



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

GRAVEDAD DE FUNCIONAMIENTO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Autor: Rosa Caballero Lunar

Tutor profesional: Rocío Caballero Campillo

Tutor Metodológico: María Cortés Rodríguez

Madrid
Mayo 2019

Rosa
Caballero
Lunar

**GRAVEDAD DE FUNCIONAMIENTO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA**



Resumen

El objetivo de este estudio del trastorno de esquizofrenia es encontrar factores de protección que se puedan utilizar para prevenir una alta gravedad de funcionamiento con el paso del tiempo. La población estudiada fueron 30 varones con una media de 50 años con diagnóstico de esquizofrenia que residían en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados. El diseño fue ex post-facto de carácter retrospectivo y se analizaron las siguientes variables: consumo de cannabis previo al diagnóstico, estilo de afrontamiento, funciones cognitivas y psicosociales y gravedad de funcionamiento. Se encontraron resultados estadísticamente significativos en las variables gravedad de funcionamiento y funciones psicosociales, con un tamaño del efecto de $p = 0.56$ y una potencia estadística de $1 - \beta = .88$. Por tanto, se podría decir que hay una relación estadísticamente significativa entre unas buenas funciones psicosociales y una menor gravedad, que se puede generalizar al resto de la población. El resto de las variables analizadas no tuvo respaldo estadístico, posiblemente afectado por las limitaciones del estudio como fueron la deseabilidad social, régimen cerrado de tratamiento, muestra homogénea y dificultades para la comprensión de los instrumentos por parte de algunos sujetos.

Palabras clave: esquizofrenia, funciones psicosociales, gravedad de funcionamiento, cannabis, afrontamiento, funciones cognitivas.

Abstract

The objective of this study of schizophrenia is finding protective factors that can be used to prevent a high operating severity after a certain length of time. The study population consisted of 30 male subjects averaging 50 years of age, diagnosed with schizophrenia and living in a long-term psychiatric care unit. An ex post facto retrospective design was used, taking the following variables into account: cannabis use before diagnosis, coping style, cognitive and psychosocial functions, and operating severity. Statistically significant results were found on the variables “operating severity” and “psychosocial functions”, where the effect size was $p = 0.56$ and the statistical power was $1 - \beta = .88$. With this in mind, it could be said that there’s a statistically significant association between good psychosocial functions and a lower operating severity that could be extrapolated to the rest of the population. The rest of the analysed variables didn’t have any statistical support, probably affected by the limitations of the study such as social desirability, closed treatment regime, homogeneous sample and the difficulty that some of the subjects had when it came to understand some of the instruments.

Keywords: squizophrenia, psychosocial functions, operating severity, cannabis, coping mechanism, cognitive functions.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno crónico, heterogéneo, multifactorial y debilitante desencadenado por una serie de factores genéticos, epigenéticos, del desarrollo y ambientales que interactúan entre sí. Esto interfiere en el desarrollo y la maduración normativa del cerebro. (Millan et al., 2016). El diagnóstico específico de esquizofrenia representa un significativo trastorno psiquiátrico (o grupo de trastornos) en el que la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona están altamente alterados. Los síntomas de la psicosis y la esquizofrenia se pueden dividir en síntomas negativos y síntomas positivos. A este primer grupo pertenecerían la apatía emocional, abulia y falta de impulso para realizar actividades, mientras que el segundo grupo constaría de alucinaciones (percepciones alteradas en ausencia de estímulos) y delirios (creencias fijas o falsas). Además, se caracterizan también por tener pobreza del habla, aislamiento social y auto-abandono. (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, 2015).

Con algunos cambios respecto a su edición anterior, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) propone los siguientes criterios, de los cuales ha de cumplir dos o más, para el diagnóstico de esquizofrenia: alucinaciones, síntomas negativos -abulia-, comportamiento catatónico o altamente desorganizado, delirios y discurso perturbado, pudiendo ser diagnosticado únicamente si presenta uno de los tres primeros. Desde el inicio del trastorno, una parte significativa de los ámbitos principales de la persona se encuentra tremendamente por debajo del nivel premórbido. Como “ámbitos principales” se presuponen el cuidado personal en todos sus aspectos, las relaciones interpersonales cercanas y más extensas y el estudio o el trabajo. Esta situación debe persistir un mínimo de seis meses, existiendo en uno de ellos como mínimo los síntomas anteriores –a excepción de haber recibido un tratamiento con éxito- (Tandon, Gaebel, Barch, Bustillo, y Heckers, 2013)

Messias, Chen, & Eaton (2007) llevan a cabo un estudio epidemiológico sobre la esquizofrenia, aportando unos datos de 5/1000 y según la *American Psychiatric Association* (APA) en 2013 aproximadamente del 0,3 al 0,7% de la población está diagnosticada de este trastorno. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aporta en 2015 la cifra de 21 millones de diagnósticos. En España, tomando como referencia el año 2010 se destinaron 84,000 millones de euros en trastornos mentales junto con enfermedades neurológicas. De este porcentaje total, 7 973 millones fueron invertidos en trastornos psicóticos, el coste más elevado por paciente al año: 17,576 euros. Además, solo el 37% de estos gastos se deben a la intervención directa de los servicios sanitarios, ya que el 29% se explica en cuidados informales y un 33% en costes indirectos, como pueden ser la pérdida de productividad laboral, discapacidad crónica, etc. (Parés-Badell, Barbaglia, Jerinic, Gustavsson, Salvador Carulla y Alonso, 2014).

Al mismo tiempo que los factores genéticos y biológicos contribuyen a un peor pronóstico de la enfermedad, se han encontrado otros factores relevantes: pobres habilidades cognitivas, larga duración de la psicosis no tratada, menor continuidad y adherencia al tratamiento, abuso de sustancias, implicación excesiva por parte de la familia con alta emocionalidad expresada, mayor vulnerabilidad a la ansiedad-rasgo y otras variables no relacionadas directamente con la persona como eventos de la vida inesperados (Rodríguez Blanco, Lubrini, Vidal Mariño, y Ríos Lagos, 2017).

Otro aspecto muy importante para tener en cuenta a la hora del pronóstico de la esquizofrenia es el consumo de cannabis. Manrique García, Zammit, Dalman, Hemmingsson y Allebeck (2014) estudiaron el proceso de un total de 357 casos de esquizofrenia desde 1973 hasta 2007. Los resultados encontrados fueron los esperados. Los pacientes que habían consumido de manera previa al comienzo de la enfermedad pasaban casi el doble de tiempo (59 vs. 30 días) en el hospital en su primer ingreso. Los que consumían durante el transcurso de la enfermedad pasaron 547 días ingresados a lo largo de los años frente a los 184 días de los no consumidores (Manrique García et al., 2014). Otro estudio que fue llevado a cabo entre 2004 y 2013 en hospitales del Este y el centro de Noruega defiende que el uso de cannabis antes del debut de la enfermedad acelera el inicio de la psicosis independientemente de otros posibles factores. Además, los niveles más altos de consumo premórbido se asocian a niveles psicóticos actuales más altos (Ringen et al., 2016). Por tanto, el consumo de cannabis no es solamente un desencadenante muy potente de la esquizofrenia haciendo que se desarrolle con anterioridad, con las consecuencias que tiene para un cerebro muy joven aún, sino que también empeora su pronóstico y aumenta el tiempo ingresado en unidades hospitalarias a medio y largo plazo. Por otro lado, el modelo de vulnerabilidad al estrés propone que es posible que provoque una predisposición a motivar a las personas a consumir cannabis antes de que estos mismos individuos desarrollen esquizofrenia (Hamilton, 2017).

Una parte significativa de las personas diagnosticadas de esquizofrenia han pasado periodos de sus vidas internos en algún tipo de centro hospitalario, y algunas de ellas lo hacen durante muchos años. Los criterios para llevar a cabo un ingreso involuntario en un centro psiquiátrico -ya que raramente ocupan plazas de larga estancia de manera voluntaria- se detallan en el artículo de Barrios Flores (2012) después de la Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de julio: debe existir un diagnóstico de trastorno psíquico grave que siga los cánones de la ciencia médica y sea establecido por un profesional capacitado, la capacidad de juicio del paciente debe estar severamente afectada, así como su autonomía y un dictamen de incapacitación -esta debe ser sanitaria necesariamente, no simplemente patrimonial- y concurrir un factor de riesgo para sí mismo y/o para los demás.

Pese a considerarse un trastorno que causa un deterioro gradual (Millan et al., 2016) y ser respaldado por estudios realizados mediante técnicas de neuroimagen en los que se observan cambios en ciertas estructuras cerebrales, tiene cada vez más peso la posibilidad de que una intervención temprana pueda minimizar el deterioro y la incapacidad funcional (Zipursky, Reilly y Murray, 2013).

Ciertos criterios se han consolidado a la hora de poner el foco de atención a la hora de hablar de prevención. Se trata de encontrar los factores más relevantes para poder hacer una intervención lo más pronto y óptimamente posible con el objetivo de que el pronóstico de la enfermedad sea lo mejor posible. Estos criterios son los siguientes: *síntomas positivos atenuados, síndrome breve de síntomas psicóticos intermitentes y riesgo genético y deterioro* (Miller et al., 2002). Cornblatt et al., (2015) plantearon que añadir cuatro variables nuevas quizás aumentaría de forma significativa la precisión en la predicción de futura psicosis. La denominaron Reconocimiento y Prevención (RAP) y los criterios añadidos fueron *comunicación desorganizada, desconfianza, memoria verbal y funcionamiento social*. Los resultados fueron muy prometedores, consiguiendo una precisión de predicción de 81,8% a falta de hacer más estudios para poder validar esos factores. Se encontraron que los predictores más críticos fueron *memoria verbal y funcionamiento social*.

En cuanto al modelo de vulnerabilidad al estrés, propone que existen ciertos individuos “predispuestos” o que son vulnerables al trastorno de la esquizofrenia. Además, estas personas estarían influenciadas también por una serie de factores ambientales o circunstanciales que les resulten estresantes. Todos estos aspectos contribuirían definitivamente en “despertar” de esta vulnerabilidad, favoreciendo así el comienzo del trastorno (Zubing y Spring, 1977). Por otra parte, se sugiere que las experiencias estresantes que sobrepasan la capacidad de la persona para hacerlas frente o que les llevan a estrategias de afrontamiento ineficaces pueden provocar cambios psicobiológicos que llevan a la expresión de síntomas psicóticos (Myin-Germeys, van Os, Schwartz, Stone, y Delespaul, 2001). Por tanto, un ámbito en el que se podría poner el foco para desarrollar tratamientos preventivos o mejorar el pronóstico de las personas con esquizofrenia podría ser el estudio e intervención en los métodos de afrontamiento de la persona (Phillips, Francey, Edwards, y McMurray, 2009). Mueser, Valentiner y Agresta (1997) realizaron un estudio en el que afirmaron que el patrón de afrontamiento más frecuente en las personas diagnosticadas con esquizofrenia es la evitación, lo que no se considera una opción adaptativa. Por otro lado, se encontró también que apenas utilizan estrategias consideradas adaptativas como el apoyo social, dirigirse a la tarea y a la emoción. Sin embargo, no se les ha relacionado con otras alternativas desadaptativas como podrían ser la auto-culpa o la negación, más allá de la evitación (Meyer, 2001).

El objetivo general del estudio consiste en encontrar factores de protección en los que poder incidir para conseguir un pronóstico lo más favorable posible y prevenir o frenar lo máximo posible un deterioro muy acusado. Para ello se tienen en cuenta factores concretos como el estilo de afrontamiento, las funciones cognitivas, la gravedad psicosocial y el consumo de cannabis. Las hipótesis del estudio son las siguientes:

- H1: El consumo de cannabis se relaciona de manera negativa con la gravedad de funcionamiento, las funciones cognitivas y el funcionamiento psicosocial.
- H2: Un buen funcionamiento psicosocial se relaciona negativamente con la gravedad.
- H3: Funciones cognitivas altas relacionan de manera negativa con la gravedad.
- H4: La gravedad de funcionamiento se relaciona positivamente con estilos de afrontamiento evitativos.

Método

Para llevar a cabo esta investigación se propuso hacer un diseño ex post-facto de carácter retrospectivo de una muestra recogida en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados (UCPP) con $N = 30$.

Participantes

El grupo muestral fue formado por residentes del “Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos”, en la Unidad 9 de UCPP; centro especializado en Salud Mental y discapacidad.

Los 30 participantes eran varones de entre 25 y 61 años ($M = 50.83$, $DE = 6.613$) con diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales 18 no habían consumido cannabis previo al debut del trastorno y 12 sí lo habían hecho.

Instrumentos

Escalas de resultados de salud y funcionamiento psicosocial (Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS). Autores: J.K, Wing, R.H, Curtis y A.S. Beevor (1996). Adaptación española por J.J. Uriarte, V. Beramendi y J. Medrano (1999).

Esta escala se utiliza para evaluar problemas vinculados a la enfermedad mental, como son los sociales, físicos y personales. Se compone de 12 ítems que son respondidos por el profesional que esté llevando a cabo la evaluación. El modo de respuesta consiste en una escala de 0 a 4 donde 0 es “sin problema” y 4 “problema grave”. La puntuación más alta de cada escala es de 48, siendo mayor la gravedad de los problemas a mayor puntuación.

Se compone de 12 subescalas que miden los siguientes constructos: conducta (heteroagresiva y autoagresiva); salud física; uso de sustancias; problemas ocupacionales;

cognición; delirios y alucinaciones; depresión, otras sintomatologías mentales; relaciones sociales; problema de residencia; funcionamiento general.

Fiabilidad

En esta escala, la consistencia interna es $\Omega = 0\cdot87$. Esto indica una muy buena consistencia interna, ya que supera $0\cdot8$. La fiabilidad interjueces se midió con dos examinadores, teniendo como resultado CCI = $0\cdot95$, con un intervalo de confianza del 95% ($0\cdot89-0\cdot97$), por lo que es excelente. En cuanto al test-retest podemos observar que con una CCI de $0\cdot98$ con un intervalo de confianza de 95% ($0\cdot96-0\cdot99$), es excelente.

Mini Examen del Estado Mental (Mini-Mental State Exam: MMSE).

Autores: Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang (1975). Adaptación española por Lobo, Saz, Marcos y el grupo de trabajo ZARA-DEMP (2002).

Este instrumento sirve para detectar problemas cognitivos y estimar la gravedad del daño. Se evalúan 7 capacidades: construcción visual y lenguaje, orientación (espacio y tiempo), concentración y atención, codificación y recuerdo. Consta de 22 preguntas, siendo la puntuación total 35, con el siguiente baremo de puntuaciones en función del deterioro cognitivo: severo (0-10), moderado (11-20), medio (21-26), normal (27-30).

Fiabilidad

Para este instrumento, la consistencia interna varía entre $0\cdot82-0\cdot84$. Por otro lado, para cinco evaluadores, Kappa = $0\cdot97$. La fiabilidad test-retest oscila entre $0\cdot60-0\cdot74$ en personas con esquizofrenia.

COPE-28 (Brief COPE). Autores: Carver (1997). Adaptación española por Morán y Manga (2009).

Este instrumento consta de 28 ítems que sirven para distinguir el modo o modos predominantes de afrontamiento al estrés entre 14 tipos: reinterpretación positiva, afrontamiento activo, consumo de sustancias, planificación, autodistracción, apoyo emocional e instrumental, negación, aceptación, humor, desahogo, autoinculpción, desconexión conductual y religión. Los ítems son preguntas de tipo Likert de 4 alternativas (0 a 3).

Fiabilidad

La consistencia interna oscila entre $0\cdot3$ y $0\cdot93$, siendo aceptación la puntuación más baja pese a ser estadísticamente significativa.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Autores: Asociación Psiquiátrica Americana (1994).

Este test consta de una escala cuyos valores se sitúan entre 0 y 100, siendo el 0 “información inadecuada” y 100 “sin síntomas”. Los valores más bajos son los que muestran mayor gravedad en la escala.

Fiabilidad

El coeficiente de correlación intraclase es de 0'57.

Procedimiento

La muestra se obtuvo tras una reunión con una psicóloga trabajadora del centro San Juan de Dios explicándole el proyecto y sus objetivos. Una vez dio su visto bueno se pasó a la Comisión de docencia e investigación del Centro.

Tras la revisión bibliográfica para formar el marco teórico y la elección de variables a estudiar, se realizó una búsqueda de instrumentos validados que aportasen la información relevante para el estudio. Tras la elección de los más fiables y útiles, se escogieron la Escala de resultados de salud y funcionamiento psicosocial (HoNOS), el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y COPE-28.

Se planteó la investigación al comité de ética del centro San Juan de Dios y se dio comienzo una vez aceptado. Antes de pasar los instrumentos a los participantes se les informó de su completa voluntariedad a la hora de participar en la investigación y su libertad para decidir en qué punto terminar su colaboración, firmando tanto participantes como investigador un consentimiento informado con todos los puntos mencionados anteriormente.

Las escalas se aplicaron de manera presencial en una entrevista individual con cada sujeto en el Centro, con la colaboración de los profesionales y se volcaron todos los datos en un archivo del software de analítica predictiva IBM SPSS 24. Las pruebas estadísticas utilizadas para el análisis de las hipótesis fueron pruebas no paramétricas (correlación de Tau-b de Kendall y U de Mann-Whitney) debido al tamaño de la muestra.

Resultados

Para analizar la primera hipótesis y saber si existen diferencias significativas en la gravedad, el funcionamiento psicosocial y las funciones cognitivas dependiendo de si había existido un consumo de cannabis previo al debut del trastorno, se llevó a cabo una *U* de Mann-Whitney. Para ello tomamos como variable independiente el consumo de cannabis y como

variables dependientes la gravedad, el funcionamiento psicosocial y las funciones cognitivas. Los resultados, como se pueden ver en la Tabla 1, no son significativos para ninguna de las variables.

Tabla 1.

Diferencias entre haber consumido o no cannabis en gravedad, funcionamiento psicosocial y funciones cognitivas.

	Cannabis		Z	U	p
	Sí	No			
	n=12	n=18			
	Rango promedio	Rango promedio			
EEAG	16.04	15.14	-.288	101.5	.787
Total HoNOS	14.71	16.03	-.405	98.5	.692
Total MEC	15.63	15.42	-.064	106.5	.950

Nota: las puntuaciones de EEAG, Total HoNOS y Total MEC corresponden a las variables de gravedad, funcionamiento psicosocial y funciones cognitivas, respectivamente.

Para comprobar si un buen funcionamiento psicosocial relaciona de manera negativa con la gravedad, como indica la segunda hipótesis se llevó a cabo una correlación de Tau-b de Kendall con los siguientes resultados: $\tau(30) = -.313$. Sig. = .032 y con tamaño del efecto ($p = 0.56$) considerado alto y una potencia estadística de $(1 - \beta = .88)$ que permite generalizar los datos de la muestra a la población. El valor negativo de τ nos indica que a mayor puntuación en HoNOS, menor puntuación en EEAG.

Se realiza también una correlación Tau-b de Kendall para estudiar la tercera hipótesis, que sugiere una relación negativa entre el funcionamiento cognitivo y la gravedad. Esto es: se supone que a mayor puntuación en MEC (mejor funcionamiento cognitivo), mayor puntuación en EEAG (menor es la gravedad). Se obtienen estos resultados: $\tau(30) = .150$. Sig. = .307. No se aprecian datos significativos estadísticamente, por lo que se rechaza la hipótesis propuesta.

Para la última hipótesis se realiza asimismo una Tau-b de Kendall. Se intenta comprobar si, en efecto, los sujetos con mayor gravedad tienen a posturas evitativas a la hora de enfrentarse a los problemas. Como se puede ver en los resultados de la Tabla 2, no se encuentran resultados estadísticamente significativos con ninguno de los estilos de afrontamiento. En la Figura 1 se puede observar cómo la puntuación total de todos los sujetos en *Afrontamiento* es la más alta, seguida de *Evaluación*.

Tabla 2.

Correlaciones de las subescalas del cuestionario de afrontamiento y la gravedad.

	τ	p
Afrontamiento	.026	.864
Planificación	-.225	.133
Apoyo emocional	.001	1
Apoyo social	.059	.7
Religión	-.093	.539
Reevaluación positiva	-.230	.126
Aceptación	-.113	.448
Negación	-.202	.183
Humor	-.045	.769
Autodistracción	.071	.635
Autoinculpación	.164	.286
Desconexión	-.058	.7
Desahogo	.009	.954
Uso de sustancias	.149	.354

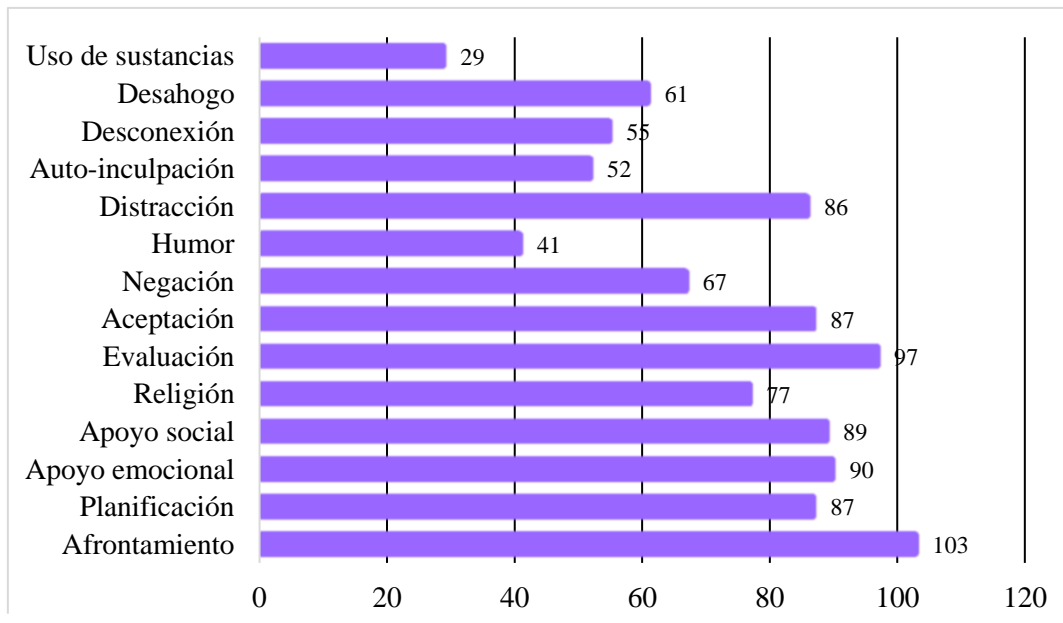


Figura 1. Puntuación total de los sujetos en cada subescala de COPE-28

Discusión

Los resultados estadísticos encontrados respecto al cannabis y el resto de las variables no han sido los esperados. Investigaciones previas (Manrique García et al., 2014; Ringer et al., 2016) habían encontrado mayor número de ingresos, aceleración en el debut de la enfermedad y niveles psicóticos más altos si había un consumo premórbido. Sin embargo, en este estudio no se ha encontrado evidencia empírica de que en la muestra investigada haya ningún tipo de relación entre haber consumido cannabis antes del diagnóstico y la gravedad de funcionamiento en el momento actual.

En cuanto al estilo de afrontamiento más utilizado por las personas diagnosticadas con esquizofrenia, se supone un predominio de los estilos más evitativos en detrimento de los considerados adaptativos, como podrían ser la búsqueda de apoyo social o dirigirse a la tarea (Mueser et al., 1997; Meyer, 2001). Los análisis realizados con los 14 estilos de afrontamiento y la gravedad de los sujetos no han arrojado información que apoye los estudios mencionados. Los resultados indican que no hay un estilo de afrontamiento predominante en la muestra obtenida, la mayoría de ellos tiene más de uno, y no solo eso, sino que gran parte de ellos puntúa alto en dirigirse hacia el problema (*afrontamiento*) o *evaluación*. Estos resultados pueden deberse a una serie de factores que no se han podido controlar en el proceso de investigación. Los sujetos conviven en un régimen cerrado donde reciben tratamiento para su enfermedad de manera multidisciplinar la mayor parte del día. Parte de las intervenciones de estos profesionales se tratan de dotarles de unas estrategias de afrontamiento lo más saludables y favorecedoras posibles, por lo que es posible que en un pasado tuviesen un estilo de afrontamiento más evitativo que haya cambiado mediante el aprendizaje. Por otro lado, algunos de los sujetos tenían problemas de visión o lectura y el COPE se realizó de manera heteroadministrada, lo que aumenta la probabilidad de que las respuestas reales estuviesen alteradas por la deseabilidad social y la aprobación de la persona que se lo administró.

Rodríguez Blanco et al. (2017) mostraron los beneficios de trabajar con personas diagnosticadas de esquizofrenia las funciones cognitivas, ya que son las áreas más afectadas debido a la enfermedad y lo que mayor gravedad de funcionamiento ocasiona. Sin embargo, tampoco se encontró aval empírico a la relación entre la gravedad y las funciones cognitivas. Este hecho también podría ser debido al trabajo de los profesionales con la muestra. Pese a ser una población muy avanzada en la enfermedad y con alta gravedad de funcionamiento, realizan ejercicios diarios para cuidar lo máximo posible sus funciones ejecutivas. Por otro lado, es posible que el instrumento con el que se midieron las funciones ejecutivas esté algo contaminado, ya que es el utilizado por el Centro para realizar las evaluaciones y reevaluaciones de los residentes, por lo que el factor de aprendizaje es importante.

En cuanto al funcionamiento psicosocial y la gravedad de funcionamiento, Cornblatt et al., (2015) hablaron de la importancia del funcionamiento social en el pronóstico de la esquizofrenia. Los resultados de esta investigación fueron estadísticamente significativos, encontrando una relación negativa entre las puntuaciones del instrumento HoNOS y el EEAG. Una mayor puntuación en el HoNOS es reflejo de un grave funcionamiento psicosocial, y cuanto más alta puntuación en el EEAG, menos síntomas presenta la persona. Por tanto, los análisis que muestran que a más puntuación en el HoNOS, menor puntuación en el EEAG se ajusta a la bibliografía que apuesta por incidir en las funciones psicosociales para evitar el avance de la gravedad. Además, el tamaño del efecto obtenido es alto, por lo que se podría afirmar que la relación no es fruto del azar, sino que hay una relación estadísticamente significativa potente entre estas dos variables. La potencia de la estadística es superior a .80, por lo que también se puede decir que es un dato extrapolable al resto de la población.

El estudio ha tenido unas limitaciones que han podido afectar a los resultados de los análisis. Los participantes no eran personas ajenas a los evaluadores, lo que pudo conllevar una deseabilidad social pronunciada en las respuestas a ciertos instrumentos, como por ejemplo el COPE-28. Ésta es una herramienta en principio autoadministrada, pero muchos de los sujetos tenían problemas de vista o de lectura, por lo que necesitaban una persona que les leyese en voz alta los ítems. Al tener que dar sus respuestas al evaluador después de la formulación de cada pregunta, cabe la posibilidad de dar la contestación que crea que más va a agradar al evaluador, no siendo la verdadera. En cuanto al MEC, es un instrumento que el propio Centro utiliza, como se ha mencionado anteriormente, lo que puede llevar a un proceso de aprendizaje y práctica de las respuestas por parte de los sujetos, ya que lo realizan cada seis meses aproximadamente como parte de su rutina de evaluación.

Por otro lado, la muestra es muy demasiado homogénea en muchos aspectos, restando así aleatoriedad y variabilidad al estudio. Sería muy interesante replicar este estudio con un espectro más amplio de edad, ya que salvo una persona, el resto tenían edades muy similares entre ellos; además, añadir participantes de género femenino enriquecería mucho más la muestra. Por último, es significativo la baja puntuación del EEAG y del MEC, por debajo de lo habitual. En MEC suele haber una respuesta de 25-30 de media y el EEAG en recursos de rehabilitación de unos 55 puntos, por lo que el deterioro es muy acusado. Esto supuso bastantes problemas de comprensión a la hora de responder a los instrumentos. El COPE-28 tenía un vocabulario y una formulación de frases que resultaba muy complicada para algunos de los participantes, lo que requirió una simplificación de las oraciones sobre la marcha por parte del evaluador según estaba administrando la prueba. Es posible también que algunas respuestas no se ajusten a la realidad por falta de comprensión de los ítems además de por deseabilidad social.

Por ello, también estaría bien ampliar el estudio a personas en corta estancia o en centros de rehabilitación ambulatoria. Así se tendría una muestra mucho más heterogénea.

Referencias

- Addington, J., Liu, L., Perkins, D. O., Carrión, R. E., Keefe, R. S., y Woods, S. E. (2017). The Role of Cognition and Social Functioning as Predictors in the Transition to psychosis for youth with Attenuated Psychotic Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 13(1), 57-63.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Barrios Flores, L. F. (2012). El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 829-847.
- Cornblatt, B. A., Carrión, R. E., Auther, A., McLaughlin, D., Olsen, R. H., Majnu, J., y Correll, C. U. (2015). Psychosis Prevention: A Modified Clinical High Risk Perspective From the Recognition and Prevention (RAP) Program. *The American Journal of Psychiatry*, 172(10), 986-994.
- Esquizofrenia*. (2018). Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS): www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
- Esteba Castillo, S., Torrents Rodas, D., García Alba, J., Ribas Vidal, N., y Novell Alsina, R. (2016). Traducción y validación de la versión española de la escala Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Folstein, M., Folstein, S., y McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State" a practica method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.
- Hamilton, I. (2017). Cannabis, psychosis and schizophrenia: unravelling a complex interaction. *Addiction*, 1653-1657.
- Keen, N., George, D., Scragg, P., y Peters, E. (2017). The role of shame in people with a diagnosis of schizophrenia. *British Journal Of Clinical Pshychology*, 56(2), 115-129.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., & ZARADEMP, G. d. (2002). *Adaptación española: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Manrique García, E., Zammit, S., Dalman, S., Hemmingsson, T., S, A., y Allebeck, P. (2014). Prognosis of schizophrenia in persons with and whitout a history of cannabis use. *Psychological Medicine*(44), 2513-2521.
- Messias, E., Chen, C., y Eaton, W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatric Clinics Of North America*, 30(3), 323-338.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277.

- Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., . . . Kahn, R. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, *15*, 485-515.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Somjee, L., Markovich, P. J., Stein, K., y Woods, S. W. (2002). Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(5), 863-865.
- Morán, C., Landero, R., y González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, *9*(2), 543-552.
- Mueser, K., Valentiner, D., y Agresta, J. (1997). Coping With Negative Symptoms of Schizophrenia: Patient and Family Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, *23*(2), 323-339.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J., Stone, A., y Delespaul, P. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 1137-1144.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2015). Psychosis and schizophrenia in adults. *National Clinical Guideline*.
- Parés Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador Carulla, L., y Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *Plos ONE*, *9*(8).
- Phillips, L., Francey, S., Edwards, K., y McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress & Coping*, *22*(4), 371-410.
- Ringen, P. A., Nesvåg, R., Helle, S., Lagerberg, T. V., Lange, E. H., Løberg, E. M., . . . Melle, I. (2016). Premorbid cannabis use is associated with more. *Psychological Medicine*(46), 3124-3136.
- Rodríguez Blanco, L., Lubrini, G., Vidal Mariño, C., y Ríos Lagos, M. (2017). Eficacia de la rehabilitación cognitiva de la atención, funciones ejecutivas y memoria operativa en los trastornos psicóticos. Revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *45*(2), 167-178.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D., Bustillo, J., y Heckers, S. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, *150*(1), 3-10.
- Uriarte, J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beevor, A., y Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, *11*, 93-101.
- Vázquez Morejón, A., y Jiménez Ga-Bóveda, R. (2000). Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. . *Psychiatry Research*, *93*(3), 247-256.

Wing, J., Curtis, R., y Beevor, A. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on Research and Development July 1993 - December 1995*. London: Royal College of Psychiatrists.

Zipursky, R. B., Reilly, T. J., y Murray, R. M. (2013). The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1363-1372.

Zubing, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.