- Aumentar conocimientos culinarios
- Trabajo en equipo

**Actividad 5: Elaboración de juego**

*Desarrollo de la sesión*

Fecha de realizaciones: 25/02/2020

Tiempo: 1h

*Planteamiento de la sesión*

Consiste en elegir un juego en el que antes de jugar sea necesario llevar a cabo su construcción en grupo. En este caso, el juego seleccionado es conocido por diversos nombres entre ellos: "hundir la flota", "batalla naval" o "juego de los barcos". Se seleccionan, o bien dos habitaciones continuas, o una grande que se pueda dividir en dos espacios diferenciados (que no se puedan ver uno con otro). Consiste en diseñar un tablero empleando las baldosas como casillas y enumerándolas. Para ello se establecerá una columna con números de 1 al 10, y una fila de letras de la "A" a la "J", por ejemplo. En este tablero se colocarán barcos que estarán marcados con folios de colores y ocuparán diferente número de baldosas. Además, cada equipo poseerá un folio con un tablero en el que apuntará donde están o no los barcos del contrincante.

*Objetivos de la sesión*

- Trabajar de manera conjunta
- Conseguir un fin común

**Actividad 6: Poner en marcha el juego**

*Desarrollo de la sesión*

Fecha de realizaciones: 27/02/2020

Tiempo: 1h 30'

*Planteamiento de la sesión*

La sesión consiste en poner en práctica el juego que se ha estado preparando en la sesión anterior. Para ello se repasan las instrucciones para poder jugar y se establecen los equipos mediante sorteo aleatorio, sacando papelitos de colores. Se realizan tantas partidas y descansos como se desee.

*Objetivos de la sesión*

- Trabajar en equipo
- Disfrutar de la actividad
- Evadirse de problemas o situaciones complejas

**Actividad 7: Salida del centro-exposición**

*Desarrollo de la sesión*

Fecha de realizaciones 03/03/2020

Tiempo: 1h 30'

*Planteamiento de la sesión*

La actividad consiste en ir a visitar una exposición (en nuestro caso, la Exposición colectiva. Agrupación de acuarelistas de Aragón 2020). Previamente, resulta conveniente realizar una exploración sobre los gustos y los intereses que puedan tener los pacientes a la hora de elegir una exposición. Además, resulta conveniente informarse sobre la disponibilidad y precio de entradas.

Se queda con los pacientes en el Club Social, donde se realizan dos grupos que deben de buscar e imprimir un mapa en el que se indique la ruta para ir hasta el edificio de la exposición y otro equipo ruta para volver al edificio del centro de día. Para ello se facilita acceso a un ordenador con impresora y ayuda en caso necesario. Una vez impresos se pone rumbo hasta la exposición con ayuda del mapa, al igual que a la vuelta. Siguiendo las indicaciones de los pacientes y con el tiempo suficiente se llega al edificio. Antes de entrar puede resultar conveniente recordar algunas normas de actuación correctas en un lugar público como este

*Objetivos de la sesión*

- Observar relaciones en otro entorno
- Salir fuera del centro
- Realización de tareas específicas fuera del centro
- Trabajar en equipo

**Actividad 8: Salida del centro-bar**

*Desarrollo de la sesión*

Fecha de realizaciones: 05/03/2020

Tiempo: 1h 40'

*Descripción de la actividad*

Se les propone a los usuarios salir a dar un paseo e ir a tomar algo a un bar que ellos deben de elegir en consenso. Se trata de salir de las paredes del centro mediante una de las acciones sociales más normalizada.

Durante el paseo, podría ser una buena opción tratar algún tema como pueden ser los hábitos de vida saludables: preguntándoles por como es su alimentación, si siguen una dieta, si practican ejercicio, etc. y posteriormente deben de elegir un bar cercano. Una vez allí, se deja que todo sea esporádico, desde la planificación para ir a pedir hasta la conversación, a no ser que sea necesario intervenir. Consiste en pasar un buen rato todos juntos fuera del centro, para desconectar de ese entorno.

*Objetivos de la actividad*

- Salir fuera del centro
- Observar relaciones en otro entorno fuera del grupo
- Realizar acciones de la vida diaria como tomar algo en un bar
- Conocer hábitos de vida saludable

## Encuesta y cuestionarios post-intervención

*Desarrollo de la sesión*

Fecha: 04/02/2020 y 06/02/2020

Tiempo de realización de la sesión: 2 horas

En este caso, se realizaron de igual manera que los post-intervención, con la única diferencia de que los ocho usuarios los realizaron en un único día, el 10 de marzo, es decir, con un mes y cuatro días desde la realización de la pre-intervención.

### 6.5 Instrumentos de medida, variables y evaluaciones

Se han tenido en cuenta las siguientes *variables sociodemográficas*: edad, sexo, estado civil, área familiar, red social, formación, situación laboral, vivienda, diagnóstico y tratamiento. Para su análisis se ha llevado a cabo un estudio sociodemográfico basándose en la información obtenida de los historiales médicos y sociales de la muestra.

Para el análisis de las *variables sociales*, referentes a las habilidades sociales y los lazos relacionales de los usuarios con terceros, se han seleccionado dos cuestionarios validados que no han sufrido modificaciones con respecto a sus versiones originales. Las dos encuestas seleccionadas son:

*Encuesta 1 - Escala Gijón de valoración socio-familiar en el anciano* (de Sanitat, C., 2004):

*Descripción*: se trata de una valoración inicial socio-familiar destinada a personas de tercera edad, para la detección de riesgo social. A pesar de estar indicada para personas ancianas, la escala se puede adaptar a diferentes colectivos en riesgo de exclusión, como pueden ser las personas con trastorno mental grave. De esta manera, el objetivo principal de emplear esta escala consiste en conocer el contexto social de cinco áreas de los usuarios de manera muy general. Esta escala, según algunos profesionales del Sector Sanitario Zaragoza III, es una de las valoraciones clásicas que se ha empleado de manera básica para conocer mejor la red social del usuario.

*Administración*: heteroadministrada

*Interpretación*: esta escala recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales, que nos van a ayudar a encuadrar cuales son los perfiles sujetos de la muestra.

*Valoración*:

De 5 a 9 puntos Buena/aceptable situación social

De 10 a 14 puntos Existe riesgo social

Más de 15 puntos Problema social

*Propiedades psicométricas*: Se ha estudiado la validez de criterio, empleando el juicio experto de un profesional. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo. El índice kappa es de 0,957, por lo que la fiabilidad es elevada y el alfa de Crombach es de 0,142, por lo que la consistencia interna es baja.

Eficacia de un programa para incrementar el grado de socialización entre pacientes con esquizofrenia

Encuesta 2 - Adaptación y fiabilidad del cuestionario de Red Social, versión española del “Questionario sulla rete sociale”, aplicado a persona con trastorno mental severo (García-Cubillana, y otros, 2006):

La versión original del cuestionario fue elaborada por L. Magliano para una investigación sobre carga familiar en el cuidado de pacientes con esquizofrenia, en cinco países europeos.

Se basa en el estudio de las relaciones sociales de las personas con enfermedad mental grave. Existen evidencias científicas sobre el importante papel de las redes sociales en la estabilidad sintomatológica, además de una satisfactoria y activa permanencia en la comunidad.

La versión española consta de 18 preguntas, 3 más que la versión original, las cuales se añadieron para su aplicación en el mencionado estudio, aunque no se sometieron a la validación (16, 17 y 18).

El análisis de resultados se llevará a cabo mediante la puntuación obtenida por cada persona mediante las respuestas contestadas y posterior comparación. Los resultados del análisis de fiabilidad entre los jueces de los distintos ítems del cuestionario indican un buen nivel de concordancia entre evaluadores, siendo un instrumento que parece recoger la situación del usuario de manera fiable independientemente del observador, siempre que éste esté convenientemente entrenado.

Para llevar a cabo el análisis de la *variable “lazos relacionales dentro del Club Social”*, se ha elaborado de manera específica una entrevista estructurada formada por dos bloques: el primero, contiene ocho afirmaciones con respuesta múltiple cerrada en las que se valora el grado de frecuencia con respecto al usuario-afirmación y, el segundo, formado por dos preguntas abiertas. Se considera necesaria esta intervención para poder profundizar en el ambiente social dentro del CS de manera específica.

## 6.6 Análisis estadístico de los datos

A partir de toda la información obtenida, mediante los instrumentos nombrados en el apartado anterior, se van a llevar a cabo tres tipos de análisis diferenciados: sociodemográfico, cuantitativo y cualitativo.

Para el análisis de las variables sociodemográficas y cuantitativas se va a emplear el paquete de software estadístico SPSS 25.0. Se van a analizar todos ítems de manera estadística, para poder desarrollar un análisis descriptivo basado en frecuencias (porcentajes) a nivel individual y grupal de las respuestas obtenidas.

Para el análisis de datos cualitativos se va a proceder a extraer las respuestas obtenidas a las preguntas cualitativas, para observar las diferencias que se han producido en las respuestas pre y post intervención y, con ello, comprobar la eficacia de la intervención.



## 7. Resultados



A partir de los historiales médicos y sociales de los pacientes se ha podido realizar un *estudio sociodemográfico* de la muestra. Aunque se trata de una muestra reducida no significa que sea homogénea, ya que podemos observar perfiles muy diferenciados dentro del grupo.

La muestra está formada mayoritariamente por hombres, concretamente el 62,5% de la muestra son hombres frente al 37,5% de mujeres. Resulta relevante conocer edades de las pacientes, recogidas en la Tabla 5. La media de edad es de 48,75 años. En la actualidad, a excepción de un usuario, el resto se encuentran solteros. Ninguno presenta una mala relación con su familia, sirviendo de apoyo, en especial para los que residen en la vivienda familiar, siendo un 62,5% de los usuarios. Más de la mitad de los usuarios han cursado estudios oficiales y poseen experiencia laboral. El total de la muestra posee un diagnóstico de esquizofrenia y en la actualidad posee un tratamiento personalizado y revisado de manera periódica.

Tabla 5

Edades de los usuarios

Usuarios	Edad
Usuario 1	29
Usuario 2	49
Usuario 3	53
Usuario 4	51
Usuario 5	50
Usuario 6	59
Usuario 7	36
Usuario 8	63

**Nota.** Fuente: Elaboración propio

En el apartado de discusión se procederá a ampliar y analizar estos datos. A continuación, en la tabla 6 se presentan todos los resultados obtenidos, en frecuencia y porcentaje, de todas las variables sociodemográficas:

*Tabla 6*

Frecuencia y porcentaje de los resultados del estudio sociodemográfico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Género	5 hombres	62,5% hombres
	3 mujeres	37,5% mujeres
Edad (detallado tabal 5)	Comprendida de 29-63 años	Media de edad: 48,75 años
Estado Civil	7 solteros	87,5% solteros
	1 en pareja	12,5% en pareja
Área familiar	7 relación cercana	87,5% relación cercana
	1 relación cordial	12,5% relación cordial
Estudios oficiales	6 poseen	75% con estudios oficiales
	2 no poseen	25% sin estudios oficiales
Experiencia laboral	6 poseen	75% con experiencia laboral
	2 no poseen	25% sin experiencia laboral
Vivienda	5 vivienda familiar	62,5% vive con algún familiar
	2 vivienda independiente	25% vive independiente
	1 vivienda tutelada	12,5% vivienda tutelada
Diagnóstico	8 diagnosticados de esquizofrenia	100% esquizofrénicos
Tratamiento	8 presentan un tratamiento regulado en la actualidad	100% con un tratamiento regulado por su psiquiatra en la actualidad

**Nota.** Fuente: Elaboración propia

### Medición cuantitativa

A través de la medición cuantitativa se han llevado a cabo tres análisis diferenciados, determinados por el instrumento empleado: medición con Escala Gijón, medición con *Questionario sulla rete sociale* y medición mediante la entrevista de estructura cerrada de elaboración propia:

#### Escala Gijón:

Con respecto a los resultados obtenidos en la primera medición identificamos dos usuarios con una “aceptable situación social”, que han obtenido nueve puntos. Por otro lado, cinco usuarios en situación de “existe riesgo social”: con 10 puntos, dos con 11 puntos, con 12 puntos y con 13 puntos. Por último, un usuario en situación de “problemas sociales”, que ha obtenido 16 puntos. En la segunda medición realizada se han obtenido exactamente los mismos resultados, como se puede observar en la tabla 7:

Tabla 7

Resultados pre-post intervención escala Gijón

Clasificación	Frecuencias 1ª medición	Porcentaje 1ª medición	Frecuencia 2ª medición	Porcentaje 2ª medición
Aceptable situación social	2	25%	2	25%
Riesgo social	5	62,5%	5	62,5%
Problema social	1	12,5%	1	12,5%

**Nota.** Elaboración propia

“Questionario sulla rete sociale”:

A continuación, en la Tabla 8 se presentan de manera individual los resultados pre-post intervención obtenidos mediante el “Questionario sulla rete sociale”:

Tabla 8

Resultados pre-post intervención del “Questionario sulla rete sociale”:

Personas	Puntuación pre-intervención	Porcentaje pre-intervención	Puntuación post-intervención	Porcentaje post-intervención	Resultado pre-post intervención
Usuario 1	38	63,33%	35	58,33%	<b>Disminución 5%</b>
Usuario 2	41	68,33%	44	73,33%	<b>Aumento 5%</b>
Usuario 3	26	43,33%	28	46,66%	<b>Aumento 3%</b>
Usuario 4	26	43,33%	30	50%	<b>Aumento 6,67%</b>
Usuario 5	44	73,33%	42	70%	<b>Disminución 3,33%</b>
Usuario 6	29	48,33%	35	58,33%	<b>Aumento 10%</b>
Usuario 7	32	53,33%	33	55%	<b>Aumento 1,67%</b>
Usuario 8	33	55%	32	53,33%	<b>Disminución 1,67%</b>

**Nota.** Fuente: Elaboración propia

Entrevista estructurada cerrada

Los ocho pacientes contestaron, anterior y posteriormente a las intervenciones, a las ocho preguntas cerradas sobre las relaciones sociales ocasionadas dentro del Club Social. En la Tabla 9 se recogen los resultados obtenidos a nivel individual:

Tabla 9

Resultado de la entrevista

Personas	Puntuación pre-intervención	Porcentaje pre-intervención	Puntuación post-intervención	Porcentaje post-intervención	Resultado pre-post intervención
Usuario 1	27	67,5%	29	72,5%	<b>Aumento 5%</b>
Usuario 2	32	80%	31	77,5%	<b>Disminución 2,5%</b>
Usuario 3	25	62,5%	28	70%	<b>Aumento 7,5%</b>
Usuario 4	25	62,5%	27	67,5%	<b>Aumento 5%</b>
Usuario 5	30	75%	29	72,5%	<b>Disminución 2,5%</b>
Usuario 6	27	67,5%	28	70%	<b>Aumento 2,5%</b>
Usuario 7	24	60%	28	70%	<b>Aumento 10%</b>
Usuario 8	23	57,5%	24	60%	<b>Aumento 2,5%</b>

**Nota.** Fuente: Elaboración propia

### *Medición cualitativa*

#### Entrevista estructurada abierta

El análisis cualitativo se trata de un proceso basado en la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados, por lo que los datos son muy heterogéneos. En este caso la técnica empleada para la obtención de esta información ha sido la entrevista individual y la observación directa. Se trata de una entrevista estructurada formada por dos preguntas abiertas: “¿Cómo son tus relaciones con tus compañeros de grupo?” y “¿Cómo es la actitud de tus compañeros en el grupo?”

A continuación, se ha elaborado la Tabla 11 donde se muestran enumeradas las respuestas obtenidas por todos los usuarios a partir de las dos preguntas formuladas:

Preguntas realizadas Pre-intervención	Respuestas obtenidas	Preguntas realizadas Post-intervención	Respuestas obtenidas
¿Cómo son tus relaciones con tus compañeros de grupo?	1. "Tengo una relación buena y amable, tengo confianza con usuario 2 y usuario 3" 2. "Buenas, bien, hay aprecio" 3. "Soy un poco pesado, me gusta mucho hacer las bromas, de las que no hacen daño, pero siempre antes de decir algo lo pienso" 4. "Educación-cordialidad" 5. "Bien, yo me llevo bien con todo el mundo, pero creo que al usuario 4 le moleta mi presencia porque siempre hay malas caras" 6. "Yo les tengo aprecio porque algunos llevamos años juntos" 7. "Buenas, me cuidan mucho" 8. "Cordiales"	1. "Con algunos mejor que con otros, pero todos nos llevamos bien" 2. "Muy buenas, conforme va pasando el tiempo nos queremos más" 3. "A días, pero en general bien" 4. "Depende de con quien, hay gente con la que me llevo mejor que con otra" 5. "Muy bien, muy bien" 6. "A mi me gusta pasar tiempo con ellos, los días que no nos veo los echo de menos" 7. "Buenas, todos nos llevamos bien" 8. Bien, normales, siempre cordiales"	
¿Cómo es la actitud de tus compañeros en el grupo?	1. "Buena" 2. "Bien, no me recuerdan la enfermedad y aunque no me vean un poco mal no me lo dicen. Los defiendo" 3. "Alguna vez dicen cosas que sería mejor que no dijeran" 4. "Yo creo que si pudieran no vendrían" 5. "En general cordial" 6. "Yo creo que me aprecian" 7. "Están siempre pendientes de mí" 8. "Algunas veces hablan demasiado"	1. "Siempre nos lo pasamos bien" 2. "Se portan bien conmigo siempre" 3. "En verdad todos tenemos buena relación" 4. "A ver, hay de todo, pero nunca tenemos problemas" 5. "Todos tenemos un trato cordial" 6. "Yo creo que ellos también me aprecian a mí y les gusta pasar tiempo juntos" 7. "Conmigo siempre se portan bien" 8. "También bien, todos estamos aquí para lo mismo"	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

## 8. Discusión



Mediante el estudio sociodemográfico realizado, y basándose en sus variables, se ha realizado una descripción completa de la muestra, que ayuda a conocer los perfiles de los usuarios en el momento en el que se realizaron las intervenciones:

#### Género, edad y estado civil

Con respecto a la muestra de esta intervención, está compuesta por 5 hombres y 3 mujeres. Las edades de los 8 usuarios están comprendidas entre 29 y 63 años, siendo 48,75 años la media de edad. En la actualidad, todos los usuarios a excepción de uno se encuentran solteros, aunque la mayoría ha tenido alguna relación estable a lo largo de su vida.

#### Área familiar

Todos ellos mantienen una buena relación con su familia. Además, se tratan de relaciones continuadas, basadas en el afecto y en los sentimientos. La única excepción la presenta un usuario, que mantiene una relación simplemente cordial con su familia. En su mayoría, consideran a su familia como una parte fundamental de su vida y un apoyo incondicional, en concreto, todos los que viven con familiares son los que les facilitan las acciones de la vida diaria.

#### Red Social

Se trata del principal factor a investigar durante esta investigación, como ya se ha detallado. La información perteneciente a este apartado se conseguirá mediante los cuestionarios y la entrevista citados anteriormente.

#### Formación y situación laboral

Son seis los usuarios que cursaron estudios oficiales. La mayoría posee una Formación Profesional, y algunos de ellos han continuado estudiando cursos hasta la actualidad. Por otro lado, los otros dos usuarios no se han formado de manera oficial, aunque poseen algunos conocimientos sobre áreas de su interés.

También son seis los usuarios han trabajado de manera activa durante algunos años pasados. Tres de ellos, han desempeñado diferentes labores en distintas empresas, los otros dos poseen poca experiencia laboral. En la mayoría de los casos no han sido capaces de gestionar la presión que generaba estos puestos de trabajo. Un usuario ha desempeñado trabajos para los que no se le ha solicitado una formación y dos usuarios no han trabajado nunca, a pesar de que uno de ellos se ha formado para ello.

En la actualidad, ninguno de ellos se encuentra en situación laboral activa, ni se valora dirigir su camino rehabilitador hacia esa dirección.

#### Vivienda

Se pueden establecer tres bloques diferenciados con respecto a la clasificación de como viven los 8 usuarios:

*Viven solos de manera independiente:* dos usuarios, aunque en ambos casos presentan ayuda domiciliaria para realizar las tareas domésticas y ayudar a mantener el orden, además de una supervisión personal y domiciliaria del Centro de Día.

*Viven con algún familiar:* la mayoría, siendo cuatro de los usuarios. En la mayoría de los casos no realizan tareas domésticas, únicamente se encargan de mantener en orden su habitación y realizar alguna tarea sencilla de manera puntual.

*Viven en pisos tutelados:* tan solo un usuario, perteneciente a un programa de pisos. Convive con dos compañeros del mismo recurso desde hace años. Reciben supervisión constante del Centro de Día y poseen un servicio de ayuda domiciliaria semanal.

Además, es importante destacar que los usuarios que viven de manera independiente o en un piso tutelado, realizan las comidas y cenas en un servicio de comedor externo, por lo que no es necesario que cocinen en casa, salvo el fin de semana.

En conclusión, se podría decir, que la mayoría de pacientes no están preparados para vivir de manera independiente, aunque algunos se han visto obligado a hacerlo y a otros les gustaría.

### Diagnóstico

Todos ellos poseen un diagnóstico de esquizofrenia, en su mayoría de tipo paranoide. Por el contrario, no se ha llegado a especificar el tipo de esquizofrenia de otros, pero sí se han identificado rasgos esquizoides pertenecientes a diversos tipos. Además, en algunos de sus diagnósticos podemos encontrar junto a la esquizofrenia otras enfermedades como pueden ser: trastorno bipolar, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno psicótico breve. Esta información pertenece a la historia clínica realizada por su psiquiatra asignado/de referencia.

### Tratamiento

Es de gran importancia conocer y tener en cuenta el tratamiento asignado a cada paciente en la actualidad. No obstante, no se considera necesario especificar de manera personal cuales son sus tratamientos farmacológicos, a no ser que alguno de los usuarios sufra alguna variación en su tratamiento que pueda alterar su conducta y, por tanto, repercutir en la evolución y resultados de este proyecto. Por otro lado, el tratamiento psicoterapéutico de estos pacientes es llevado a cabo por los profesionales del Centro de Día Romareda.

Además del estudio anterior, también se ha realizado la encuesta de la escala Gijón con el objetivo de contextualizar el entorno social de la muestra en la actualidad.

Como reflejaba la Tabla 8, los resultados de este cuestionario no han variado tras las intervenciones realizadas dentro del Club Social. De esta manera, los resultados obtenidos han sido: 2 usuarios con aceptable situación social, 5 usuarios en riesgo social y 1 usuario en situación de problema social.

Esto significa que la situación del entorno social de los usuarios no ha variado en el tiempo en el que se han realizado las intervenciones. Los aspectos que se han analizado mediante este cuestionario se basan en cinco pilares de las vidas de los usuarios: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social.

Con respecto a los resultados obtenidos, algunos aspectos que no han sido contemplados, pero se consideran relevantes son:

- En algunos casos existe una situación económica personal mala, que es compensada con una buena situación económica familiar. Este dato hace que el individuo teóricamente tenga mayor riesgo social, aunque no se ajuste del todo a su realidad.
- Desde el Centro de Día se realiza un seguimiento de las viviendas de los usuarios. En la mayoría de los casos si no contasen con servicios de limpieza externos existiría una falta de higiene y un desorden generalizado en las viviendas.

- La mayoría de los usuarios llevan diversos años en este recurso, por lo que se presupone que sus redes sociales han aumentado progresivamente hasta llegar hasta el momento en el que nos encontramos.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los tres aspectos anteriores, no se considera que ningún usuario se encuentre en una situación de problema social grave, y sí en riesgo social. Este riesgo social no es posible reducirlo con este tipo de intervenciones llevadas a cabo, ya que la medición depende de pilares de la vida del paciente, como la familia o la económica, donde no se ha intervenido. Aun así, estos resultados sirven para comprobar que la situación del entorno social del paciente no se ha modificado, pudiendo influir en los resultados del presente estudio.

Con respecto al ***“Questionario sulla rete sociale”***, la puntuación máxima son 60 puntos, por lo que como se ha reflejado en la tabla 8, en la pre-intervención 5 usuarios habían obtenido más de la mitad, y tres se encontraban por debajo. En cambio, con los resultados obtenidos post-intervención tan solo hay 1 usuario que se encuentra por debajo del 50% de respuestas sociales.

Se puede observar que 5 usuarios han aumentado su porcentaje de respuestas sociales, mientras que 3 de ellos han obtenido un menor porcentaje. En la mayoría de los casos, tanto los aumentos como las disminuciones no han producido relevantes cambios en los porcentajes. Llama la atención que los pacientes que mayor aumento han sufrido eran dos de los que poseían menor puntuación en la pre-intervención. A pesar de encontrar tres disminuciones de porcentaje en el post-intervención, estos se mantienen superiores al 50% de respuestas sociales.

Se ha observado concretamente en las preguntas 12 y 13, “¿Cuántos amigos de confianza tienes?” y “¿A cuántos familiares consideras como amigos de confianza?”, un descenso radical en el número de respuestas. Esto tal vez se deba a que los usuarios se vuelven más exigentes con respecto a lo que consideran “amigos de confianza”, y por lo tanto consideran a un menor número de personas como amigos de confianza.

De esta manera, con los resultados obtenidos mediante este cuestionario se cumple la primera hipótesis planteada en este estudio: “Trabajar las habilidades sociales de personas diagnosticadas de esquizofrenia provocará una mejoría en sus relaciones sociales con terceros”, ya que el número de usuarios que se encuentran por encima del 50% de respuestas sociales ha aumentado hasta casi conseguir el total de usuarios.

En cuanto a la ***entrevista estructurada cerrada***, tal y como se observa en la Tabla 9, con respecto a las preguntas cerradas, en el punto de partida pre-intervención el 100% de usuarios se encontraba por encima de la mitad de respuestas sociales. Aun así, se han obtenido seis aumentos de porcentaje en la post-intervención. Se vuelve a repetir el patrón observado anteriormente: los porcentajes más altos suelen producir pequeñas disminuciones, mientras que los porcentajes más bajos suelen obtener los mayores porcentajes de aumento.

Tras este análisis de resultados se ha comprobado que los usuarios consideran en mayor grado que: en las tareas realizadas en el Club Social predomina la cooperación y el trabajo en equipo, además, afirman que se sienten más integrados en el grupo y que se encuentran más a gusto con sus compañeros. Por otro lado, tras realizar las intervenciones se han producido leves aumentos en aspectos como: mantener una buena relación con más de la mitad de participantes, disfrutar pasando tiempo con el grupo, no resulta complicado dialogar con algunos compañeros y consigo mejorar mis habilidades sociales con el grupo. El aspecto que hace referencia al Club Social como un recurso social para no pasar tiempo en casa se ha mantenido igual.

En cuanto a la ***entrevista estructurada abierta***, como se ha mostrado en la Tabla 11, todos los usuarios han respondido a las dos preguntas formuladas, antes y después de las intervenciones. Con respecto al análisis de la primera pregunta: “¿Cómo son tus relaciones con tus compañeros de grupo?”, en la pre-intervención se observa que algunos usuarios clasifican como cordiales sus relaciones con los otros miembros del Club Social. La mayoría las describe como buenas, pero no profundiza en su clasificación. Dos usuarios han nombrado en concreto a otros, por su mala o buena relación. En cuanto al análisis de la post intervención, se percibe un mejor ambiente grupal, ya que, aunque no se nombra a ninguna persona en concreto para bien, tampoco se hace para mal.

En cuanto al análisis de la segunda pregunta: “¿Cómo es la actitud de tus compañeros en el grupo?”, existe mayor disparidad en las respuestas pre-intervención, ya que hay buenas, neutras y negativas. No obstante, la mayoría está de acuerdo en que es importante establecer un entorno mínimamente cordial, como hasta el momento lo han intentado hacer. En cuanto a las respuestas post-intervención, se puede observar que la mayoría valoran los aspectos positivos que obtienen del Club Social y ninguno nombra ningún dato negativo, sobre la actitud de sus compañeros.

A partir de los resultados obtenidos de las entrevistas estructuradas se pueden observar algunas variaciones entre las respuestas pre y post intervención, como pueden ser: no resaltar conductas o aspectos negativos de otros compañeros, o no calificar a determinados compañeros, sino hablar del grupo como una unidad. Es por ello que se puede presuponer la segunda hipótesis planteada como verdadera: “Las personas con esquizofrenia, pertenecientes a un mismo recurso, serán capaces de establecer lazos relacionales mediante el trabajo conjunto de sus habilidades sociales”, ya que aunque no se han establecido lazos relacionales sólidos ni consolidados, posiblemente debido a la brevedad de las intervenciones, se ha observado como se han comenzado a establecer puentes hacia nuevos lazos relacionales que antes no existían.

## 9. Conclusiones



## Eficacia de un programa para incrementar el grado de socialización entre pacientes con esquizofrenia

1. El estigma ante las personas diagnosticadas de algún trastorno mental agudo, como es la esquizofrenia, sigue presente en la sociedad.
2. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia poseen mayor dificultad para establecer lazos relacionales con terceros, pero son capaces de hacerlo.
3. Trabajar el uso personal de las habilidades sociales y el análisis en terceros debe de ser un pilar fundamental en el tratamiento de las personas con trastorno mental agudo.
4. Diseñar un P.I.R (Plan Individualizado de Rehabilitación) resulta fundamental para un tratamiento efectivo, que además debe de ser supervisado de manera periódica.
5. La integración de las personas con enfermedad mental en un grupo de iguales puede ser un buen método para mejorar sus habilidades sociales y establecer en un futuro correctas relaciones sociales.
6. Es importante que las personas con enfermedad mental ocupen su tiempo libre en comunidad, evitando el aislamiento que resulta perjudicial para su salud mental.
7. Establecer lazos relacionales sólidos entre personas con trastorno mental agudo se trata de una tarea que requiere meses de constante dedicación.
8. La cooperación, el trabajo en equipo o la empatía son algunos de los aspectos que propician los lazos relacionales.
9. El miedo y la desconfianza son barreras, que generalmente están muy presentes en las personas con esquizofrenia, para llevar a cabo relaciones sociales
10. La mejora de la calidad de vida, la autonomía y la integración social deberían de ser los objetivos principales de cualquier tratamiento de una persona con esquizofrenia.



## 10. Referencias bibliográficas

- Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos de Tomás(4)*, 151-172.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barrera, Á. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3), 215-221.
- Bernardo, M., Torales, J., & Barrios, I. (2004). *¿Qué sabemos de la esquizofrenia? Guía para pacientes y familiares*. Barcelona: Ars Médica.
- Bleuler, E. (1908). Die Prognose der Dementia praecox (Schizophre- niegruppe). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medizin(65)*, 436–464.
- de Sanitat, C. (2004). *Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria*. Valencia: Generalitat Valenciana .
- Departamento de Salud y Consumo. (s.f.). *Cartera de Servicios Sanitarios de Atención a la Salud Mental del Sistema Sanitario de Aragón*. Zaragoza, Aragón: Gobierno de Aragón.
- Frith, C. D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Ariel.
- García-Cubillana, P., Luna, J., Laviana, M., Fernández, L., Perdiguero, D., & López, M. (Enero/Marzo de 2006). Adaptación y fiabilidad del cuestionario de red social, versión española del «Questionario sulla rete sociale», aplicado a personas con trastorno mental severo. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, XXVII(97), 135-150.
- Gisbert, C. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuaderno Técnico nº 6*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González, M. (2004). *La esquizofrenia: Diario de un viaje*. DESCLEE DE BROUWER.
- Gómez, M. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jiménez, R., Vazquez, A. J., & Vazquez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-72.
- Kraepelin, E. (1883-1915). *Tratado de Psiquiatría (Lehrbuch der Psychiatrie)*. Leipzig: Abel Meixner.
- Mah, L., Arnold, M., & Grafman, J. (2004). Impairment of social perception associated with lesions of the prefrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 1247-1255.
- Martín, E., & Navarro, I. (abril de 2012). La esquizofrenia. *Uciencia: revista de divulgación científica de la Universidad de Málaga(9)*, 44-47.

Eficacia de un programa para incrementar el grado de socialización entre pacientes con esquizofrenia

- Martínez, J., Cuesta, M., & Peralta, V. (1997). Etiología de la esquizofrenia: interacción genes-ambiente. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 20(2), 183-189.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 82-107.
- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (4 de Octubre de 2019). *Esquizofrenia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ortuño, F. (2008). *Esquizofrenia*. Ciencias Salud.
- Penn, D., Corrigan, P., Bentall, R., Racenstein, J., & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*(121), 114-132.
- Penn, D., Ritchie, M., Combs, D., Francis, J., & Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*(109), 149-159.
- Poll Borràs, M. (2006). La inclusión social a través del ocio: El club social. *Informaciones Psiquiátricas*. *Informaciones Psiquiátricas*(183), 48-55.
- Rebolledo, S., & Lobato, M. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia : guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Aula Médica.
- Rojas, R. (1995). Habilidades sociales: psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista De Psicología*, 13(1), 63-95.
- Ruiz-Ruiz, J. C., García-Ferrer, S., & Fuentes-Dura, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 137-155.
- Santolaya, F. (2016). Aportaciones del entrenamiento en habilidades sociales al tratamiento de la Esquizofrenia. *Informació Psicològica*(79), 14-21.
- Seva, A. (1996). *La esquizofrenia. Los pacientes esquizofrénicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Zaragoza: CAI .Colección:Convivir con los enfermos psiquiátricos,nº 1.
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J., Carrasco, J., & Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-342.

Mario Samper Pardo

Trullenque, E. (2010). El Trabajador Social en Salud Mental. *Cuadernos de trabajo social*(23), 333-352.

# 11. Anexos

## ANEXO 1. ESCALA GIJÓN DE VALORACIÓN SOCIAL

Se recogen ítems mediante entrevista, con preguntas abiertas, no formalizadas, a criterio del entrevistador que encasilla al paciente en alguna de las categorías de cada uno de los ítems. Puede pasarse al cuidador. Luego se suman los resultados parciales de cada ítem obteniéndose una puntuación global para el conjunto de la escala.

- Situación familiar
  1. Vive con la familia, sin dependencia físico/psíquica.
  2. Vive con cónyuge de similar edad.
  3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.
  4. Vive solo y tiene hijos próximos.
  5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.
- Situación económica:
  1. Mayor de 1.5 veces el salario mínimo.
  2. Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo.
  3. Desde salario mínimo hasta pensión mínima contributiva
  4. LISMI-FAS-Pensión mínima contributiva
  5. Sin ingresos, o inferiores al anterior (“4”).
- Vivienda:
  1. Adecuada a necesidades.
  2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, baños, puertas estrechas...)
  3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)
  4. Ausencia de ascensor, teléfono.
  5. Vivienda inadecuada (chabola, declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos...)
- Relaciones sociales:
  1. Relaciones sociales con familia y vecinos adecuadas.
  2. Relaciones sociales sólo con familia y vecinos.
  3. Relaciones sociales sólo con familia y vecinos.
  4. No sale del domicilio, pero recibe visitas.
  5. No sale y no recibe visitas.
- Apoyo de la red social:
  1. Con apoyo familiar o vecinal.
  2. Voluntariado socia, SAD.
  3. No tiene apoyo.
  4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica.
  5. Tiene cuidados permanentes

## **ANEXO 2: "QUESTIONARIO SULLA RETE SOCIALE":**

1) ¿En los últimos dos meses, has llamado o te has visto con amigos o familiares que no viven contigo?

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. Todos los días

2) ¿En los últimos dos meses, amigos y familiares que no viven contigo han llamado o han venido a verte?

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. Todos los días

3) ¿En los últimos dos meses, amigos y familiares que no viven contigo te han hablado sobre sus propios problemas?

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. Todos los días

4) ¿En los dos últimos meses, cuando te has sentido nervioso o preocupado, has tenido a alguien que te ha tranquilizado?

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. La mayor parte de las veces

5) ¿En los dos últimos dos meses, cuando te ha ocurrido algo bueno, has tenido alguien con quien comentarlo?

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. La mayor parte de las veces

6) ¿En los dos últimos meses, si hubieras estado enfermo, habrías tenido a alguien que te cuidara?

1. No
2. Posiblemente
3. Muy probablemente
4. Seguro

7) ¿En los dos últimos meses, cuando has necesitado ayuda en las tareas o reparaciones domésticas, has encontrado fácilmente a alguien que te echara una mano?

1. Nunca

2. A veces
3. Frecuentemente
4. La mayor parte de las veces

8) ¿En los dos últimos meses, has encontrado fácilmente a alguien que te ha hecho los recados cuando no has podido hacerlos?

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. La mayor parte de las veces

9) ¿En los últimos dos meses, has tenido a un amigo o familiar de confianza para hablarle de tus propios problemas?

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. La mayor parte de las veces

10) ¿Actualmente tienes novia/o o estás saliendo con alguna persona de manera regular?

1. No. 4. Sí

Si la respuesta a la pregunta anterior es «Sí»:

11) ¿Vives en la actualidad con tu pareja?

1. No. 4. Sí

12) ¿Cuántos amigos de confianza tienes? (responder a continuación a la pregunta 17)

1. Ninguno
2. 1
3. 2 ó 3
4. 4 ó más

13) ¿A cuántos familiares consideras como amigos de confianza?

1. Ninguno
2. 1
3. 2 ó 3
4. 4 ó más

14) ¿En los dos últimos meses, te has sentido parte de un grupo (asociación cultural, religiosa, recreativa o grupo de familiares, entre otros), y ello ha sido importante en tu vida?

1. No 4. Sí

15) Comparando con hace un año, tus relaciones sociales se han...

1. Empeorado
2. Mantenido igual
3. Mejorado

4. Mejorado mucho

16) En el caso de que la mayoría de las respuestas hayan sido «No hay respuesta» o «Respuesta no clasificable» (más del 50 %), sería por:

1. No quiere responder
2. Lenguaje incoherente
3. Desconocimiento del castellano
4. Mutismo
5. Otras razones (especificar)

17) De las personas que consideras «amigos de confianza», ¿cuáles de ellas pertenecen al programa residencial (incluyendo usuarios y profesionales)?

1. Ninguna
2. Una minoría
3. La mitad
4. La mayoría
5. Todas

### ANEXO 3. ENTREVISTA CLUB SOCIAL

Este cuestionario está formado por dos bloques de preguntas: el primero, formado por ocho preguntas de respuesta múltiple cerrada y, el segundo, formado por dos preguntas de respuesta abierta.

Bloque 1:

A continuación, se formulan una serie de afirmaciones en las que se solicita seleccionar la opción que determine el grado de frecuencia que refleje en mayor medida la realidad personal.

1. Me encuentro a gusto con mis compañeros.

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente

2. Mantengo buena relación con más de la mitad de los miembros del grupo.

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente

3. Me siento integrado en el grupo.

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente

4. Me gusta pasar tiempo con mis compañeros de grupo.

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente

5. No me resulta complicado dialogar con algunos de mis compañeros de grupo.

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente

6. Consigo mejorar mis habilidades personales con las actividades que realizo dentro del Club Social.
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frecuentemente
  - Muy frecuentemente
7. El Club Social me sirve como un recurso para no pasar tiempo en casa, posiblemente, en soledad.
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frecuentemente
  - Muy frecuentemente
8. En las tareas del Club Social suele predominar la cooperación y el trabajo en equipo.
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frecuentemente
  - Muy frecuentemente

Bloque 2:

1. ¿Cómo son tus relaciones con tus compañeros de grupo?
  
2. ¿Cómo es la actitud de tus compañeros en el grupo

