



Artículo de investigación

Funcionamiento social y cognitivo en pacientes con esquizofrenia

Social and cognitive functioning in patients with schizophrenia

Erika Yohanna Bedoya Cardona^{1*}

¹ Grupo de Investigación Familia y Sociedad, Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia - UCC Seccional Bucaramanga.

Resumen

La presente investigación corresponde a un estudio no experimental, transversal y correlacional, cuyo objetivo fue identificar si existe relación entre funcionamiento social (FS) y cognitivo (FC) en pacientes con esquizofrenia, mediante la evaluación del funcionamiento social (SFS) y deterioro cognitivo (MoCA y SCIP-S) en una muestra de 12 pacientes (11 hombres y 1 mujer) entre los 22 y 70 años, de Medellín (Colombia), mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se encontró que más de la mitad ($n = 7$) presenta un nivel superior de FS y casi el total de la muestra presenta deterioro cognitivo. Al correlacionar FS y FC se encontró que sólo SFS y MoCA se relacionan significativamente, mientras que la SCIP-S no presenta relación con SFS ni con MoCA. Aunque estos hallazgos no pueden ser concluyentes ni generalizables debido a limitaciones metodológicas, pueden ser usados como antecedente para futuros estudios.

Palabras clave: esquizofrenia, funcionamiento social, deterioro cognitivo, institucionalización

Abstract

A non-experimental, cross-sectional and correlational study was made, whose objective was to identify if there is a relationship between social functioning (SF) and cognitive functioning (CF) in patients with schizophrenia, through the evaluation of social functioning (SFS) and cognitive impairment (MoCA and SCIP-S) in a sample of 12 patients (11 men and 1 woman) between 22 and 70 years old, from Medellín (Colombia), selected by non-probabilistic sampling for convenience. It was found that more than half of the participants ($n = 7$) present a higher level of SF and almost the total of the sample presents cognitive impairment. When correlating SF and CF it was found that only SFS and MoCA are significantly related, whereas SCIP-S has no relation with SFS or with MoCA. Although these findings cannot be conclusive or generalizable due to methodological limitations, they can be used as a background for future studies.

Keywords: schizophrenia, social functioning, cognitive impairment, institutionalization

Introducción

La esquizofrenia es un conjunto de trastornos mentales caracterizados por deterioro en el funcionamiento social (FS) y cognitivo (FC) como importante predictor del pronóstico, evolución, recaídas, hospitalizaciones, respuestas al tratamiento y rehabilitación (Fervaha, Foussias, Agid y Remington, 2014). El 60% de personas con esquizofrenia presentan grave afectación en el FS y déficits cognitivos que dificultan la adaptación comunitaria, académica y laboral (Juckel y Morosini, 2008), requiriendo apoyo permanente del sistema sanitario estatal y/o de la familia (Bordás, Ballester y Laborda, 2010).

Según Bellack, Morrison, Wixted y Mueser (1990) el deterioro en el FS observado en pacientes con esquizofrenia hace parte de las características del síndrome y a su vez es un síntoma residual que el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) tenía como requisito para el diagnóstico. El FS es la “capacidad de adaptación a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, además de la capacidad para adoptar roles sociales como cónyuge o trabajador” (Cavieres y Valdebenito, 2005, citados por Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, Ferrer-García y Fernández-Dávila, 2012, p. 255).

El FS es un concepto multidimensional que implica habilidades personales y sociales (Mueser y Tarrier, 1998), las cuáles, según Wykes (1988) ocurren en tres niveles: 1) Logros sociales (tener pareja, empleo); 2) Roles sociales (desempeño en los mismos); 3) Conductas instrumentales (funcionamiento en diversas áreas); y según 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) implica

conductas complejas relacionadas con empleo, familia, comunicación, autocuidado, etc. (Cavieres y Valdebenito, 2005). Por tanto, las limitaciones en el FS en la esquizofrenia han sido operacionalizadas como hospitalizaciones, desempleo, escaso contacto social, pocas relaciones interpersonales y actividades sociales, sintomatología, dependencia, etc. (Alonso, Olivares, Ciudad, Manresa, Casado y Gilaberte, 2008).

Estudios con pacientes con esquizofrenia han utilizado diversas escalas para medir el FS como el cuestionario Living Skills Profile (LSP) de Rosen, Had-zi Pavlovic y Parker (1989) (Bulbena, Fernández de Larrinoa y Domínguez, 1992; Jaramillo, Ruiz y Fuentes, 2011; Ochoa et al., 2006; Vila, Ochoa y Haro, 2003) que evalúa auto cuidado, conducta social interpersonal, comunicación-contacto social, conducta social no interpersonal, y vida autónoma. La Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) de Valencia (1986) (Villamil Salcedo, Valencia Collazos, Díaz Martínez, Medina-Mora Icaza y Juárez, 2005) evalúa el desempeño de roles en las áreas ocupacional, social, económica, pareja/sexual y familiar dentro de un continuo de satisfacción-insatisfacción. El Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social de Caballo (1988) (Bordás et al., 2010), que evalúa conductas durante la interacción social en componentes moleculares 1) No Verbales (expresión facial, mirada, postura y orientación, tensión, distancia física, gestos, apariencia personal y oportunidad reforzamiento); 2) verbales (volumen, entonación, timbre, fluidez, velocidad, pronunciación y claridad, y duración de la conducta verbal); y 3) contenido verbal (humor, atención personal, respuestas a preguntas, e iniciativa).

También se encuentran las escalas DAS-II de Schubart, Krumm, Biehl y Schwarz (1986) que evalúan ajuste social en las áreas de comportamiento

* Correspondencia: Dra. Erika Yohanna Bedoya Cardona, Líder Grupo de Investigación Familia y Sociedad, Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia – UCC, sede Bucaramanga – Santander – Colombia. Calle 30A N° 33-51, Bucaramanga – Santander – Colombia. Teléfono: 0057- 6854500 ext. 7091. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3398-8188>. E-mail: erika.bedoyac@campusucc.edu.co

general (cuidado personal, empleo del tiempo libre, velocidad de ejecución física y mental y capacidad de iniciativa para comunicarse socialmente), ejecución del rol social (vida familiar, relación de pareja, rol paternal, relaciones sexuales, relaciones sociales y trabajo), comportamiento en el hospital (si ha estado ingresado dos o más semanas en el último mes), factores modificantes (inquietudes personales para mejorar la situación, riesgos específicos, ambiente en el hogar -se revisan aspectos relacionados con expresividad emocional del familiar clave informante- y apoyos sociales de que dispone y usa) y evaluación global. La Escala de Evaluación de la Actividad Global-EEAG (Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen, 1976) para la valoración del funcionamiento general a lo largo de un continuum de salud-enfermedad. La escala BELS (O'Driscoll y Leff, 1993) evalúa actividades de la vida diaria en personas con trastorno mental severo hospitalizadas y que van a pasar a vivir en la comunidad. La Independent Living Skills Survey (ILSS, Wallace, 1997) evalúa la capacidad para actividades de la vida diaria en pacientes que viven en comunidad, con la familia o en centros especializados.

Como se puede observar, para la medición del FS se han desarrollado gran variedad de escalas, entre ellas la Social Functioning Scale (SFS, Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990) creada para evaluar las áreas más relevantes para el mantenimiento de personas con esquizofrenia en la comunidad, para la cual Torres y Olivares (2005) desarrollaron la versión en español, sin embargo, como dicha escala contiene 78 ítems, lo cual la hace muy extensa su aplicación, Alonso et al. (2008) desarrollaron una versión corta con adecuada validez y fiabilidad, constituyéndola en una herramienta bastante utilizada en diferentes estudios con este tipo de población en rangos de edades entre los 20 y 80 años, como por ejemplo Jiménez, Vázquez y Cecilia (2000), Jiménez García-Bóveda, Vázquez Morejón y Vázquez Morejón Jiménez (2004), Mayoral et al. (2006), Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, Ferrer-García y Fernández-Dávila (2012), Castellanos Fernández (2015).

Por otra parte, de los déficits cognitivos presentes en la esquizofrenia, algunos son relativos a lenguaje y pensamiento abstracto (Selma, 2008), atención (Galaverna, Bueno y Morra, 2011), memoria de trabajo (Torres y Rodríguez, 2013), función ejecutiva (Gavillán y García, 2015; Medina, 2012), aprendizaje verbal, razonamiento, resolución de problemas, velocidad de procesamiento (Zaragoza, Bobes, García-Portilla y Morralla, 2015), percepción y capacidad motora (Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017). Como se puede observar, existe gran número de déficits cognitivos en la esquizofrenia, pero existe también una enorme variedad de instrumentos para medir las diferentes funciones cognitivas (Pino, Guiler, Gómez, Rojo, Vallejo y Purdon, 2006; Pino et al., 2008); sin embargo, la mayoría de instrumentos son extensos, costosos, diseñados para diferentes tipos de población (no específicas para trastornos psiquiátricos) y requieren alto nivel de experiencia para su aplicación e interpretación, con lo cual en el presente estudio se optó por el uso de instrumentos cortos y de fácil aplicabilidad como lo son la MoCA y la SCIP-S que se describirán más adelante.

La Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP; Purdon, 2005) fue creada para poder evaluar de manera rápida los déficits cognitivos presentes en psicosis y patologías afectivas en adultos. En el caso de la Montreal Cognitive Assessment -MoCA, en población con esquizofrenia se han desarrollado algunas validaciones (Arunpongpaishal y Sangsirilak, 2013; Fisekovic, Memic y Pasalic, 2012; Rodríguez-Bores Ramírez, Saracco-Álvarez, Escamilla-Orozco y Fresán Orellana, 2014), encontrando que es un instrumento bastante sensible para identificar deterioro cognitivo en contraste con otros instrumentos, como por ejemplo el Mini Mental State Examination-MMSE (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) que es uno de los más utilizados a nivel mundial.

Según Green y Harvey (2014) los déficits cognitivos pueden generar incapacidad para adquirir y mantener habilidades propias del FS, ocupacional y para la vida independiente. Algunas de las funciones cognitivas más estudiadas en relación al FS (Green y Nuechterlein, 1999) son la memoria verbal declarativa episódica y de trabajo (Sharma y Antonova, 2003), función ejecutiva (Rund y Borg, 1999), atención (Mílev, Ho, Arndt y Andreasen, 2005), aprendizaje verbal, razonamiento y resolución de problemas (Martínez-Aran et al., 2002; Penadés, Gastó, Boget, Catalán y Salamero, 2001).

Diversos estudios sugieren la existencia de una fuerte relación entre funcionamiento cognitivo (FC) y social (Fett, Viechtbauer, Dominguez, Penn, van Os y Krabbendam, 2011; Green, Kern, Braff y Mintz, 2000; Jaramillo, Fuentes y Ruiz, 2009; Schaefer, Giangrande, Weinberger y Dickinson, 2013), sin embargo, no hay consenso en las funciones específicas en dicha asociación (Cohen, Forbes, Mann y Blanchard, 2006); al respecto Couture, Penn y Roberts (2006, citados por Gutiérrez Ruiz, 2013) agregan que la cognición social (Ruiz, García y Fuentes, 2006), al igual que las habilidades sociales (Jiménez García-Bóveda, Vázquez Morejón, y Vázquez Morejón Jiménez,

2004), procesamiento emocional (Jaramillo et al., 2009), síntomas negativos (Ventura, Helleman, Thames, Koellner y Nuechterlein, 2009), meta-cognición, motivación e inconformidad social (Bell, Tsangm, Greig y Brysn, 2009; Gard, Fisher, Garrett, Genevsky y Vinogradov, 2009) son mediadores del FS y FC. También se ha expuesto que el deterioro cognitivo es predictor del desempeño en FS (Heinrichs, Ammari, Miles y McDermid, 2010; Lillevik Thorsen, Johansson y Loberg, 2014; Shamsi et al., 2011).

La relación entre el FS y FC en la esquizofrenia (Loubat, Gárate y Cuturrufo, 2014) puede explicarse desde el “modelo de capacidad de penetración” de Brenner (1987), basado en los supuestos de que 1) las personas con esquizofrenia presentan déficits funcionales y conductuales; 2) los déficits se dan por niveles y pueden afectar otras funciones (de ahí proviene el concepto de capacidad de penetración – de un nivel a otro); 3) existe relación jerárquica entre los niveles de funcionamiento. Al mismo tiempo, el modelo expone que los niveles funcionales previamente mencionados están organizados en cuatro categorías: a) atención/percepción (procesamiento de información); b) nivel cognitivo (formación de conceptos, asociación, atribución); c) nivel microsocial (capacidades conductuales y sociales básicas); d) nivel macrosocial (desempeño de diversos roles sociales). Este modelo también supone que los déficits en el procesamiento de la información (atención, memoria) afectan los procesos superiores (planificación ejecutiva) y la conducta social, lo que, a su vez, como un círculo vicioso, altera las funciones cognitivas básicas de atención y codificación, dando inicio a síntomas y deterioro en habilidades sociales (respuestas desadaptadas) que impiden el desarrollo adecuado de los procesos cognitivos (Brenner, Hodel, Genner, Roder y Corrigan, 1992).

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera relevante llevar a cabo un estudio para determinar si existe relación entre el FS y FC en personas con esquizofrenia, debido a que, si bien los avances científicos han mejorado la efectividad de los medicamentos y han posibilitado tratamientos ambulatorios, muchos pacientes siguen siendo resistentes a los efectos farmacológicos, presentando altas tasas de recaídas que conllevan a altos costos económicos, exclusión y dificultad de adaptación a la vida familiar, social y laboral (Li Ning, Rondón, Mina y Ballón, 2003). Por tanto, la comprensión de la relación entre FS y FC en esquizofrenia se considera importante para la creación, ajuste y mejora de tratamientos cognitivos y psicosociales, ya que éstos no se pueden dirigir únicamente a la reducción de intensidad de los síntomas, sino también a una mejoría en el funcionamiento global y calidad de vida del paciente y su familia (Travé y Pousa, 2012; Valencia, Lara y Rascón, 2002).

Metodología

Diseño

Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional, para describir los niveles de FS y FC de pacientes con esquizofrenia e identificar si existe relación entre dichas variables.

Participantes

La muestra está compuesta por 12 pacientes (11 hombres y 1 mujer), con edades entre los 22 y 70 años ($M= 47,17$; $DE=15,90$), con diagnóstico de esquizofrenia en los últimos 2 años, sin presencia de episodio agudo de psicosis o bajo efectos de alguna sustancia psicoactiva al momento de la evaluación (para esto último se preguntó directamente si habían consumido alguna sustancia como alcohol o drogas – diferentes de su medicación – en las últimas 48 horas), que reciben atención en un centro de salud mental de la ciudad de Medellín (Colombia) y participaron de manera voluntaria, siendo el tipo de muestreo No probabilístico, consecutivo y por conveniencia. Se excluyeron de la muestra pacientes que presentaran dificultad para responder los cuestionarios, que tuviesen diagnóstico de discapacidad intelectual, demencia u organicidad sin daño cerebral adquirido.

Instrumentos

El FS se evaluó con la Escala de Funcionamiento Social (*Social Functioning Scale - SFS*; Birchwood et al., 1990; versión en español de Torres y Olivares, 2005), que evalúa siete áreas de funcionamiento necesarias para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia: 1) Aislamiento/implicación social; 2) Conducta interpersonal; 3) Actividades prosociales; 4) Ocio; 5) Independencia/Competencia (ausencia o pérdida de la habilidad); 6) Independencia/Ejecución (no uso o abandono de una habilidad que se tiene), y 7) Empleo/Ocupación. Permite obtener una puntuación global del FS y de cada una de las 7 áreas. Las puntuaciones más altas indican mayor nivel de FS con los siguientes rangos: (≤ 95) “inferior”, (95-106) “intermedio”, (≥ 106) “superior”.

Tabla 1. Puntuaciones en escala de funcionamiento social SFS

Áreas FS	Ais/ Int	Com/ Int	Ind/ Eje	Ind/ Com	Ocio	Act/ Pro	Emp / Ocu	Total FS
N	12	12	12	12	12	12	12	12
M	14,08	5,83	24,92	37,00	14,83	13,00	3,33	113,00
DE	3,15	1,99	11,67	3,44	6,31	8,39	1,50	27,44
Mínimo	9	2	3	28	4	3	0	62
Máximo	18	9	39	39	24	25	6	153

Nota. M = media; DE = desviación estándar; Ais/Int = Aislamiento/Integración social; Com/Int = Comunicación Interpersonal; Ind/Eje = Independencia Ejecución; Ind/Com = Independencia Competencia; Ocio = Tiempo libre; Act/Pro = Actividades Prosociales; Emp/Ocu = Empleo u Ocupación; Total FS = Funcionamiento Social.

Tabla 2. Puntuaciones de funcionamiento cognitivo según escala MoCA

	Viso espacial	Identifica	Memoria	Atención	Lenguaje	Abstracción	Recuerdo Diferido	Orientación	Total FC
N	12	12	12	12	12	12	12	12	12
M	2,83	2,42	7,75	4,08	1,42	1,17	,92	4,92	18,33
DE	1,64	,79	1,77	1,62	,90	,94	1,38	1,62	6,00
Mínimo	0	1	4	1	0	0	0	1	6
Máximo	5	3	10	6	3	2	4	6	28

Nota. M = media; DE = desviación estándar.

Tabla 3. Puntuaciones de funcionamiento cognitivo según escala SCIP-S

	VLT-I	WMT	VFT	VLT-D	PST	Total SCIP-S
N	12	12	12	12	12	12
M	11,42	13,42	13,17	1,92	4,67	43,75
DE	4,122	7,217	3,810	2,678	3,939	15,89
Mínimo	5	2	7	0	0	20
Máximo	21	24	19	9	12	81

Nota. M = media; DE = desviación estándar; VLT-I = Aprendizaje de Palabras; WMT = Repetición de Consonantes; VFT = Fluidez Verbal; VLT-D = Aprendizaje Diferido de Lista de Palabras; PST = Velocidad de Procesamiento.

El FC se evaluó con dos escalas: Por una parte, la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (*Montreal Cognitive Assessment - MoCA*, versión en español, Nasreddine et al., 2005). Evalúa atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades viso constructivas, cálculo y orientación. Las puntuaciones se obtienen sumando el resultado de cada subescala. Puntaje máximo 30; el punto de corte para determinar deterioro cognitivo es ≤ 26 puntos. La sensibilidad es excelente (70% a 90%) para detectar deterioro cognitivo leve, variantes del funcionamiento cognitivo que no afectan la funcionalidad y etapas tempranas o incipientes del deterioro (Nasreddine et al., 2005).

Por otra parte, se utilizó la escala breve para evaluar deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos (*Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - SCIP*; Purdon, 2005; versión en español- SCIP-S, Pino et al., 2006) evalúa deterioro cognitivo en pacientes con patologías psiquiátricas y trastornos afectivos. Consta de cinco subtests: 1) Prueba de Aprendizaje de Palabras (*Verbal Learning Test-Immediate, VLT-I*); 2) Test de Repetición de Consonantes (*Working Memory Test, WMT*); 3) Fluidez Verbal (*Verbal Fluency Test, VFT*); 4) Aprendizaje Diferido de Lista de Palabras (*Verbal Learning Test-Delayed, VLT-D*), y 5) Tarea de Velocidad de Procesamiento (*Speed of Processing Test, SPT*). Presenta tres formas paralelas, que no generan efectos de forma y por lo cual pueden utilizarse indistintamente. Para el presente estudio solo se aplicó la Forma 1. En la validación de la versión en español se encontró que los coeficientes de correlación intraclass de test-retest variaron de 0,74 a 0,90, con una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,73 (Pino et al., 2008).

Procedimiento

Se presentó solicitud para realización del estudio a una institución prestadora de servicios de salud mental de la ciudad de Medellín (Colombia) que atiende pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Después de obtener autorización se explicó el estudio a los participantes. Una vez aceptado el consentimiento informado (según lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, República de Colombia) se procedió a la aplicación del cuestionario de FS en formato digital haciendo uso de un computador con acceso a internet, y los dos cuestionarios de FC en papel y lápiz.

Análisis de Datos

Se realizaron con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS (versión 22.0). Dichos análisis corresponden a estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos, puntuaciones en las escalas (rangos, media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes), y correlaciones Spearman entre funcionamiento social y cognitivo.

Resultados

Datos sociodemográficos

Al momento del estudio, todos los participantes recibían tratamiento con medicación. Del total de la muestra, 10 residen en institución psiquiátrica y dos viven con la familia. Respecto al estado civil, nueve son solteros, uno es separado, uno es divorciado y uno es viudo. Además, uno ha realizado estudios de primaria, ocho son bachilleres, tres tienen estudios universitarios. Ninguno tiene un empleo remunerado ni autoempleo, y la mitad más uno afirma estar incapacitado para desempeñar una labor. Adicionalmente, cinco expresan que no tienen ningún amigo, cuatro tienen máximo tres amigos, y sólo uno tiene pareja.

Funcionamiento Social

En la Tabla 1 la puntuación media del FS ($M=113$; $DE=27,439$) indica que en promedio el grupo se encuentra en un nivel superior, ya que la puntuación máxima en la escala completa puede llegar hasta los 220 puntos y la del grupo es de 153, teniendo en cuenta los rangos de puntuación propuestos por los autores (Birchwood et al., 1990), se encontró que más de la mitad del grupo ($n = 7$) se encuentra en un nivel superior (≥ 106), uno en nivel medio (95-106) y cuatro en el nivel inferior (≤ 95). Respecto a las subescalas, el rango de Ais/Int es de 0 a 18 y el grupo se encuentra en un nivel alto; para el Com/Int el rango es de 0 a 9 y el grupo se podría ubicar en un nivel medio; en Ind/Eje el rango es de 0 a 39 y el grupo se encuentra en un nivel medio alto; en Ind/Com el rango es de 13 a 39 y el grupo se encuentra en un nivel muy alto; en cuanto a Ocio el rango es de 0 a 45 ubicándolo en un nivel bajo; en Act/Pro el rango es de 0 a 66 ubicándolo en un nivel bajo; por último, respecto al Emp/Ocu el rango es de 0 a 6 quedando en un nivel medio.

Funcionamiento Cognitivo

En la Tabla 2 se observan las puntuaciones en FC de la escala MoCA, los autores de ésta sugieren que el puntaje máximo es 30 y el punto de corte para determinar deterioro cognitivo es ≥ 26 puntos, por tanto, la puntuación media del grupo ($M=18,33$; $DE=6,00$) indica un bajo nivel de funcionamiento cognitivo, ya que la puntuación máxima alcanzada por un solo paciente es de 28, y los 11 restantes presentan puntuaciones por debajo de 26.

En la tabla 3 se observan las puntuaciones de la escala SCIP-S, cuyo punto de corte para determinar deterioro cognitivo en la prueba total es ≥ 67 , ubicando a nuestro grupo en un bajo nivel de FC, ya que 11 pacientes presentan puntuaciones por debajo del punto de corte. De otra parte, las puntuaciones para cada subprueba indican que en la Prueba de Aprendizaje de Palabras (VLT-I) cuyo rango es de 0 a 30 y el punto de corte es ≥ 20 , el grupo se encuentra en un nivel muy bajo; en Repetición de Consonantes (WMT) el rango es de 0 a 24 y el punto de corte es ≥ 16 ubicando al grupo en un nivel bajo; en Fluidez Verbal (VFI) no se establece una puntuación máxima pero el punto de corte es ≥ 16 , con lo cual el grupo se ubica en un nivel bajo; en Aprendizaje Diferido (VLT-D) el rango es de 0 a 10 y el punto de corte es ≥ 5 ubicando al grupo en un nivel muy bajo; y respecto a la Tarea de Velocidad de Procesamiento (PST) el rango es de 0 a 30 y el punto de corte es ≥ 10 , quedando el grupo en un nivel muy bajo.

Los resultados anteriores permiten evidenciar que casi el total de la muestra presenta puntuaciones por debajo de los puntos de corte en todas las escalas y subescalas, lo cual indica presencia de deterioro cognitivo.

Correlaciones entre Funcionamiento Social y Cognitivo

Al realizar correlaciones de Spearman con las puntuaciones totales de las escalas SFS y las dos de FC, se encontró que sólo SFS y MoCA se relacionan significativamente ($r_s = 0.729, p = 0.007$); mientras que la SCIP-S no presenta relación con SFS ($r_s = 0.418, p = 0.177$), ni con MoCA ($r_s = 0.380, p = 0.223$). Al correlacionar las subescalas de cada una de las tres pruebas, se encuentran las siguientes relaciones estadísticamente significativas: Para SFS y SCIP-S se encontraron relaciones significativas entre WMT con SFS Total ($r_s = 0.723, p = 0.008$) y con Act/Pro ($r_s = 0.581, p = 0.048$); y Ocio con PST ($r_s = 0.609, p = 0.036$). Para SFS y MoCA se relacionaron Orientación con Ind/Com ($r_s = 0.913, p < 0.001$) y con Emp/Ocu ($r_s = 0.836, p = 0.001$); Recuerdo Diferido con Ind/Eje ($r_s = 0.626, p = 0.029$) y con Ocio ($r_s = 0.793, p = 0.002$); Atención con Ind/Com ($r_s = 0.718, p = 0.009$), con Ocio ($r_s = 0.650, p = 0.022$) y con Emp/Ocu ($r_s = 0.624, p = 0.030$); por último, Identificación con Ind/Com ($r_s = 0.600, p = 0.039$). En cuanto a relaciones entre MoCA y SCIP-S sólo correlacionan significativamente las subescalas Visoespacial con PST ($r_s = 0.721, p = 0.008$).

Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue describir las variables e identificar si existe relación entre el nivel de FS y FC en pacientes con esquizofrenia, para lo cual encontramos que aunque más de la mitad del grupo se encuentra en un nivel superior de FS debido a que presentan puntuaciones totales y por subescalas por encima de los puntos de corte (similar a los resultados de Gutiérrez-Maldonado et al., 2012), el hecho de que la mayoría se encuentre institucionalizado y ninguno tenga empleo remunerado o pareja (Vila et al., 2003) contradice dichos resultados, evidenciando posible sesgo de deseabilidad al responder de manera muy alta a un cuestionario auto-informado, tal como se ha reportado en la literatura respecto a que existe diferencia en la percepción que tienen los pacientes de su FS de la que tienen los cuidadores (Gutiérrez-Maldonado et al., 2012; Jiménez et al., 2000), y teniendo en cuenta que para evaluar el FS en población con esquizofrenia, sería adecuado más que preguntar si la persona trabaja o tiene amigos o pareja, indagar por aspectos como independencia (competencia y rendimiento), aislamiento social, funcionamiento interpersonal y actividades diarias (Weissman, 1975).

Por otra parte, las respuestas auto-informadas sobre actividades sociales, recreativas o funcionales de la SFS pueden estar reflejando la percepción que tiene el paciente respecto a su funcionamiento, más que evidenciar su capacidad real (Addington y Addington, 2008), teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes estaba institucionalizada y que la escala fue diseñada para pacientes ambulatorios (Polimeni, Campbell, Gill, Sawatzky y Reiss, 2010). Además, algunos estudios han encontrado que los hombres tienden a sobreestimar su nivel de FS (Jiménez et al., 2000), y como se puede observar la muestra de este estudio estuvo conformada en su mayoría por hombres.

Otro aspecto relevante es que todos los participantes del presente estudio se encontraban medicados al momento de la evaluación, y se ha dicho

que la medicación antipsicótica tiene un pequeño impacto en los dominios de habilidad social u ocupacional para funcionar de manera independiente (Hamilton, Edgell, Revicki y Breier, 2000; Mayoral et al., 2006; Rosenheck et al., 2006), por lo cual podrían haber presentado puntuaciones medias y altas en varias subescalas del FS, aunque en estudios previos se haya encontrado mayormente puntuaciones bajas en habilidades sociales en dicha población (Bordás et al., 2010). Pero el hecho de que casi todos estuvieran institucionalizados, incapacitados para trabajar y sin relaciones de pareja, puede explicarse como lo argumentan Zabala e Iraurgi (2000), debido a que aunque tengan óptimas habilidades sociales pueden tener pobre competencia social a causa de factores de su entorno que dificulten el despliegue de dichas habilidades; y que a su vez, puede que sean competentes socialmente pero con pobre adaptación o habilidades sociales (Jiménez García-Bóveda et al., 2004), es decir, que cuenten con motivación y se consideren aptos para el desarrollo de actividades o mantenimiento de relaciones interpersonales, pero que sean incapaz de desempeñar las tareas que requieren determinados roles.

Respecto a las puntuaciones en las dos escalas de FC, similar a estudios previos, casi el total de la muestra en el presente estudio presenta deterioro cognitivo (Bedoya, Ardila, Cañas y Vásquez, 2017; Schaefer et al., 2013; Talreja, Shah y Kataria, 2013). Al observar las puntuaciones en cada subescala de la MoCA se encontraron resultados contradictorios ya que a nivel singular evidencian desempeño alto y medio en casi todas, excepto en Recuerdo Diferido donde la puntuación media es bastante baja, al igual que en todas las subescalas de la SCIP-S. Sin embargo, aunque los autores del instrumento MoCA (Nasreddine et al., 2005) recomiendan un punto de corte de 26 para sujetos normales (establecido para población canadiense), la validación en Colombia realizada con población de adultos mayores, clasifica como normales los puntajes superiores a 21 (Bedoya y Vásquez, 2019; Pereira-Manrique y Reyes, 2013), no obstante, no se cuenta con estudios de validación en población colombiana con esquizofrenia.

Por otra parte, al correlacionar las subescalas de ambas pruebas (MoCA y SCIP-S), a pesar de que ambas escalas miden procesos cognitivos, sólo correlacionan significativamente la función visoespacial con velocidad de procesamiento. Esto puede explicarse debido a que la función visoespacial es la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente, y la velocidad de procesamiento es el tiempo que toma hacer una tarea mental, es decir, lo que se tarda entre recibir un estímulo y emitir una respuesta. Por lo tanto, ambas funciones se relacionan con el hecho de llevar a cabo procesos de transformación mental previos a la acción (Pérez, Mammarella, Del Prete, Bajo y Cornoldi, 2014).

En cuanto a la ausencia de correlación entre ambas escalas (MoCA y SCIP-S), se puede hipotetizar que probablemente la SCIP-S sea un instrumento sensible ante alteraciones cognitivas mayores, mientras que la MoCA es más sensible ante alteraciones leves o áreas del FC que no necesariamente afectan la funcionalidad general (Rodríguez-Bores Ramírez et al., 2014), además, las pruebas neurocognitivas a menudo evalúan más de un dominio de funcionamiento, y muchas de ellas no encajan perfectamente en un solo dominio (Keefe y Harvey, 2012).

Al tratar de identificar correlación entre las variables FS y FC sólo se encontró relación entre ambas para las puntuaciones totales de las pruebas SFS y MoCA, lo cual es inquietante ya que ésta última prueba no fue diseñada específicamente para población con diagnóstico de esquizofrenia, como sí los son las escalas SFS y SCIP-S. La MoCA al igual que la mayoría de los instrumentos para medir el funcionamiento cognitivo están creados para pacientes con daño cerebral o demencias, lo cual da pie a un alto número de falsos positivos o sobre diagnóstico de deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos (Pino et al., 2008), sin embargo, las puntuaciones en la escala SCIP-S también evidencian deterioro cognitivo en la presente muestra, con lo cual podríamos hablar de cierta validez concurrente.

En cuanto a la relación entre FS y FC hubo un interesante resultado respecto a que sólo se relacionaron las escalas SFS y MoCA, y no la SCIP-S que fue diseñada precisamente para medir FC en pacientes psiquiátricos. Dicho resultado es similar al del Addington y Addington (2008), quienes tampoco hallaron asociación entre FC con la SFS, excepto con la subescala Empleo/Ocupación. Sin embargo, la relación entre FS y FC hallada en el presente estudio, tal como lo plantea la "teoría de capacidad de penetración", es también apoyada por otros autores (Horan, Kern, Green y Penn, 2008; Horan, Kern, Shokat-Fadai, Sergi, Wynn y Green, 2009; Roberts y Penn, 2010), quienes argumentan que, en términos teóricos, el FC influye sobre el FS, pero al mismo tiempo, un entorno social pobre puede influir en el FC, y eso se puede evidenciar en el hecho de que casi todos los participantes están institucionalizados.

No obstante, como reporta Pardo (2005) y como se observa en el presente estudio, no se ha confirmado que los déficits cognitivos se relacionen

en el mismo grado con las diferentes áreas de funcionamiento. Al respecto, algunos autores proponen que el desempeño de un rol ocupacional no siempre depende del desempeño cognitivo (Cavieres y Valdebenito, 2005), y que en la esquizofrenia existe un patrón de lentificación de procesos cognitivos sin pérdida de capacidad para realizar actividades (Servat, Lehmann, Harari, Gajardo y Eva, 2005). Por otra parte, la evidencia muestra que no existe un único perfil cognitivo en la esquizofrenia (Reeder, Smedley, Butt, Bogner y Wykes, 2006), debido a que el amplio espectro de déficits que presentan las personas con dicho trastorno, impiden su clasificación o sistematización (Flashman y Green, 2004), e igualmente, tampoco existe consistencia respecto a la definición del FS ya que al concepto se han atribuido conductas interpersonales y comunitarias, habilidades para la vida independiente, resolución de problemas, desempeño en situaciones de laboratorio, entre otros (Couture et al., 2006).

Sin embargo, en el presente estudio, al correlacionar las subescalas de las pruebas para tratar de identificar correlaciones por cada función, se encontró relación entre memoria de trabajo con FS total y actividades prosociales (Green, Kern y Heaton, 2004; Sharma y Antonova, 2003); atención con Independencia/Competencia, con Ocio y con Empleo/Ocupación; ocio con velocidad de procesamiento; orientación con independencia/competencia (capacidad para ejecutar habilidades para la vida independiente) y con empleo/ocupación (empleo productivo o programa estructurado de actividad diaria); recuerdo diferido con independencia/ejecución (práctica de habilidades para vida independiente) y con ocio; y por último, identificación con independencia/competencia, resultados similares a los estudios de Jaramillo et al. (2011), quienes encontraron que, alto rendimiento en tareas de atención y concentración se relaciona con alta capacidad en actividades diarias que implican autonomía e independencia; y también Green et al. (2000) han encontrado que memoria y atención son predictivas de funcionamiento en la comunidad, solución de problemas y adquisición de habilidades sociales.

Por otra parte, las alteraciones en memoria de trabajo pueden limitar la capacidad para adquirir, retener o aprender habilidades para funcionar adecuadamente en la vida cotidiana (Lepage, Bodnar y Bowie, 2014) y laboral (McGurk y Mueser, 2006); según Addington y Addington (2008), un déficit cognitivo general puede afectar la capacidad de resolución de problemas sociales y ciertos tipos de funcionamiento comunitario, en particular el trabajo y el funcionamiento de roles.

Para concluir, se puede decir que los resultados del presente estudio no son generalizables debido al pequeño tamaño de la muestra (Castellanos Fernández, 2015), el hecho de que gran parte de los pacientes estaban institucionalizados, todos estaban medicados, y que el tipo de muestreo fue no probabilístico. De otra parte, aunque la escala para medir FS fue auto informada pudiendo presentarse sesgos, el estudio presenta unas ventajas correspondientes a que ésta escala cubre diferentes áreas relativas no solo a los logros sociales o laborales, sino también a habilidades instrumentales en la vida diaria. Al mismo tiempo, el FC se evaluó con una escala diseñada para personas con esquizofrenia y con otra para personas con demencias y en ambas el resultado fue similar; y por último, el presente estudio hace parte de una línea de investigación novedosa en el país y en Latinoamérica, ya que aunque los resultados no son concluyentes, pueden orientar futuros estudios que, superando las limitaciones mencionadas previamente, profundicen en la relación encontrada entre algunos aspectos del funcionamiento social y cognitivo, y también en las posibles causas de la falta de relación encontrada entre las escalas de FC (SCIP-S con MoCA y SFS).

Finalmente, los resultados pueden ser de ayuda para el desarrollo e implementación de programas de rehabilitación y entrenamiento cognitivo y social personalizados, que posibiliten la integración a la vida familiar, laboral y comunitaria de las personas con esquizofrenia, más allá de lo meramente paliativo del tratamiento farmacológico para el control de los síntomas psicóticos, que es lo que se ofrece actualmente en el país.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por la Universidad Cooperativa de Colombia dentro del marco de la convocatoria general de investigación 2017 (ID proyecto 1880).

Declaración de Conflicto

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los participantes, auxiliares de investigación y al Hogar Psiquiátrico Villarreal.

Referencias

- Addington, J., y Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, 99, 176-181.
- Alonso, J., Olivares, J. M., Ciudad, A., Manresa, J. M., Casado, A., y 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 Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 102-110.
- American Psychiatric Association. (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Arunpongpaial, S., & Sangsirilak, A. (2013). Using MoCA-Thai to evaluate cognitive impairment in patients with schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(7), 860-865.
- Bedoya, E., Ardila, W., Cañas, D., y Vásquez, D. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 08-13.
- Bedoya, E., y Vásquez, D. (2019). Estrés y Funcionamiento Cognitivo en Universitarios. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 14(1), 23-29.
- Bell, M., Tsang, H. W. H., Greig, T. C., y Brysn, G. (2009). Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 738-747.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T., y Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156(6), 809-818.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Bordás, C. S., Ballester, M. G., y Laborda, J. L. A. (2010). Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo Social vs Psicología. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 48, 223-231.
- Brenner, H. D. (1987). On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. En J. S. Strauss, W. Böker, & H. D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 136-151). Toronto: Hans Huber.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Genner, R., Roder, V., y Corrigan, P. W. (1992). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *British Journal of Psychiatry*, 161(Suppl. 18), 154-163.
- Bulbena, A., Fernández de Larrinoa, P., y Domínguez, A. I. (1992). Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de las Habilidades de la vida cotidiana. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 20(2), 51-60.
- Castellanos Fernández, E. (2015). *Cognición social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia* (Tesis de Máster). Universitario en Investigación en Ciencias Sociosanitarias. Universidad de León, España.
- Cavieres, F., y Valdebenito, V. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 97-108.
- Cohen, A. S., Forbes, C. B., Mann, M. C., y Blanchard, J. J. (2006). Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8, 227-238.
- Couture, S. M., Penn, D. L., y Roberts, D. L. (2006). The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 44-63.
- Díaz, E. A., Delgado, G. A., Riaño, M. E., Caballero, A. Y., y Moros, J. P. (2017). Perfil Neuropsicológico en un Paciente con Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(1), 34-39.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., y Remington, G. (2014). Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(4), 290-299.

- Fett, A.-K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M. G., Penn, D. L., van Os, J., y Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 573-588.
- Fisekovic, S., Memic, A., & Pasalic, A. (2012). Correlation between MoCA and MMSE for the assessment of cognition in schizophrenia. *Acta Informatica Médica*, 20(3), 186-189.
- Flashman, L. A., y Green, M. F. (2004). Review of cognition and brain structure in schizophrenia: profiles, longitudinal course and effects of treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 1-18.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Galaverna, F., Bueno, A., y Morra, C. (2011). Perfil Neurocognitivo en la Esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2(11), 103-113.
- Gard, D. E., Fisher, M., Garrett, C., Genevsky, A., y Vinogradov, S. (2009). Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115, 74-81.
- Gavillán, J., y García, J. (2015). Executive dysfunction in schizophrenia and its association with mentalizing abilities. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 8(3), 119-129.
- Green, M. F., y Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1, e1-e9.
- Green, M., Kern, R., Braff, D., y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Green, M. F., Kern, R. S., y Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41-51.
- Green, M. F., y Nuechterlein, K. H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*, 25, 309-318.
- Gutiérrez Ruiz, K. (2013). Evaluación neuropsicológica de la cognición social en la esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 103-123.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., y Fernández-Dávila, P. (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.
- Hamilton, S. H., Edgell, E. T., Revicki, D. A., y Breier, A. (2000). Functional outcomes in schizophrenia: a comparison of olanzapine and haloperidol in a European sample. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 245-255.
- Heinrichs, R. W., Ammari, N., Miles, A. A., y McDermid, S. (2010). Cognitive performance and functional competence as predictors of community independence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 381-387.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Green, M. F., y Penn, D. L. (2008). Social cognition training for individuals with schizophrenia: emerging evidence. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 205-252.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., y Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, 107, 47-54.
- Jaramillo, P., Fuentes, I., y Ruiz, J. C. (2009). Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychology, Society & Education*, 1, 13-24.
- Jaramillo, P., Ruiz, J. C., y Fuentes, I. (2011). Relaciones entre neurocognición, procesamiento emocional y funcionamiento social en la esquizofrenia. *Psychology, Society, & Education*, 3(2), 99-112.
- Jiménez García-Bóveda, R., Vázquez Morejón, A. J., y Vázquez Morejón Jiménez, R. (2004). Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 111-120.
- Jiménez García-Bóveda, R., Vázquez Morejón, A., y Vázquez Morejón Jiménez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-71.
- Jiménez, R., Vázquez, A. J., y Cecilia, L. (2000). Género y funcionamiento social en esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, (75), 27-33.
- Juckel, G., y Morosini, P. (2008). The new approach: Psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 630-639.
- Keefe, R. S. E., & Harvey, P. D. (2012). Cognitive Impairment in Schizophrenia. In M.A. Geyer and G. Gross (eds.), *Novel Antischizophrenia Treatments, Handbook of Experimental Pharmacology* 213, Springer-Verlag Berlin Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_2.
- Lepage, M., Bodnar, M., y Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: Clinical and Functional outcomes in Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 5-12.
- Lillevik Thorsen, A., Johansson, K., y Loberg, E. M. (2014). Neurobiology of cognitive remediation therapy for schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 5(103), 1-9.
- Li Ning, J., Rondón, M., Mina, R. L., y Ballón, R. (2003). Causas de Rehospitalización de Pacientes Esquizofrénicos Crónicos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66, 13-26.
- Loubat O., M., Gárate M., R., y Cuturrufo A., N. (2014). Investigaciones en rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia (2004-2013): una revisión temática en beneficio de propuestas para etapas iniciales del trastorno. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(3), 213-227.
- Martínez-Arán, A., Penadés, R., Vieta, E., Colom, F., Reinares, M., Benabarro, A., Salamero, M., y Gastó, C. (2002). Executive function in remitted bipolar and schizophrenic patients and its relationship with functional outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 39-46.
- Mayoral, F., Montejo, A. L., Bousño, M., González-Torres, M. A., Olivares, J. M.,...Lara, N. (2006). Calidad de vida y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia en monoterapia con olanzapina: estudio naturalístico de 1 año de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(1), 7-15.
- Medina, L. (2012). Relación entre funcionamiento neurocognitivo y aspectos sociodemográficos en pacientes con esquizofrenia. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 16(9), 1-35.
- McGurk, S. R., y Mueser, K. T. (2006). Cognitive and clinical predictors of work outcomes in clients with schizophrenia receiving supported employment services: 4-year follow-up. *Administration and Policy in Mental Health*, 33(5), 598-606.
- Milev, P., Ho, B., Arndt, S., y Andreasen, N. C. (2005). Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study with 7-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 495-506.
- Mueser, K. T., y Tarrier, N. (1998). *Handbook of social functioning in Schizophrenia*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Márquez, M., Valdelomar, M.,... NEDES Group. (2006). Influence of age at onset on social functioning in outpatients with schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 20(3), 157-163.
- O'Driscoll, C., y Leff, J. (1993). The Taps Project.8: design of the research study on the long stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 162(supl 19), 18-24.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1), 71-83.
- Penadés, R., Gastó, C., Boget, T., Catalán, R., y Salamero, M. (2001). Deficit in schizophrenia: the relationship between negative symptoms and neurocognition. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 64-69.
- Pereira-Manrique, F., y Reyes, M. F. (2013). Confiabilidad y Validez del Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en población mayor de Bogotá, Colombia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(2), 39-61.
- Pérez, A., Mammarella, I., Del Prete, F., Bajo, T., y Cornoldi, C. (2014). Capacidad geométrica y memoria visoespacial en población adulta. *Psicología*, 35, 225-249.
- Pino, O., Guilera, G., Gómez, J., Rojo, J. E., Vallejo, J., y Purdon, S. E. (2006). Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos. *Psicothema*, 18(3), 447-452.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B.,...Spanish Working Group in Cognitive Function. (2008). Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 99, 139-148.

- Polimeni, J. O., Campbell, D., W., Gill, D., Sawatzky, B. L., y Reiss, J. P. (2010). Diminished humour perception in schizophrenia: Relationship to social and cognitive functioning. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 434-440.
- Purdon, S. E. (2005). *The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP): Instructions and three alternative forms*. Edmonton, AB: PNL, Inc.
- Reeder, C., Smedley, N., Butt, K., Bogner, D., y Wykes, T. (2006). Cognitive Predictors of Social Functioning Improvements Following Cognitive Remediation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), 123-131.
- Roberts, D. L., y Penn, D. L. (2010). Social Cognition and Intervention Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 35-47.
- Rodríguez-Bores Ramírez, L., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Orozco, R., y Fresán Orellana, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37, 517-522.
- Rosen, A., Had-zi Pavlovic, D., y Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Rosenheck, R. A., Leslie, D. L., Sindelar, J., Miller, E. A., Lin, H., Stroup, T. S., McEvoy, J. CATIE Study Investigators. (2006). Cost-effectiveness of second-generation antipsychotics and perphenazine in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2080-2089.
- Ruiz, J. C., García, S., y Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 137-155.
- Rund, B. R., y Borg, N. E. (1999). Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 85-95.
- Schaefer, B. A., Giangrande, E., Winberger, D. R., y Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50.
- Schubart, C., Krumm, B., Biehl, H., y Schwarz, R. (1986). Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. Definition, assessment and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients of recent onset. *Social Psychiatry*, 21(1), 1-9.
- Selma, H. (2008). Neuropsicología de la Esquizofrenia. *Cuadernos de neuropsicología*, 2(2), 79-134.
- Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L., y Eva, P. (2005). Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(3), 210-216.
- Shamsi, S., Lau, A., Lencz, T., Burdick, K. E., DeRosse, P., Brenner, R., Lindenmayer, J. P., y Malhotra, A. K. (2011). Cognitive and symptomatic predictors of functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 257-264.
- Sharma, T., y Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 25-40.
- Talreja, B. T., Shah, S., y Kataria, L. (2013). Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1), 47-53.
- Travé, J., y Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33, 48-59.
- Torres, A., y Olivares, J. M. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 216-220.
- Torres, K. L., y Rodríguez, G. (2013). Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 10(2), 1-17.
- Valencia, M. (1986). Criterios metodológicos para diseñar instrumentos de investigación: La Escala de Funcionamiento Psicosocial. *La Psicología Social en México. Volumen I*. Editorial Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Valencia, M., Lara, M. C., y Rascón, M. L. (2002). La importancia de los tratamientos farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana Psiquiatría*, 2(1), 6-21.
- Ventura, J., Helleman, G. S., Thames, A. D., Koellner, V., y Nuechterlein, K. H. (2009). Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 113, 189-199.
- Vila, F., Ochoa, S., y Haro, J. M. (2003). Psicopatología y funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(6), 319-323.
- Villamil Salcedo, V., Valencia Collazos, M., Díaz Martínez, L. R., Medina-Mora Icaza, M. E., y Juárez, F. (2005). Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo del alcohol. *Salud Mental*, 28(4), 40-48.
- Wallace, C. J. (1997). Social skills training in psychiatric rehabilitation: Recent Findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5-10.
- Weissman, M. M. (1975). The assessment of social adjustment: review of techniques. *Archives General Psychiatry*, 32, 357-365.
- Wykes, T. (1988). Social functioning in residential and institutional setting. En K.T. Mueser & N. Tarrrier, *Handbook of social functioning in Schizophrenia* (pp. 20-38). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Zabala, A., y Iraurgi, I. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Una revisión. *GOZE*, 3(8), 29-41.
- Zaragoza, S., Bobes, J., García-Portilla, M. P., y Morralla, C. (2015). Cognitive Performance associated to functional outcomes in stable outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(3), 146-158.