

TRABAJO FIN DE MÁSTER

*Del Máster Universitario en Investigación en
Ciencias SocioSanitarias*

Curso Académico 2014-2015

**Cognición social y funcionamiento
social en pacientes con esquizofrenia.**
*Social cognition and social functioning in
patients with schizophrenia.*

Realizado por: Estela Castellanos Fernández.
Dirigido por: Agustín Rodríguez Esteban y
Delio del Rincón Igea.

En León, a 7 de Junio de 2015

VºBº DIRECTOR/AVºBº AUTOR/A

Índice.

1. Marco teórico.....	4
1.1. La esquizofrenia.....	4
1.2. Cognición social.....	6
1.3 El funcionamiento social.....	12
1.4 Prevalencia actual de la enfermedad y consecuencias: Estigma social.....	13
2. Metodología.....	15
3. Resultados.....	17
4. Discusión y conclusiones.....	23
5. Referencias bibliográficas.....	25
6. <i>Anexos</i>	31
Anexo 1: Consentimiento informado.....	31
Anexo 2: GEOPTE Scale of social cognition for psychosis.....	32
Anexo 3: Escala reducida de Funcionamiento social (SFS).....	33
Anexo 4: Análisis de fiabilidad (Alfa de Cronbach).....	35
Anexo 5: Evaluación 360º. Análisis por pares.....	38

Resumen

Introducción: El estudio sobre la cognición social en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ha aumentado durante las últimas décadas. Las investigaciones realizadas en los últimos años señalan la existencia de una relación entre los déficits cognitivos y el funcionamiento social. **Objetivo:** Conocer el estado de cognición social y funcionamiento social de la muestra y la relación entre ambos, centrándonos en las variables de reconocimiento facial, situación laboral y nivel de estudios. **Método:** Se trata de un estudio Ex – Post facto comparativo causal, en el cual utilizamos la escala GEOPTE y la escala de Funcionamiento Social como instrumentos de recogida de datos, el análisis estadístico de los datos ha sido realizado con el programa SPSS v19. **Resultados y conclusiones:** Las puntuaciones obtenidas en las escalas muestran un elevado déficit cognitivo y dificultades en el funcionamiento social de la muestra, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la cognición social y el funcionamiento social en función de la variable situación laboral, también hemos encontrado una correlación entre el funcionamiento social y el reconocimiento facial.

Summary.

Introduction: The study of social cognition in schizophrenic patients has increased in recent decades. Research conducted in recent years indicate the existence of a relationship between cognitive deficits and social functioning. **Objectives:** To know the state of social cognition and social functioning of the sample and the relationship between them, focusing on the variables of facial recognition, employment status and educational level. **Method:** This is a study Ex - Post causal comparative facto, in which we use the GEOPTE scale and scale Social Functioning as instruments for data collection, statistical analysis of the data was performed using SPSS v19 program. **Results and conclusions:** The scores on scales show high cognitive deficits and difficulties in social functioning sample, we found statistically significant differences between social cognition and social functioning in terms of the variable employment status, we also found a correlation between social functioning and facial recognition.

1. Marco teórico.

1.1. La esquizofrenia.

Comenzaremos definiendo la esquizofrenia como un trastorno psicótico grave. El DSM-IV (APA, 1994) establece los criterios para su diagnóstico, los cuales proporcionan una cobertura más compleja de su sintomatología. Los síntomas característicos que extraemos del DSM-IV son: delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamientos desorganizados y síntomas negativos, es decir el afecto plano. Las alteraciones en el funcionamiento sociolaboral también están presentes desde el inicio del trastorno y los signos continuos persisten como mínimo durante 6 meses, incluyendo al menos durante 1 mes los síntomas característicos anteriormente señalados.

En la actualidad contamos con la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), se trata de una nueva herramienta diagnóstica, aunque su uso no está totalmente establecido. En esta nueva edición, la categoría diagnóstica que recoge la esquizofrenia se titula “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos” y también introduce algunos cambios importantes en el diagnóstico de este trastorno. Uno de estos cambios realizados es la delimitación de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo cuyo diagnóstico debe realizarse de manera longitudinal y no transversal como indicaba el manual anterior, así como la reconceptualización de la catatonia (Rus y Leomos, 2014).

Otros autores como Martín y Navarro (2012) señalan que los pacientes con esquizofrenia padecen un trastorno mental crónico, severo e incapacitante y pueden mostrar una grave distorsión del pensamiento, la percepción y las emociones, así como un fuerte déficit cognitivo. Esta enfermedad mental se aborda por medio de una terapia integral que combina un tratamiento farmacológico y psicosocial, participando en ella activamente diferentes profesionales sanitarios, el propio paciente y sus familiares.

En relación a los síntomas que permiten diagnosticar esta enfermedad, el National Institute of Mental Health of EE.UU (2011), ha establecido una clasificación en tres categorías principales: síntomas positivos, negativos y cognitivos. Los síntomas positivos son aquellos que tienen que ver con los comportamientos psicóticos y con la pérdida del contacto con la realidad, los síntomas negativos están más asociados con la perturbación de los comportamientos normales y las emociones, son más difíciles de reconocer que los positivos. Por último los síntomas cognitivos

dificultan el desarrollo de una vida normal, así como la búsqueda de empleo y también son difíciles de reconocer. Dentro de los positivos encontramos las alucinaciones, las ideas delirantes, comportamientos extravagantes y trastornos del pensamiento y del movimiento, en cambio los síntomas negativos asociados a la esquizofrenia tienen que ver con la pobreza afectiva, la insociabilidad, la abulia y la apatía. Los síntomas cognitivos están más relacionados con el funcionamiento ejecutivo, la atención, la memoria y los problemas en las relaciones interpersonales.

Tabla 1. *NIMH*.

Síntomas de la Esquizofrenia.	Síntomas positivos	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones. • Delirios. • Trastornos del pensamiento. • Trastornos del movimiento.
	Síntomas negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de habilidades para mantener e iniciar actividades. • Falta de comunicación. • Insatisfacción en la vida diaria. • “Aplanamiento afectivo”, la persona habla de forma monótona y no tiene expresión en el rostro. • Necesitan la ayuda diaria de otras personas para realizar las tareas diarias.
	Síntomas cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento ejecutivo deficiente (comprensión de la información). • Deterioro de las relaciones interpersonales. • Dificultades a la hora de mantener la atención. • Problemas con la memoria de trabajo.

(Elaboración propia)

Con el paso del tiempo se han producido variaciones a la hora de establecer diagnósticos, un claro ejemplo tiene que ver con la relación entre trastornos mentales y el consumo de drogas. Hablamos así de patología dual cuando en un mismo individuo aparece el consumo de sustancias y un trastorno mental. Cuando el diagnóstico mental es esquizofrenia, los psiquiatras hablan de patología dual grave (Luque y Rodríguez, 2013).

Debido a las consecuencias negativas y a la prevalencia del problema es necesario el desarrollo de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas. Un estudio piloto publicado por Szerman y sus compañeros (2011) señala que el consumo o la dependencia de sustancias más frecuentes en personas diagnosticadas con una patología dual son: alcohol, cocaína y heroína por ese orden.

Existe una gran dificultad diagnóstica de los trastornos esquizofrénicos en sujetos que abusan de las drogas, esta dificultad se debe al hecho de que determinadas conductas propias de sujetos con esquizofrenia, son también muy frecuentes en personas que consumen drogas. Los síntomas que crean una mayor alarma en los médicos y en las familias son los actos violentos y los síntomas psicóticos, ambos síntomas se pueden presentar en sujetos con esquizofrenia o en sujetos dependientes de alguna sustancia (Rubio, 2012).

La guía publicada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) en 2014 referente a la realidad de las personas con enfermedad mental y drogodependencia atendidas en sus instalaciones, señala que 1755 de las personas que han atendido están diagnosticados de una patología dual, siendo el 79 % hombres y el 21% mujeres. También señalan que el trastorno más frecuente es la esquizofrenia, concretamente más de la mitad de las personas atendidas están diagnosticadas de esquizofrenia.

Esta guía también propone una serie de indicadores para detectar la patología dual tales con determinados déficits cognitivos como: conductas poco coherentes, respuestas inadecuadas a las exigencias de la vida diaria, cambios repentinos del comportamiento, descuido de la higiene personal, somnolencia y el abandono de las actividades de ocio y tiempo libre.

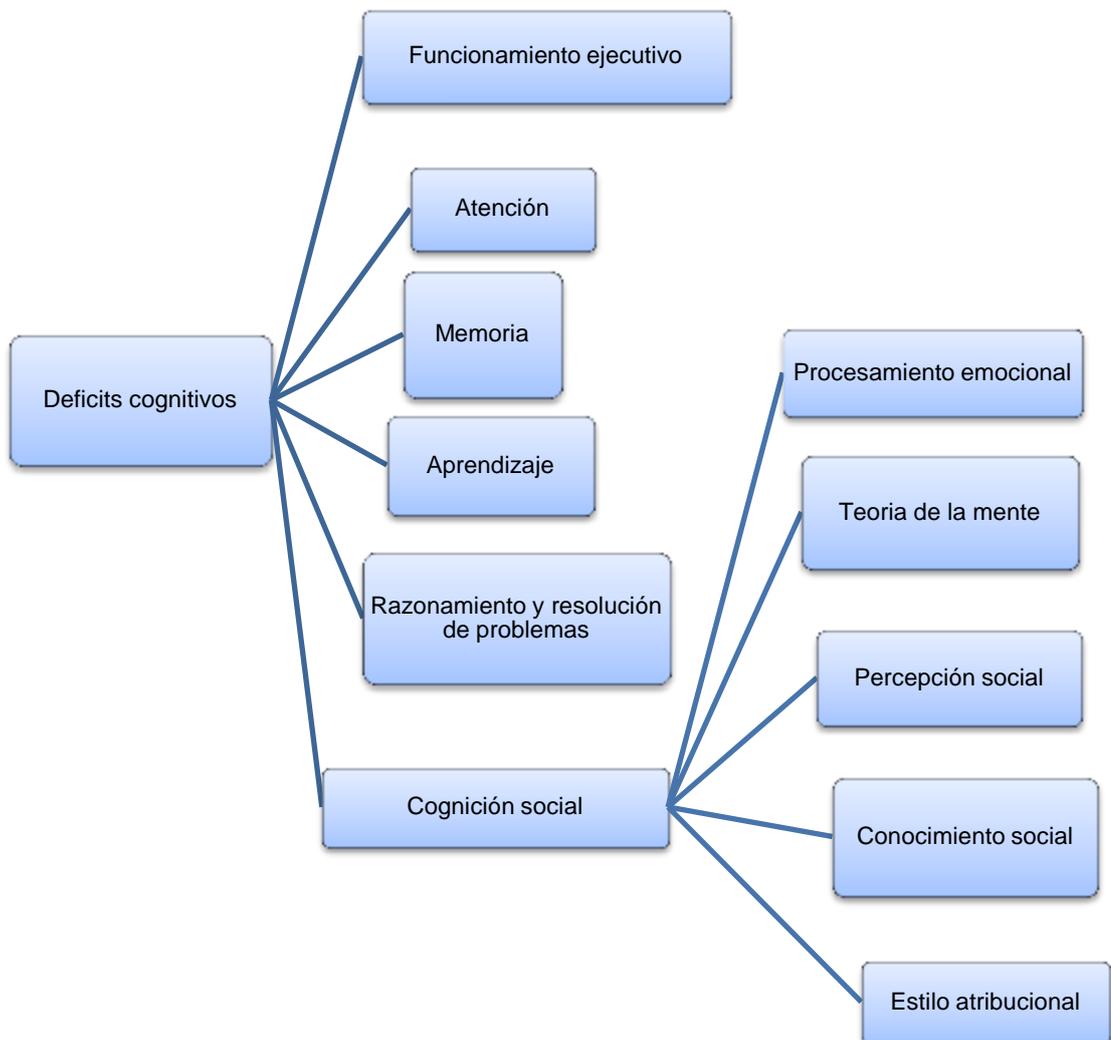
Por todo ello, hoy en día la patología dual es una realidad clínica, que debe ser tenida en cuenta por los profesionales de este ámbito; puesto que ha quedado demostrado que el consumo de sustancias está fuertemente relacionado con los trastornos mentales graves (Casares et al, 2010).

1.2. Cognición social.

Como hemos señalado anteriormente la esquizofrenia está asociada a perturbaciones emocionales, sociales, conductuales y cognitivas (Galaverna et al, 2011).

En las últimas décadas se ha prestado una gran atención a los déficits cognitivos; inicialmente la mayoría de los estudios neuropsiquiátricos se centraron en los procesos cognitivos no sociales: funcionamiento ejecutivo, atención y memoria. Sin embargo, desde mediados de los 90 la investigación comenzó a prestar una mayor atención a la cognición social, formada por: el procesamiento emocional, la teoría de la mente, la percepción, el conocimiento social y el estilo atribucional (Brüne, 2005).

Gráfico 1. *Déficits cognitivos en la esquizofrenia* (Elaboración propia)



Otros autores como San Juan et al., (2003) señalan que una vez reconocida la importancia de la cognición social, las investigaciones en este campo han ido aumentando con el paso del tiempo. Podemos decir que dentro del deterioro cognitivo se ha producido un desplazamiento del interés desde las funciones cognitivas básicas a las repercusiones que dichas alteraciones pudieran tener en el funcionamiento social del paciente, cobrando mayor importancia el concepto de la cognición social dentro de la esquizofrenia.

Fue el Proyecto MATRICS (Investigación en la mediación y tratamiento para mejorar la cognición en la esquizofrenia) del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), el que identificó en 2003 siete ámbitos cognitivos en los que los pacientes con esquizofrenia presenta déficits: velocidad de procesamiento, atención, memoria de trabajo, aprendizaje, razonamiento y solución de problemas y cognición social (Ruiz, García y Fuentes, 2006).

Centrándonos en la cognición social, en la literatura existen muchas definiciones sobre la misma, así en marzo del 2006 los miembros de la iniciativa NIMH-Matrices llegaron a un consenso y la definieron como *“un conjunto de operaciones mentales que subyacen las interacciones sociales, y que incluyen la percepción, interpretación y generación de respuestas a las intenciones, disposiciones y comportamientos de otros”* (citado por Green y Leitman, 2008, p. 671).

Esta definición destaca la relación con otros sin contemplar el sí mismo, lo cual para otros autores como: Penn, Corrigan, Bental, Racenstein y Newman (1997) es algo impensable, puesto que para ellos *el self* es entendido como un componente muy importante dentro de la cognición social. Estos autores definen la cognición social como *“el conjunto de procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones”* (p.116). Estudios más actuales como el de Beer y Ochsner (2006) apoyan esta idea, definiendo la cognición social como: *“the perception of others, the perception of self, and interpersonal knowledge”* (p.99)¹.

En este contexto una de las aportaciones más significativas del Proyecto MATRICS fue el establecimiento de una relación entre la cognición social y el funcionamiento social, demostrando que la cognición social actúa como una variable que media el funcionamiento social (Couture et al., 2006 citado por Gutiérrez 2013, p.105).

En términos generales investigaciones recientes sobre la evaluación de la cognición social en pacientes con esquizofrenia, muestran que dichos pacientes puntúan significativamente peor en todos los dominios de la cognición social en comparación con los controles y en el dominio del estilo atribucional en comparación con los familiares de dichos pacientes (Rodríguez et al, 2013). Gutiérrez (2012) señala en su investigación que los pacientes con esquizofrenia tienen escasas redes sociales y que generalmente están constituidas por sus cuidadores y familiares cercanos, manteniendo un escaso contacto con la comunidad. A partir de los resultados obtenidos en ese estudio, los autores llegan a una serie de conclusiones tales como que los pacientes con esquizofrenia presentan una pobre integración social y actividad funcional a pesar de tener capacidades para desenvolverse dentro del ambiente familiar. También señalan que la percepción de falta de apoyo social y la sensación de aislamiento disminuyen su calidad de vida. Estos datos evidencian la necesidad de

¹ “La percepción de los demás, la percepción de uno mismo, y el conocimiento interpersonal”. Por motivos de rigor se respeta el original en el texto

tener en cuenta las cuestiones relacionadas con la integración social de los pacientes con esquizofrenia.

A continuación presentamos una breve descripción de cada una de las áreas de la cognición social, según el estudio presentado por Penn et al (2005).

Procesamiento emocional: Se trata de una de las áreas que con el paso del tiempo más se ha nutrido del conocimiento empírico de la cognición social, fundamentalmente de estudios sobre la percepción del afecto facial. Los déficits en el desarrollo de las actividades propias del proceso emocional, en personas con esquizofrenia, se presentan tanto en la discriminación como en la identificación de emociones al compararlos con grupos de control de personas que no presentan un diagnóstico psiquiátrico (Schneider et al., 2006). La incapacidad de reconocer emociones y el déficit de atención según los estudios publicados por Schneider, Gur, Gur y Shtasel (1995) son procesos muy importantes que afectan a la adaptación de las personas al medio social, el reconocimiento de las emociones faciales permite comprender las reacciones y las intenciones de otras personas con la finalidad de actuar en consecuencia (citado por Ramos, Cerdán, Guevara y Amezcua en 2001, p.1027). Estudios más recientes como el de Goghari y Sponheim (2013) señalan *“Schizophrenia patients were found to have reduced accuracy in discriminating anger expressions compared to controls”* (p.395)², estos autores compararon la capacidad de reconocimiento facial de pacientes con esquizofrenia y de pacientes con un trastorno bipolar, sus resultados indican que son los pacientes con esquizofrenia los que tienen mayores dificultades a la hora de reconocer emociones faciales especialmente la ira y el enfado.

Podemos decir entonces que el procesamiento emocional hace referencia a aquellos aspectos que relacionamos con la utilización y percepción de emociones. Autores como Adolphs (2002) opinan que el reconocimiento de las emociones faciales se obtiene a través de tres estrategias:

- La *percepción*, la cual depende de la activación de la corteza visual, posibilitando la vinculación de un estímulo con la categoría del rostro y a la vez detectar las características básicas de dicho rostro (edad, género).

² “Se encontró que los pacientes con esquizofrenia tienen una exactitud reducida a la hora de identificar las expresiones de ira en comparación con los sujetos controles” Por motivos de rigor se respeta el original en el texto

- El *propio reconocimiento*, conlleva el análisis de los faciales que dejan ver las emociones de forma más clara; como por ejemplo los ojos y la boca. El autor señala que es importante saber que la información que obtenemos a través de la observación del rostro, se completa con datos que provienen de nuestra memoria (experiencias pasadas).
- El *cerebro* es el que logra identificar las emociones faciales, activando las zonas de la corteza motora y provocando una representación interna de todo lo observado, generando un estado emocional que considera que se corresponde con lo observado.

Cavieres y Valdebenito (2007) realizaron un estudio que demostró la existencia de un déficit del reconocimiento de emociones faciales en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Estos autores, señalan que las personas con esquizofrenia tienen mayor dificultad para identificar las emociones negativas, especialmente el miedo y la ira, interpretando de forma errónea las expresiones neutrales de los rostros.

Teoría de la mente (TOM): El termino Teoría de la mente fue propuesto por Premack y Woodruff (1978), como un componente de la cognición social. Estos autores definen la TOM como una habilidad que permite comprender el comportamiento de los otros, predecir e interpretar acciones propias y ajenas.

Este componente hace referencia a la capacidad de las personas para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros, como por ejemplo, las creencias o las intenciones. En el caso de pacientes con esquizofrenia se observa que equivalen sus representaciones con la realidad, en lugar de tomarlas como representaciones subjetivas de la realidad, por lo tanto pueden tener dificultades en la distinción entre la subjetividad y la objetividad, manteniendo las falsas creencias como convicciones delirantes (Brune, 2005).

Frith (1992) manifestó su modelo teórico en su obra, *La esquizofrenia. Un enfoque Neuropsicológico cognitivo*, señalando que esta carencia en pacientes con esquizofrenia es la responsable de: los desórdenes para predecir y explicar su propia conducta, y de comprensión de los pensamientos e intenciones de otras personas. Por ello estos pacientes se ven muy perjudicados en el uso de la TOM, debido a que son incapaces de representar los estados mentales completos.

En este contexto autores como Shamay, Aharon y Perry (2009) han hallado diferencias significativas en la ejecución de tareas de empatía afectiva y cognitiva en pacientes con esquizofrenia, en comparación con sujetos sanos y pacientes con sintomatología negativa. Los resultados ponen en evidencia las dificultades de los pacientes con esquizofrenia en ambos tipos de empatía, en comparación con los

sujetos sanos. Los pacientes con sintomatología negativa mostraban un mayor deterioro en la empatía de tipo afectivo que en la de tipo cognitivo.

En relación con la Teoría de la mente existen numerosos constructos teóricos que han tratado de explicar las diferentes hipótesis existentes. Los modelos explicativos de la teoría de la mente más conocidos son: La perspectiva modular, la perspectiva teoría-teoría, el concepto de Frith, el modelo de Hardy-Baylé, y la teoría de la simulación (Rodríguez y Touriño, 2010).

La percepción social: Se trata de un área poco definida, en varios estudios se utiliza para referirse a aspectos asociados a la teoría de la mente y al procesamiento emocional. Gutiérrez (2013) define “*la percepción social es concebida como la forma en que la información social ingresa en el sistema cognitivo para ser transformada*” (p.110). Esta autora señala que la percepción social en la esquizofrenia ha sido estudiada principalmente desde el procesamiento de claves sociales no verbales, (como los gestos faciales, corporales, las manos, la mirada...) paraverbales y /o verbales, así como el contexto lingüístico. También se ha estudiado desde las características interpersonales de los pacientes.

Conocimiento social: Se trata del marco de referencia que permite a las personas saber cómo actuar en determinadas situaciones, cuales son las reglas que les conviene seguir y utilizar en cada situación, así como el papel que desempeñan en dicha situación. La identificación de señales sociales demanda un cierto conocimiento de lo que es considerado como típico o característico en una determinada situación social (Ruiz, García y Fuentes, 2006).

Gutiérrez (2013) señala que este término está relacionado con la percepción social, puesto que implica la necesidad del conocimiento de lo considerado como típico o característico en una determinada situación social.

Estilo atribucional: El estilo atribucional es una variable cognitiva de la personalidad, la cual hace referencia a la forma habitual en que los sujetos explican las situaciones y los sucesos que ocurren (Sanjuán, Magallares, González y Pérez, 2013). Green y Horan (2010) definen la atribución causal como la forma en que los sujetos deducen las causas de las situaciones tanto positivas como negativas, expresándolas mediante afirmaciones que incluyen la palabra “porque”.

1.3 El funcionamiento social.

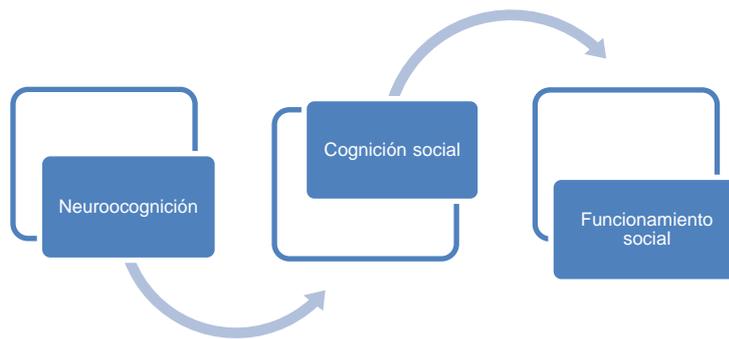
El Proyecto MATRICS define el funcionamiento social como el desempeño de roles implicados en conductas sociales complejas, relacionadas con el mantenimiento del empleo, la vida familiar, comunicación con otras personas... (Couture et al., 2006 citado por Gutiérrez 2013, p.105). Otros autores como Cavieres y Valdebenito (2005) definen el funcionamiento social *“como la capacidad de conseguir y mantener un auto cuidado apropiado, una labor productiva y relaciones interpersonales significativas, sería un determinante central”* (p.98).

En la actualidad aceptamos ampliamente que uno de los aspectos centrales de la esquizofrenia son las limitaciones en el funcionamiento social. Este concepto ha sido operacionalizado generalmente en diferentes variables, como; las hospitalizaciones, empleo, contactos sociales y sintomatología exhibida o mediante el grado de independencia en relaciones con amigos o familiares, calidad de vida, calidad de compañías, relaciones, actividades sociales y número de relaciones (Strauss y Carpenter, 1972; DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga y Brooks, 1995 citados por Alonso, 2008).

Ruiz, Garcia y Fuentes (2006) manifiestan una implicación directa de la cognición social sobre el funcionamiento social o comunitario, además de la indudable relación que existe entre ambos. Existen resultados empíricos que señalan que la cognición social podría actuar como un mediador entre el funcionamiento social y el funcionamiento cognitivo (Brekke, Kay, Lee Y Green, 2005 citado por Ruiz, Garcia y Fuentes en 2006; Milev, Ho, Arndt and Andreasen, 2005). El modelo de Green y Nuechterlein (ver gráfico 2) presenta una asociación entre la neurocognición (memoria de trabajo, funcionamiento ejecutivo, vigilancia), la cognición social (Insight, percepción de emociones, esquema social y estrategias de afrontamiento) y el funcionamiento social. Respecto a esta asociación Jaramillo, Fuentes y Ruiz (2009) señalan: *“Some of the more relevant conclusions of the studies that relate social functioning with social cognition are centred on research in emotional processing”*(p.18)³. Estos autores, no solo se centran en la investigación en procesos emocionales, también señalan que determinadas áreas cognitivas como por ejemplo la vigilancia o la memoria verbal se han considerado predictores del desarrollo funcional en áreas específicas como el funcionamiento en la comunidad, la resolución de problemas y la adquisición de habilidades sociales.

³ Algunas de las conclusiones más relevantes de los estudios que relacionan el funcionamiento social con la cognición social se centran en la investigación en el procesamiento emocional.

Gráfico 2. *Modelo Green y Nuechterlein.*



Hoy en día, el deterioro en las relaciones y en las funciones sociales sigue siendo un problema, a pesar de la tendencia actual de que las personas con esquizofrenia vivan en ámbitos no hospitalarios, los cuales favorecen y fortalecen las relaciones sociales (Harley, Boardman y Craig, 2012). El estudio publicado por Maldonado (2012), sugiere la necesidad de considerar el funcionamiento social de personas con esquizofrenia, y su integración familiar y comunitaria como un objetivo esencial en los programas de apoyo para estos pacientes y sus cuidadores.

En la misma línea, los resultados del estudio de Jiménez, Morejón y Jiménez (2004), indican que *“las habilidades sociales están significativamente relacionadas con el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia, indicando que las personas con mayor habilidad social tienden a presentar un mayor funcionamiento social y que esta correlación se produce fundamentalmente a expensas de dos de las dimensiones del funcionamiento social: comunicación y empleo”* (p.111). Es decir, en este estudio se tuvieron en cuenta el aislamiento, la comunicación, la autonomía, el ocio, la conducta prosocial y el empleo como dimensiones del funcionamiento social y fueron las dimensiones de comunicación y empleo las que más relación mostraron con las habilidades sociales.

1.4 Prevalencia actual de la enfermedad y consecuencias: Estigma social.

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta al 1% de la población mundial, su distribución en el mundo es uniforme, pero es cierto que existen algunas zonas con mayor prevalencia que otras (OMS, 2005).

Estudios recientes sobre el coste y el desgaste de las enfermedades del cerebro en países de Europa señalan que es necesario un aumento de los fondos destinados a la investigación del cerebro, tanto sano como enfermo (Di Luca, et al 2011).

La actual crisis económica ha afectado a numerosos aspectos de la salud mental tales como la morbilidad, el consumo de psicofármacos y el suicidio. Se ha producido un aumento de prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en España, paralelamente también ha aumentado el consumo de fármacos antidepresivos. Todo esto sugiere que los servicios en salud mental deberán adecuarse al eventual aumento de la demanda, invirtiendo y fortaleciendo los factores multidisciplinares, de integración y protección del impacto de la actual crisis, especialmente en grupos vulnerables como los niños, los jóvenes, los ancianos, personas en desempleo o con graves problemas económicos (Gili, Campayo y Roca, 2014; Rodríguez y Touriño, 2010).

A lo largo de los años la enfermedad mental ha estado ligada a una serie de prejuicios, que estigmatizan al enfermo de esquizofrenia como una persona agresiva, débil, raro, de conducta impredecible e improductivo, culpable de su enfermedad y crónico. Todos estos prejuicios hacen que las personas que tienen algún trastorno mental sean uno de los grupos más estigmatizados de la sociedad, especialmente los que padecen esquizofrenia. Los estereotipos señalados provocan una percepción de miedo y peligrosidad ante este tipo de pacientes, probablemente sean fruto del desconocimiento y falta de información acerca de la enfermedad (Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi, y Pioli, 2001).

El estudio cualitativo realizado por Ochoa et. Al. , (2011) sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia, señala que las áreas que más preocupan a las personas que padecen esquizofrenia son: la peligrosidad, la culpa, la pérdida de roles sociales y el miedo al rechazo social. También destacan los aspectos relacionados con la pérdida de capacidades, las cuales influyen directamente sobre la autoestima de los enfermos y la información relacionada con el miedo al rechazo, lo que en muchos casos lleva al ocultamiento de la enfermedad.

Además de todos los estereotipos señalados, los enfermos de esquizofrenia tienen una discriminación añadida que se deriva de la dificultad de adaptación al medio. Diferentes estudios apuntan a que no es infrecuente la negativa a alquilar una vivienda a una persona que padezca una enfermedad mental, ni contratarla para desarrollar un trabajo; con esto queremos hacer referencia a las diferentes consecuencias laborales, de calidad de vida y sociales de esta fuerte estigmatización. (López Ibor y Cuenca 2000; Ochoa et al., 2011).

Se podría resumir por tanto diciendo que la estigmatización de las personas que padecen esquizofrenia tiene una influencia negativa a la hora de mantener relaciones sociales en pareja o con amigos, encontrar trabajo o una vivienda, empeorando así su situación y provocando una baja autoestima, depresión y un aumento de la carga familiar, dificultando la reinserción real en la comunidad.

Objetivos.

Interesados por la investigación que estudia la cognición social en pacientes esquizofrénicos realizamos el presente Trabajo de Fin de Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias. En general, la esquizofrenia ha sido bien estudiada y existe abundante literatura sobre ella, sin embargo los objetivos de este estudio se centran en: conocer las puntuaciones de los pacientes con esquizofrenia en las escalas de Funcionamiento Social y Cognición social y las posibles diferencias en función de las variables sociodemográficas; así como evaluar si existe relación entre la Cognición social y el Funcionamiento social, y por último estudiar la relación entre el reconocimiento de emociones facial y el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia.

2. Metodología.

Método.

Interesados por conocer si determinados aspectos del funcionamiento social influyen en el déficit de la cognición social en pacientes con esquizofrenia, la metodología utilizada en este estudio es cuantitativa, en concreto se trata de un estudio Ex – Post facto comparativo causal.

Ámbito de estudio y muestra.

Para realizar el presente estudio nos hemos ubicado en la Asociación Leonesa de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales (ALFAEM), en la delegación de Astorga durante el año 2015. Las líneas de actuación de esta Asociación están orientadas a la información, a la atención individualizada y apoyo psicológico de los usuarios, al apoyo a las familias, a potenciar la promoción de la autonomía personal, de la salud y de la prevención, al apoyo en el domicilio del usuario y al desarrollo de actividades en el taller ocupacional.

Se estudia a una muestra de 30 usuarios de ALFAEM, el tipo de muestreo realizado ha sido no probabilístico por conveniencia y se han incluido a todos los

usuarios que cumplen los criterios de inclusión y exclusión que detallamos a continuación.

Criterios de inclusión

- Que cumplan los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia (APA, 1994).
- Que comprenda y hable el castellano.
- Que firma el consentimiento informado por escrito del usuario o del tutor legal en su caso (Anexo 1).
- Edad comprendida entre 20 y 70.

Criterios de exclusión

- Incapacidad de comunicación.
- Que no acepte firmar el consentimiento informado por escrito.
- Que haya sido ingresado en la Unidad de Agudos de Psiquiatra en los 4 últimos meses.

Instrumentos de evaluación.

Los instrumentos que se han aplicado para la presente investigación, aportan distintas variables que nos permitirán evaluar el grado de consecución de los objetivos planteados anteriormente. A continuación presentamos una breve descripción de los instrumentos que hemos utilizado para evaluar la muestra de la investigación, exponiendo las características fundamentales de cada uno de ellos.

Escala GEOPTE (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia) (Sanjuán et al, 2003): Se trata de una escala para la medición de la cognición social en pacientes con esquizofrenia, debe de ser respondida de forma autoadministrada por el paciente y por su correspondiente informador (familiar o trabajador social del centro), con la finalidad de eliminar cualquier problema de fiabilidad. Consta de 15 ítems, los 7 primeros evalúan las funciones cognitivas básicas y los 8 últimos la cognición social. Las puntuaciones sumario de pacientes e informantes tienen un mínimo de 15 puntos y un máximo de 75 (15 representa el mejor estado de cognición social posible para este instrumento y 75 el peor estado), estas puntuaciones sumatorio son combinadas en un solo índice mediante el cálculo de la media geométrica de ambos valores. El tiempo estimado para su administración es de 15 minutos (Anexo 2).

Escala reducida de Funcionamiento Social (Alonso et al, 2008): Se trata de una escala que debe ser respondida de forma autoadministrada por el paciente con

esquizofrenia, ha sido diseñada para evaluar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia, consta de 15 ítems y no contiene subdimensiones. Las puntuaciones sumatorio de los pacientes tienen un mínimo de 0 y un máximo 45 puntos, siendo 45 el mejor estado posible de funcionamiento social. El tiempo estimado para su administración es de 15 minutos (Anexo 3).

Análisis de datos.

El procesamiento de los datos recolectados se realizó a través del paquete estadístico SPSS 15.0 en español. Se realizó un análisis correlacional, un análisis estadístico parámentrico a través de la prueba T para muestras independientes y un análisis no paramétrico con la prueba U de Mann – Whitney, también se realizó una evaluación 360º por pares y un análisis factorial.

3. Resultados.

3.1 Análisis descriptivo de la muestra.

Se incluyeron en el estudio a 30 pacientes con esquizofrenia, todos ellos pertenecientes a la delegación de Astorga de ALFAEM. En la tabla 2 podemos observar las principales características sociodemográficas de la muestra de estudio. Tal y como podemos observar el 73,3% son hombres y el 26,7% son mujeres. El 46,7% tiene estudios primarios, secundarios y/o universitarios y el 53,3 % no tienen estudios solo saben leer y escribir. Respecto a la situación laboral previa al diagnóstico de la enfermedad mental solo el 36,7 % tenían trabajo, mientras que el 63,3% no tenía trabajo activo.

Tabla 2. *Características Sociodemográficas de la muestra de estudio (n=30)*

	Frecuencia (n)	Porcentaje
Sexo		
- Masculino	22	73,3%
- Femenino	8	26,7%
Nivel de estudios		
- Con estudios	14	46,7%
- Sin estudios	16	53,3%
Situación laboral (1)		
- Con trabajo	11	36,7%
- Sin trabajo	19	63,3%

(1) *Situación laboral previa al diagnóstico de enfermedad mental*

Respecto al análisis descriptivo de las escalas utilizadas para medir las variables cognición social y funcionamiento social, podemos observar en la tabla 3 como la media en las puntuaciones de la **Escala GEOPTÉ** se sitúa en 40,7, con una desviación típica de 9,26 puntos, la media está muy próxima al valor de la mediana (P50=40,78). En la tabla podemos ver como existe una ausencia de cualquier efecto

“suelo” o “techo” de las puntuaciones de la escala, ya que el mínimo se encuentra en 23,66 puntos y el máximo en 62,34 puntos (siendo 15 la puntuación mínima posible de la escala y 75 la puntuación máxima).

Tabla 3. *Análisis descriptivo de la Escala GEOPTE y Funcionamiento social.*

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip	Alfa de Cronbach
Escala GEOPTE	23,66	62,34	40,7	9,26	0,831
Escala Funcionamiento Social	4	34	21,13	6,5	0,710

Respecto a la **Escala de Funcionamiento social**, podemos observar como la puntuación media se sitúa en 21,13 con una desviación típica de 6,5, la puntuación mínima es de 4 puntos y la máxima de 34 puntos.

3.2 Análisis de fiabilidad y validez.

El índice de fiabilidad Alpha de Cronbach calculado para la escala, indica que la escala GEOPTE tiene una muy buena consistencia interna ($\alpha = .831$). Los 15 ítems de la escala recogen dos grupos de información; del 1 al 7 recogen información acerca de la cognición básica y del 8 al 15 recogen información acerca de la cognición social. En la tabla 4 podemos observar la consistencia interna de cada grupo de información según las respuestas de los pacientes y los informantes. Tal como podemos observar en ella todos los grupos tienen una buena consistencia interna ($\alpha > .8$), excepto los grupos que hacen referencia a la cognición social tanto en las respuestas de los pacientes ($\alpha = .648$) como en las de los informantes ($\alpha = .708$). Otro aspecto importante es que el nivel de consistencia interna siempre es superior en los datos recogidos a los informantes (Anexo 4).

Tabla 4. *Consistencia interna de la Escala GEOPTE.*

	Nº de elementos	Alfa de Cronbach	Media
Cognición básica pacientes	7	. 819	18,70
Cognición básica informantes.	7	. 859	19,57
Cognición social pacientes	8	. 648	20,03
Cognición social informantes	8	. 708	24,00
Cognición total pacientes	15	. 818	38,73
Cognición total informantes	15	. 870	43,57

En cuanto a la Escala de Funcionamiento Social, el índice de fiabilidad calculado para la escala Alpha de Cronbach, indica que la escala Funcionamiento Social tiene una buena consistencia interna ($\alpha = 0,710$).

De esta manera, hemos hallado unos coeficientes de fiabilidad satisfactorios según el Alpha de Cronbach. Los ítems con menor índice de homogeneidad, es decir los que hacen disminuir el grado de fiabilidad, son el 4, 12, 14 y el 15 en el caso de la Escala GEOPTE respondida por los usuarios, y el ítem 15 en el caso de los informantes. De hecho si revisamos el contenido del ítem 15 de la Escala GEOPTE (*“¿Está insatisfecho en general con su vida sexual?”*), es fácil llegar al acuerdo de que su contenido conlleva cierta dificultad, especialmente en el caso de la respuesta por parte del informante. Respecto a la Escala de Funcionamiento Social, los ítems 5, 6, 7, 13, 14 y 15 son los que disminuyen el grado de fiabilidad de la escala, estos ítems están relacionados con la comunicación interpersonal y el empleo.

Hemos estudiado la validez del constructo a través de un Análisis factorial, cuyos resultados dan lugar a cuatro componentes (Tabla 5).

Tabla 5. *Componentes de la Escala GEOPTE.*

Componente	Varianza total Explicada		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,384	35,893	35,893
2	1,710	11,402	47,295
3	1,341	8,938	56,233
4	1,085	7,231	63,463

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Tabla 5. Componentes de la Escala GEOPTE

	Componente			
	1	2	3	4
GU1	,713	,295	-,026	,127
GU2	,704	,323	-,009	,193
GU3	,644	-,097	,191	,300
GU4	,336	,032	-,077	,826
GU5	,809	,208	,023	-,291
GU6	,625	,386	,009	,076
GU7	,764	,045	,345	,140
GU8	,098	,376	,548	,214
GU9	-,040	,335	,488	,550
GU10	,449	,655	,127	,061
GU11	,702	,179	-,170	,267
GU12	,358	,055	,499	,007
GU13	,238	,757	,059	,165
GU14	,089	,824	,045	-,051
GU15	-,135	-,075	,818	-,117

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Podemos considerar que la matriz de datos tiene una estructura factorial satisfactoria, ya que cuatro factores explican el 63,5% de la varianza. Por ello podemos interpretar lo siguientes factores de la Escala GEOPTE respondida por los propios usuarios:

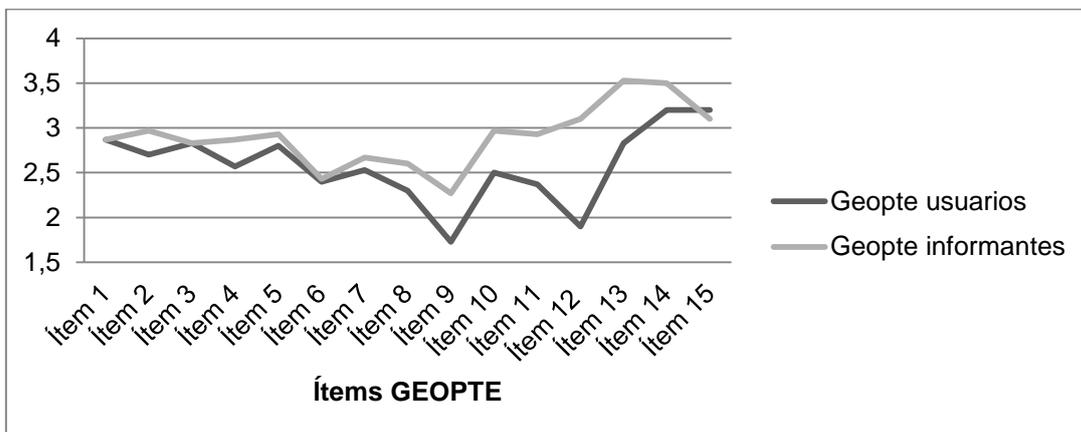
- Los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 11 tienen que ver con los síntomas cognitivos de la esquizofrenia, aquellos que dificultan el desarrollo de una vida normal, están relacionados con el funcionamiento ejecutivo, la atención, el aprendizaje y la memoria.
- El ítem 4, ya se puso de manifiesto anteriormente, en el análisis de fiabilidad que era uno de los ítems con menos consistencia interna en el cuestionario.
- Los ítems 8, y 9, recogen información sobre el reconocimiento facial de las emociones. Los ítems 12 y 15 han sido eliminados porque no nos interesan de cara a los objetivos finales y porque como hemos mencionado anteriormente disminuyen la fiabilidad del cuestionario.
- Los ítems 10, 13 y 14, forman un bloque de contenido relacionado con las relaciones interpersonales.

3.3 Evaluación 360°.

La evaluación 360° permite realizar varias posibilidades de evaluación, teniendo en cuenta diversos puntos de vista simultáneamente. En este estudio compararemos las puntuaciones obtenidas en la escala GEOPTE por dos tipos de informantes: el propio usuario y el informante. En la gráfica 3 representamos el contraste de las puntuaciones obtenidas por los usuarios y los informantes en la escala, en general podemos ver que los usuarios obtienen puntuaciones muy similares a las de sus informantes.

Podemos destacar el ítem 12, el cual está relacionado con la higiene personal (“¿Le cuesta mantener la higiene personal?”), en este ítem podemos observar como los informantes puntúan mayor que los usuarios (+1,20 ver anexo 5), esto puede deberse a que a que las personas que padecen esquizofrenia presentan dificultades en relación a actividades básicas de la vida diaria como el autocuidado y la higiene personal (Stroul, 1988 citado por Lascorz, Serrats, Ruiz, Córdoba, y Vegué, 2014). También es importante resaltar que en los ítems 1 y 3 no existen diferencias de puntuación, estos ítems están relacionados con la memoria y el aprendizaje, otro ítem relacionado con estos aspectos según el análisis factorial que hemos realizado y que tiene una variación mínima en las diferentes puntuaciones es el 6.

Gráfico 3. Evaluación 360°.



3.4 Análisis relación entre la Cognición social y el Funcionamiento social.

Con la finalidad de conocer la relación entre la cognición social y el funcionamiento social de los sujetos hemos calculado el Coeficiente de correlación de Pearson (Tabla 6) de las puntuaciones obtenidas en: La escala de Funcionamiento social, la escala

GEOPTE total, la cognición básica y social de la escala GEOPTE. No hemos encontrado una correlación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables.

Tabla 6. *Correlación de Pearson entre la SFS y la GEOPTE.*

	Correlaciones		
	Escala GEOPTE	Cognición básica GEOPTE	Cognición social GEOPTE
Escala Funcionamiento Social	-0,081 Sig 0,671	-0,035 Sig. 0,853	-0,100 Sig. 0,599

3.5 Análisis de las diferencias en las puntuaciones de la Escala GEOPTE Y SFS y las posibles diferencias en función de las variables Sociodemográficas.

Dado el reducido número de sujetos que conforman la muestra hemos realizamos un enfoque paramétrico (prueba t para muestras independientes) y un enfoque no paramétrico (U de Mann- Whitney) ya que nuestra muestra se encuentra en el límite (n=30) y así podemos confirmar los resultados de una prueba con los de la otra prueba.

Comenzaremos con el nivel de estudios, en función de este nivel no hemos encontrado diferencias en ninguna de las variables estudiadas (Tabla 7). Respecto a la variable sociodemografica, situación laboral, sí hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 90% ($\alpha < 0,10$) en la escala GEOPTE total y en su subdimensión de la cognición social

Tabla 7. *Prueba paramétrica y no paramétrica.*

	Prueba paramétrica Nivel de estudios	Prueba no paramétrica Nivel de estudios	Prueba paramétrica Situación laboral	Prueba no paramétrica Situación laboral
GEOPTE	0,176	0,205	0,070	0,061
SFS	0,101	0,134	0,587	0,605
Cognición básica	0,170	0,197	0,110	0,149
Cognición social	0,299	0,480	0,064	0,149

3.6 Relación entre los ítems de reconocimiento facial y el funcionamiento Social.

En este apartado nos centramos en la relación entre el reconocimiento facial y el funcionamiento social. Para analizar esta la relación hemos calculado la media geométrica para los ítems de reconocimiento facial y por separado para usuarios e informantes, estos ítems los hemos extraído del análisis factorial y de 360° que hemos realizado anteriormente.

En la tabla 8 podemos ver la correlación existente entre el reconocimiento facial y las variables sociodemográficas (nivel de estudios y situación laboral). Podemos decir que existe una correlación con un nivel de confianza del 90% entre el funcionamiento social y la variable reconocimiento facial (sig. 0,071), también existe una correlación con un nivel de confianza del 95% entre el funcionamiento social y la variable reconocimiento facial en función de la situación laboral, sólo en el caso de los que no tenían trabajo y en los cuestionarios realizados por los informantes. Respecto al nivel de estudios de los usuarios no hemos encontrado correlaciones.

Tabla 8. *Relación entre el reconocimiento facial, funcionamiento Social, nivel de estudios y situación laboral.*

	Rec. Facial (usuario)	Rec. Facial (informante)
Todos los sujetos	- 0,91 (0,633)	-0,335 (0,071)*
Var. Nivel de estudios		
Con estudios	- 0,286 (0,321)	- 0,229 (0,431)
Sin estudios	0,085 (0,753)	- 0,386 (0,14)
Var Situación laboral		
Con trabajo	0,216 (0,523)	0,343 (0,302)
Sin trabajo	- 0,236 (0,33)	0,58 (0,009)***

La tabla refleja las correlaciones entre la escala de FS y cada una de las subescalas de reconocimiento facial

* La correlación es significativa al nivel 0,1 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

*** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

4. Discusión y conclusiones.

A través de los resultados obtenidos en el estudio llegamos a varias conclusiones, la primera hace referencia a un claro déficit en la cognición social y en el funcionamiento social de la muestra seleccionada. Esta conclusión es coherente con otras investigaciones que se han realizado en los últimos años y que indican la existencia de un deterioro en la cognición social y en el funcionamiento social en las personas diagnosticadas con esquizofrenia (Rodríguez et al, 2013; Gutiérrez, 2012).

La segunda conclusión a la que llegamos tras realizar un análisis de fiabilidad es que ambas escalas (GEOPTTE y Escala del Funcionamiento Social) tienen una buena consistencia interna, especialmente la escala GEOPTTE en la que $\alpha > .800$. Respecto a la validez de dicha escala hemos encontrado cuatro factores que explican el 63,5% de la varianza, de uno de estos factores compuesto por los ítems 8 y 9 (“¿Tiene dificultades para reconocer las emociones de los otros? y cuando está en grupo ¿Le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas, palabras o gestos de los otros?”) hemos extraído la tercera conclusión. Este factor hace referencia al reconocimiento de emociones faciales, numerosos estudios indican que las personas con esquizofrenia tienen importantes dificultades a la hora de reconocer emociones

faciales, especialmente en las emociones negativas como el miedo o la ira (Adolphs, 2002; Schneider et al., 2006; Cavieres y Valdebenito, 2007; Goghari y Sponheim, 2013). Hemos encontrado una correlación con un nivel de confianza del 90% entre el funcionamiento social y la variable reconocimiento facial (sig. 0,071), y otra correlación con un nivel de confianza del 95% entre el funcionamiento social y la variable reconocimiento facial en función de la situación laboral, pero sólo en el caso de los usuarios que no tenían trabajo antes de ser diagnosticados de esquizofrenia y concretamente en los cuestionarios realizados por los informantes. Respecto al nivel de estudios de los usuarios no hemos encontrado ninguna correlación.

Tras realizar una evaluación de 360° hemos contrastado las puntuaciones obtenidas por los usuarios y los informantes en la escala GEOPTE, llegando así a una cuarta conclusión en la cual indicamos que en general los usuarios obtienen puntuaciones muy similares a las de sus informantes, pero es importante señalar que los informantes siempre puntúan más alto que los usuarios. Esto se puede deber a la distorsión del pensamiento, la percepción y las emociones que presentan los pacientes con esquizofrenia (National Institute of Mental Health, 2011; Martín y Navarro 2012).

Los resultados confirman una quinta conclusión, la cual establece la existencia de diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 90% en la escala GEOPTE total y en su subdimensión de la cognición social, en función de la situación laboral. Jiménez, Morejon y Jiménez (2004), señalan que el empleo es una de las dimensiones del Funcionamiento social y que está muy relacionada con las habilidades sociales, por ello podemos decir que exige el desarrollo de varias habilidades sociales.

Por último señalar que no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la cognición social y el funcionamiento social. Esto puede deberse a una de las principales limitaciones de este estudio que es el reducido tamaño de la muestra (n=30). Otra limitación importante que hemos tenido ha sido la necesidad de contar con un informante o cuidador, ya que muchos de los usuarios viven solos, en ese caso el cuestionario ha sido cumplimentado por la trabajadora social del centro de ALFAEM.

Para finalizar queremos señalar que una de las posibles líneas de investigación futura, es el grado de reconocimiento facial de las personas con esquizofrenia en función de su núcleo de convivencia y del desarrollo de actividades de ocio.

Agradecimientos.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Asociación Leonesa de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales, en particular a la delegación de Astorga y a su trabajadora social Mar Villegas por su colaboración en esta investigación.

5. Referencias bibliográficas.

- Adolphs, R. (2002). Recognizing Emotion From Facial Expressions: Psychological and Neurological Mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 1, 21-62. doi: 10.1177 / 1534582302001001003
- Alonso, J., Olivares, J.M., Ciudad, A., Manresa, J.M., Casado, A. Gilaberte, I. (2008). Desarrollo y Validación de la versión corta de la Escala de Funcionamiento Social en esquizofrenia para su uso en la Práctica Clínica. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(2), 102-110. Recuperado de: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ESP/9-50-ESP-102-110-643055.pdf>
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Beer, J. S., & Ochsner, K. N. (2006). Social cognition: a multi level analysis. *Brain research*, 1079(1), 98-105.
- Bolotner, N. S., Horcajadas, F. A., Astudillo, P. V., Vich, F. D. A. B., Perez, B. M., Villamor, I. B., ... & Calvo, F. P. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 23(3), 249-255. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/arias%2023-3.pdf>
- Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 80(2), 213-225. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.008>
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, "theory of mind" and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133, 135-147. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.10.007>
- Cavieres, F., & Valdebenito, V. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 97-108. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000200003>

- Cavieres, A. & Valdebenito, M. (2007). Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia. Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(2), 120-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000200005>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2014). *Aproximaciones a la patología dual; propuesta de intervención red FEAFES*. FEAFES. Madrid.
- DeSisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 167(3), 331-338. Doi: 10.1192 / bjp.167.3.331
- Di Luca M, Baker M, Corradetti R, Kettenmann H, Mendlewicz J, Olesen J, et al (2011). *Consensus document on European brain research. Eur J Neurosci*, 33 (5), 768-818.
- Frith, C.D. (1992). *The cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hillsdale, NY: Lawrence Earlbaum Associates
- Galaverna, F., Bueno, A., Morra, C., Ricagno, M. J. H., Rodriguez, C. P., & Damonte, D. A. (2011). Perfil Neurocognitivo en la Esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(2), 103-113. Recuperado de: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol11_num2_11.pdf
- Gili, M., Campayo, J. G., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. Doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.005
- Goghari, V. M., & Sponheim, S. R. (2013). More pronounced deficits in facial emotion recognition for schizophrenia than bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54(4), 388-397. Doi: doi:10.1016/j.comppsy.2012.10.012
- Green, M. F., & Leitman, D. I. (2008). Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 34(4), 670-672.

- Green, M. F., & Horan, W. P. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 243-248. Doi: 10.1177/0963721410377600
- Gutiérrez-Maldonado, J. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262. Recuperado de: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/9618/9363>
- Gutiérrez Ruiz, K. (2013). Evaluación neuropsicológica de la cognición social en la esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 103-123. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Harley, E. W. Y., Boardman, J., & Craig, T. (2012). Friendship in people with schizophrenia: a survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(8), 1291-1299.
- Jaramillo, P., Fuentes, I., & Ruiz, J. C. (2009). Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychol Soc Educ*, 1, 13-24. Recuperado de: <http://psyse.org/articulos/Jaramillo%20et%20al.pdf>
- Jiménez, R., Morejon, A., & Jiménez, R. (2004). Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 111-120. Recuperado de: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/45/47>
- Lascorz Fierro, D., Serrats Alabau, E., Ruiz, B., Córdoba, M., & Vegué Grilló, J. (2014). Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 521-538. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000300006>
- López, M. J. C., Menéndez, A. G., Bascarán, M. T. B., Villa, R. S., Cordero, A. M., & García, J. B. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 23(1), 37-44. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/37-44%20casares%2023-1.pdf>
- Luque, E., & Rodríguez, R. (2013). Diferencias epidemiológicas entre dos grupos de pacientes con patología dual grave, unos con esquizofrenia y otros con psicopatologías diferentes. *Actualidad médica*, 98(790), 150-153. Recuperado de: http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/36319/1/790_150.pdf

- Martín Montañez, E. & Navarro Lobato, I. (2012). La esquizofrenia. *Uciencia: revista de divulgación científica de la Universidad de Málaga*, (9), 44-47. Recuperado de:
http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5002/44_n9_Uciencia9.pdf?sequence=1
- Milev, P., Ho, B., Arndt, S. and Andreasen, N. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7year follow –up. *American Journal of Psychiatry*, 162, 495-506. Doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.495>
- National Institute of Mental Health (2011). *Schizophrenia*. Disponible en:
http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/schizophrenia-spanish_142536.pdf
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Vilellas, R., ... & Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>
- Organización Mundial de la Salud. *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. 2005.
- Penn, D., Corrigan, P., Bentall, R., Racenstein, J. & Newman, L. (1997) Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulltein*, 121, 114-132. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.114>
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N., & Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 80(2), 357-359.). Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.011>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(04), 515-526. Doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Ramos, J., Cerdán, L., Guevara, M. A., & Amezcua, C. (2001). Alteraciones en la atención y en el reconocimiento de emociones faciales en esquizofrénicos refractarios y no refractarios al tratamiento, evaluadas a través de un

paradigma odd-ball. *Revista de Neurología*, 33(11), 1027-1032. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3311/1111027.pdf>

Rodríguez Rosa JT, et al. (2013). Cognición Social en pacientes con esquizofrenia, familiares de primer grado y controles sanos. Comparación entre grupos y análisis de variables clínicas y sociodemográficas relacionadas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Barcelona. Doi: 10.1016/j.rpsm.2012.11.003

Rodríguez Sosa, J. T., & Touriño González, R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia: una revisión del concepto. *Archivos de psiquiatría*, 73, 9-12. Recuperado de: http://www.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema1/documentos/C4/C4D_3.pdf

Rubio, G. (2012). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(3). Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/187/415>

Ruiz Ruiz, J. C., García Ferrer, S., & Fuentes Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24 (1-3), 137-155. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/74/76>

Ruiz, K. G. (2013). Evaluación neuropsicológica de la cognición social en la esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 11(2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v11n2/v11n2a07.pdf>

Rus Calafell, M., & Lemos Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 89-93. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906966>

Sanjuán, J., Prieto, L., Olivares, J., Montejo, A., Ferré, F., Mayoral, F., et al. (2003). Escala GEOPTe de cognición social para la psicosis. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 31(3), 120-128. Recuperado de: http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2003/2003_Sanjuan_GEOPTe.pdf

Sanjuan, P., Magallares, A., González, J. L., & Pérez-García, A. (2013). Estudio de la validez de la versión española del Cuestionario de Estilo Atribucional ante Situaciones Negativas [Study as to the validity of the Spanish version of

- Attributional Style Questionnaire for Negative Situations]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 61-71. Shamany-Tsoory, S., Aharon-Peretz, J. Y Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions, *Brain* 132, 617-627. Doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.1.2013.12763>
- Schneider, F., Gur, R. C., Gur, R. E., & Shtasel, D. L. (1995). Emotional processing in schizophrenia: neurobehavioral probes in relation to psychopathology. *Schizophrenia research*, 17(1), 67-75. Doi: 10.1016/0920-9964(95)00031-G
- Schneider, F., Gur, R.C., Koch, K., Backes, V., Amunts, K., Shah, N.J., Bilker, W., Gur, R.E. y Habel, U. (2006). Impairment in the Specificity of emotion processing in Schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 163, 442-447. Doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.442>
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27(6), 739-746. Doi: 10.1001/archpsyc.1972.01750300011002
- Strtok, B. (1988) Community Support Systems for Persons with Long-Term Mental Illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 12 (3) p.10-26.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babin, F., Mesias, B., Basurte, I. ... Poyo, F. (2011) Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23, 249-256.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G., & Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry*, 16(8), 451-458.

6. Anexos.

Anexo 1: Consentimiento informado.

Estimado participante.

Soy estudiante del Máster Universitario en Investigación Sociosanitaria de la Universidad de León. Como parte de los requisitos para terminar el máster es necesario llevar a cabo una investigación, en mi caso trata de “El estado de la cognición social y el funcionamiento social”.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad, respetando la intimidad de los participantes. Los sujetos que participen en esta investigación tienen derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. Los resultados de la investigación estarán disponibles en la Universidad de León y en la delegación de ALFAEM en Astorga.

Investigadora principal.

Estela Castellanos Fernández.

He leído el procedimiento descrito arriba, la investigadora me ha explicado el estudio y a resultado mis preguntas acerca del mismo. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación.

Firma del participante o tutor legal

Fecha



Anexo 2: GEOPTE Scale of social cognition for psychosis.

Responde a las preguntas por medio de estas cinco opciones de respuesta:

- 1: No
- 2: Un poco.
- 3: Regular
- 4: Bastante
- 5: Mucho

1. ¿Tiene dificultades para prestar atención?	1	2	3	4	5
2. ¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?	1	2	3	4	5
3. ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?	1	2	3	4	5
4. ¿Se le olvidan encargos, tareas o recados?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuándo tiene que hablar con alguien le faltan las palabras?	1	2	3	4	5
6. ¿Le cuesta entender de que a una película?	1	2	3	4	5
7. ¿Le cuesta encontrar el sentido de una conversación?	1	2	3	4	5
8. ¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros (ejemplo: tristeza, alegría o rabia)?	1	2	3	4	5
9. Cuando están en un grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los otros?	1	2	3	4	5
10. ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de otros?	1	2	3	4	5
11. Si esta solo en casa y surge algún problema (ejemplo: Se estropea un electrodoméstico), ¿le resulta difícil encontrar una solución?	1	2	3	4	5
12. ¿Le cuesta mantener la higiene personal?	1	2	3	4	5
13. ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?	1	2	3	4	5
14. ¿Tiene dificultades para hacer amistades?	1	2	3	4	5
15. ¿Está insatisfecho en general con su vida sexual?	1	2	3	4	5

Anexo 3: Escala reducida de Funcionamiento social (SFS).

AISLAMIENTO-ACTIVIDADES SOCIALES.

1. **¿Con qué frecuencia sale de casa? (por cualquier razón)**
 - Nunca.
 - Raramente.
 - A veces.
 - A menudo.
2. **¿Cómo reacciona ante la presencia de extraños?**
 - Los evita.
 - Se siente nervioso
 - Los acepta.
 - Le agradan.

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.

3. **En estos momentos, ¿le resulta fácil o difícil hablar con la gente?**
 - Bastante fácil.
 - Normal.
 - Bastante difícil.
 - Muy difícil.

Conducta prosocial: marque en cada columna la frecuencia con la que ha participado en cualquiera de las siguientes actividades, durante los últimos 3 meses.

4. **Exposición:**
 - Nunca.
 - Raramente.
 - A veces.
 - A menudo.
5. **Ir a fiestas.**
 - Nunca.
 - Raramente.
 - A veces.
 - A menudo.
6. **Discoteca.**
 - Nunca.
 - Raramente.
 - A veces.
 - A menudo.
7. **Asistir a alguna actividad de la iglesia.**
 - Nunca.
 - Raramente.
 - A veces.
 - A menudo.

INDEPENDENCIA- EJECUCIÓN.

Marque en cada ítem la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos 3 meses.

8. **Lavar la propia ropa.**
 - Nunca.

- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

9. Utilizar dinero.

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

10. Disponer y administrar el propio dinero.

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

INDEPENDENCIA- COMPETENCIA: DECIR SI ES CAPAZ DE HACER.

11. Cocinar para sí mismo.

- Adecuadamente, no necesita ayuda.
- Necesita ayuda.
- Incapacidad, necesita mucha ayuda.
- No sabe.

12. Fregar los platos.

- Adecuadamente, no necesita ayuda.
- Necesita ayuda.
- Incapaz, necesita mucha ayuda.
- No sabe.

Actividades del tiempo libre: marque donde corresponda en cada columna para indicar con qué frecuencia ha hecho alguna de las siguientes actividades, durante los últimos 3 meses.

13. Arreglar cosas (bici, coche...)

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

EMPLEO- OCUPACIÓN.

14. ¿Tiene usted en estos momentos un empleo regular? (incluye terapia ocupacional, rehabilitación o cursos de reciclaje).

- Si.
- No.

15. ¿Está usted dado de baja como incapacitado?

- Si.
- No.

Anexo 4: Análisis de fiabilidad (Alfa de Cronbach).

Escala GEOPTE Informante

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,870	15

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
43,57	134,323	11,590	15

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
GI1	40,70	114,769	,750	,852
GI2	40,60	115,214	,640	,856
GI3	40,73	117,375	,593	,859
GI4	40,70	117,597	,473	,864
GI5	40,63	117,964	,556	,860
GI6	41,13	114,602	,661	,855
GI7	40,90	116,093	,700	,854
GI8	40,97	122,033	,413	,867
GI9	41,30	122,838	,389	,868
GI10	40,60	115,834	,536	,861
GI11	40,63	110,378	,660	,854
GI12	40,47	116,947	,451	,866
GI13	40,03	115,620	,620	,857
GI14	40,07	119,720	,419	,867
GI15	40,47	134,464	-,054	,885

Escala GEOPTE Usuario

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,818	15

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
38,73	99,444	9,972	15

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
GU1	35,87	88,120	,524	,803
GU2	36,03	79,620	,735	,784
GU3	35,90	88,852	,402	,810
GU4	36,17	91,109	,258	,820
GU5	35,93	85,306	,564	,799
GU6	36,33	83,471	,571	,797
GU7	36,20	83,476	,665	,792
GU8	36,43	89,909	,353	,813
GU9	37,00	94,138	,228	,819
GU10	36,23	77,633	,767	,780
GU11	36,37	89,757	,393	,810
GU12	36,83	95,178	,144	,824
GU13	35,90	85,059	,453	,806
GU14	35,53	88,395	,364	,813
GU15	35,53	96,257	,063	,832

Escala Funcionamiento Social

Alfa de Cronbach	N de elementos
,710	15

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
FS1	19,03	32,930	,545	,666
FS2	19,77	34,116	,517	,672
FS3	19,77	35,357	,509	,678
FS4	20,33	34,368	,342	,693
FS5	20,43	36,806	,188	,713
FS6	20,90	38,576	,125	,715
FS7	21,07	40,616	-,055	,728
FS8	20,23	34,599	,333	,694
FS9	18,80	34,097	,705	,661
FS10	18,87	34,878	,526	,675
FS11	19,73	33,513	,373	,689
FS12	19,30	32,493	,465	,675
FS13	20,47	37,982	,132	,718
FS14	19,70	40,700	-,047	,721
FS15	20,27	41,030	-,139	,719

Anexo 5: Evaluación 360°. Análisis por pares

	Geopte usuarios	Geopte informantes	Diferencia
Ítem 1	2,87	2,87	0
Ítem 2	2,7	2,97	-0,27
Ítem 3	2,83	2,83	0
Ítem 4	2,57	2,87	-0,3
Ítem 5	2,8	2,93	-0,13
Ítem 6	2,4	2,43	-0,03
Ítem 7	2,53	2,67	-0,13
Ítem 8	2,3	2,6	-0,3
Ítem 9	1,73	2,27	-0,53
Ítem 10	2,5	2,97	-0,47
Ítem 11	2,37	2,93	-0,57
Ítem 12	1,9	3,1	-1,2
Ítem 13	2,83	3,53	-0,7
Ítem 14	3,2	3,5	-0,3
Ítem 15	3,2	3,1	0,1