

TFM Pilar de la Higuera González

por Pilar de la Higuera González

ARCHIVO	90398_PILAR_DE_LA_HIGUERA_GONZALEZ_TFM_PILAR_DE_LA_HIGUE RA_GONZALEZ_1651689_1085926068.PDF (643.3K)		
HORA DE LA ENTREGA	11-MAY.-2020 06:25P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	20112
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1321627950	SUMA DE CARACTERES	112556

Pilar
de la Higuera
González



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

RELACIONES ENTRE COGNICIÓN AUTOPERCIBIDA, *INSIGHT* Y CONSUMO DE TABACO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autora: Pilar de la Higuera González
Directora Profesional: Rosa Molina Ruiz
Directora Metodológica: María Cortés Rodríguez



MADRID | Mayo 2020

Resumen

Se examinaron las relaciones entre la cognición, capacidad de *insight* y consumo de tabaco, dadas las dificultades en las personas con TMG en cognición no social y social, en tener conciencia de padecer un trastorno mental y su alto consumo de tabaco, factores importantes por sus implicaciones en una peor calidad de vida y funcionamiento social. Además, se consideró la autopercepción del propio sujeto de su cognición así como su diagnóstico como elementos fundamentales en tales relaciones. Este estudio *ex post facto* y transversal se basó en los datos de participantes de un estudio anterior en el ámbito hospitalario, utilizándose en este trabajo datos de 84 pacientes crónicos con diferentes diagnósticos (Esquizofrenia $n = 61$; Trastorno Bipolar $n = 15$; Trastorno Esquizoafectivo $n = 8$), recogidos a través de una entrevista clínica semiestructurada, de la escala GEOPTE y de la escala SUMD. Se realizaron pruebas no paramétricas, hallando resultados significativos ($p < .05$) para las correlaciones positivas entre la cognición según los familiares y la discrepancia entre las puntuaciones de familiares y pacientes y la capacidad de *insight*. Comparando estas correlaciones a través del coeficiente q de Cohen, se encontraron diferencias moderadas o grandes ($q < .31$) entre las correlaciones según los diagnósticos. Los hallazgos son concordantes con investigaciones previas a pesar de tener baja potencia estadística, siendo necesarios más estudios que profundicen en las relaciones entre dimensiones clínicas y de calidad de vida considerando la percepción del paciente.

Palabras clave: cognición social, consumo de tabaco, espectro psicótico, *insight*, neurocognición.

Abstract

Links between cognition, insight and tobacco consumption were examined due to the challenges for individuals with a severe mental disorder in neurocognition, social cognition, to be aware of suffering a mental disorder and using a high tobacco consumption, essential factors as per their implications in a worse quality of life and social functioning. Moreover, the auto-perception of the individual about his/her cognition and his/her diagnosis were considered as nuclear elements in such relations. This *ex post facto* and cross-sectional study was based on datum from participants in a previous hospital study. In this study, data from 84 chronic patients with different diagnoses (Schizophrenia $n = 61$; Bipolar disorder $n = 15$; Schizoaffective disorder $n = 8$) were used. These results were collected through a semi-structured clinical interview and using the GEOPTE and the SUMD scales. Non parametric tests were used, finding significant results ($p < .05$) in the positive correlations between cognition from relative's perspective and the discrepancy between relatives and patients' scores and insight. Comparing these correlations through the Cohen's Q Coefficient, moderate or big differences ($q < .31$) among diagnoses were found. Findings are aligned with previous studies despite having a low statistical power. Therefore, further research within the links between clinical and life quality dimensions heeding the influence of patient's perception is deemed necessary.

Key words: insight, neurocognition, psychotic spectrum, social cognition, tobacco consumption.

Relaciones entre cognición autopercebida, capacidad de *insight* y consumo de tabaco en personas con Trastorno Mental Grave

Los trastornos mentales en su conjunto interfieren sustancialmente en la vida de las personas, puesto que tienen un mayor impacto en la calidad de vida que otras enfermedades crónicas, doblando las tasas de muerte prematura en comparación con la población general (Organización Mundial de la Salud, 2013). Además, están presentes en el 9% de la población y se estima que el 15% de la población padecerá un trastorno mental durante su vida (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Teniendo en cuenta la dimensión diagnóstica -considerando para ello la actual clasificación según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014)-, la cronicidad (2 años o más) y el nivel de discapacidad para la persona, se englobarían dentro de Trastorno Mental Grave (en adelante TMG) los diagnósticos del espectro psicótico de Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Bipolar, considerándose la presencia de sintomatología positiva y negativa, así como un patrón relacional y afectivo alterado en estos diagnósticos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

De acuerdo con el DSM-5, los diagnósticos englobados dentro de los trastornos del espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son definidos por anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios (creencias fijas no susceptibles de cambio a la luz de las evidencias), alucinaciones (percepciones sin presencia de estímulo externo y no sujetas al control voluntario), pensamiento o discurso desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos (expresión emotiva disminuida y abulia) (American Psychiatric Association, 2014), asociándose estos síntomas negativos y cognitivos a su vez, a un grado variable de discapacidad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

Dentro de estos trastornos se sitúa el diagnóstico de Esquizofrenia, un síndrome muy heterogéneo y de difícil delimitación que implica un déficit en áreas principales del funcionamiento de la persona, al presentarse abulia y disfunción social. En la Esquizofrenia se diferencian los síntomas negativos primarios, expresión directa y persistente del proceso patológico y presentes incluso en los periodos de estabilidad y con baja respuesta a los antipsicóticos; y los síntomas negativos secundarios, resultado de los efectos adversos de los fármacos, falta de estímulos sociales o como consecuencia de los síntomas psicóticos. Además, los síntomas negativos se relacionan con la disfunción cognitiva presente en la Esquizofrenia, determinando así la gravedad del deterioro funcional y encontrándose correlaciones negativas entre estos síntomas y el rendimiento cognitivo (Santos y Sánchez-Morla, 2016).

Su diagnóstico según el actual DSM-5, se realiza en base a presentar dos o más síntomas (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas

negativos) durante una parte significativa de tiempo, con un nivel de funcionamiento muy inferior al nivel alcanzado antes del inicio del trastorno y con duración de la sintomatología durante mínimo seis meses estando presentes durante un mes dos o más síntomas de los anteriormente señalados (American Psychiatric Association, 2014).

Por otra parte, dentro de los trastornos del espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se encuentra la categoría diagnóstica del *Trastorno Esquizoafectivo*. El Trastorno Esquizoafectivo se caracteriza según el manual diagnóstico DSM-5, por un periodo ininterrumpido durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) que presenta dos o más de los síntomas anteriormente señalados, durante una parte significativa de tiempo, además de delirios o alucinaciones presentes durante dos o más semanas en ausencia de un episodio depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2014).

En cuanto al Trastorno Bipolar y trastornos relacionados, entre los diagnósticos que se englobarían dentro de este apartado se encuentra el Trastorno Bipolar tipo I. Para el diagnóstico del Trastorno Bipolar tipo I, se requiere según el manual diagnóstico DSM-5, la presencia de al menos un episodio maníaco, el cual causa un deterioro importante en el funcionamiento del individuo. Este se define como un periodo acotado de estado de ánimo anormal persistentemente elevado, expansivo o irritable, con aumento considerable de la actividad durante mínimo una semana, durante el cual existen al menos tres de los siguientes síntomas: sentimiento de grandeza, disminución de la necesidad de dormir, estar más hablador de lo habitual, experiencia subjetiva de que los pensamientos van muy rápido, facilidad de distracción con estímulos externos irrelevantes, aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora, y participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas. Por otra parte, los episodios de depresión mayor son frecuentes en el Trastorno Bipolar tipo I (American Psychiatric Association, 2014).

Considerando los tres diagnósticos anteriores¹, en general, el deterioro en la funcionalidad en estos trastornos es una característica de los mismos por su sustancial interferencia en la calidad de vida de las personas que los padecen. Empero, se encuentran diferencias entre ellos, pues diversos estudios señalan que las personas con Trastorno Bipolar obtienen mejores índices de calidad de vida en comparación con las personas con Esquizofrenia, incluso similares a la población general, encontrándose aún mayores diferencias respecto al Trastorno Esquizoafectivo, mostrando este los peores indicadores de calidad de vida especialmente en relación con la salud (Saarni et al., 2010).

Otros estudios recogen que la calidad de vida y la mortalidad de las personas con Esquizofrenia es mayor en comparación con otro TMG, siendo muchos los factores condicionantes de este elevado riesgo de muerte prematura: altos niveles de comorbilidad médica, problemas metabólicos derivados del efecto de los antipsicóticos, factores relacionados con la propia enfermedad, factores sociales que

¹ Para un desglose completo de los criterios, características diagnósticas y prevalencia de la Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Bipolar tipo I, ver, respectivamente, American Psychiatric Association (2014) p.99-102, p.105-108 y p.123-130.

determinan peores niveles de salud, menor acceso al sistema sanitario, insuficiente atención sanitaria por baja adherencia a los tratamientos médicos e infradiagnóstico, y factores asociados con el estilo de vida (Aparicio, 2016; Bly et al., 2014). Podría existir cierta vulnerabilidad compartida para ciertos trastornos médicos y la psicosis que explicara esta menor esperanza de vida, pero, para ello, también se tendrían que tener en cuenta las dificultades de estas personas para realizar acciones dirigidas a mantener su salud relacionadas con los hábitos y estilo de vida, como la toma regular de medicación, la dieta, el ejercicio físico, patrones regulares de sueño y el no consumo de tabaco (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

Estos hábitos de vida se relacionan con complicaciones médicas relevantes (Aparicio, 2016; Chuang, Mansell y Patten, 2008; Parletta, Aljeesh y Baune, 2016) además de con limitaciones físicas y discapacitantes (Organización Mundial de la Salud, 2013; Viertiö et al., 2009). Además, los efectos secundarios de la medicación y un estilo de vida en el que son frecuentes hábitos poco saludables como el tabaquismo, aumentan el riesgo de una muerte prematura en las personas con diagnóstico de Esquizofrenia u otro TMG (Kilian, Becker, Krüger, Schmid y Frasch, 2006), repercuten gravemente en el grado de discapacidad de estas personas -la mejoría de sus limitaciones funcionales exige mejorar su salud física- e incluso la cognición se ve afectada por su bajo nivel de salud física (Aparicio, 2016).

Paralelamente a la interferencia en la calidad de vida por estos hábitos de vida, las dificultades de las personas con TMG se deben principalmente a las disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales que se pueden derivar del TMG, además del importante deterioro cognitivo que se produce por su prevalencia y estabilidad en el tiempo (Sanjuán et al., 2003). Estas problemáticas son comunes en un 70% de los pacientes del espectro psicótico y en especial, la disfunción cognitiva tiene una gran relevancia al ser predictora de la evolución del trastorno, de las recaídas y del empeoramiento en el curso de la enfermedad (Sanjuán et al., 2006).

En general, las personas con TMG tienen peor función cognitiva tanto no social como social según numerosos estudios en comparación con población general (Sánchez-Gutiérrez et al., 2018), apareciendo estos déficits cognitivos después del despunte de la psicosis de forma persistente a lo largo de la vida del paciente (Davidson et al., 2009), pero estando también presentes en pacientes con primeros episodios psicóticos, en pacientes en alto riesgo para el desarrollo de psicosis y en familiares sanos, permaneciendo estables durante la evolución de la enfermedad, sin progreso o mejoría en condiciones de no tratamiento (Dompablo, Torío y Barbeito, 2016).

En el caso del Trastorno Bipolar, aunque no es un trastorno psicótico *per se*, casi la mitad de pacientes con este diagnóstico experimentan síntomas psicóticos así como dificultades cognitivas y déficits funcionales, los cuales son más avanzados a mayor historia de psicosis (Bowie et al., 2018), tal y como se muestra en estudio de Lynham et al. (2018) en el que se asocia una peor condición cognitiva en el Trastorno Bipolar cuando existe historia de psicosis, encontrando menores dificultades cognitivas en los momentos de remisión en los que no habría psicosis. En un estudio realizado por

Bowie et al. (2018) comparando personas con Trastorno Bipolar y Esquizofrenia presentando sendos grupos síntomas psicóticos, las diferencias entre ambos se encontraron en el grado de afectación en las diferentes áreas cognitivas, mostrando déficits en las mismas parcelas pero de diferente gravedad, señalándose así un impacto de la psicosis en las tareas cognitivas. En este estudio, además se muestra una repercusión de las características propias de la Esquizofrenia al obtener peores resultados que el grupo con Trastorno Bipolar, los cuales no son explicables por la psicosis, sosteniéndose así que tanto el diagnóstico de Esquizofrenia como la sintomatología psicótica contribuyen independientemente al grado de dificultades en la persona, y por eso las personas que reúnen estas dos condiciones muestran peores resultados y déficits cognitivos que permanecerían estables a lo largo de la evolución del trastorno (Bowie et al., 2018; Davidson et al., 2009; Vöhringer et al., 2013).

Al incluir en esta comparación el Trastorno Esquizoafectivo, cabe destacar que la relación entre los tres trastornos no es clara, situándose el Trastorno Esquizoafectivo en mitad de un espectro entre un desorden psicótico y un desorden afectivo (Lynham et al., 2018). Vöhringer et al. (2013) sugieren un espectro continuo entre Esquizofrenia y los trastornos afectivos atendiendo a los perfiles cognitivos y a la severidad de sus déficits, más severos en Esquizofrenia, después en el Trastorno Esquizoafectivo y con menor severidad en el Trastorno Bipolar.

Estos déficits cognitivos se engloban por una parte dentro del concepto de neurocognición o cognición no social, que abarca el conjunto de procesos encargados de enlazar y evaluar la información: velocidad de procesamiento, atención, aprendizaje, memoria, percepción, lenguaje, pensamiento entendido como funcionamiento y resolución de problemas (Dompablo et al., 2016). Estas dificultades se pueden reflejar en un deterioro de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo visual y de la inhibición prepulso, menor atención sostenida, baja velocidad de procesamiento, peor razonamiento, problemas del lenguaje así como empeoramiento de otras funciones ejecutivas (American Psychiatric Association, 2014; López-Ortiz, Roncero, Miquel y Casas, 2010; Ruiz-Ruiz, García-Ferrer y Fuentes-Durá, 2006; Sacco, Bannon y George, 2004).

Por otra parte, las mayores dificultades de las personas con TMG se englobarían dentro del concepto de cognición social, que aborda el conjunto de operaciones mentales subyacentes a la interacción social: la percepción, interpretación y generación de respuestas ante intenciones, emociones, tendencias y comportamientos de otras personas, que permiten a la persona entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal al elaborar interferencias sobre las intenciones y creencias de otros sopesando factores situacionales sociales al realizarlas (Ruiz-Ruiz et al., 2006). La cognición social es un concepto ampliamente estudiado, pero en el que se encuentra falta de consenso respecto a los dominios que lo definen por la gran heterogeneidad de instrumentos de evaluación. Según el proyecto SCOPE -*Social Cognition Psychometric Evaluation*- desarrollado por Pinkham et al. en 2014 para unificar el conocimiento y la evaluación sobre la cognición social, esta, según recogen Dompablo et al. (2016), estaría formada por la percepción social, la teoría de la mente, el procesamiento emocional y el sesgo atribucional.

En relación a la percepción social, los déficits de las personas con Esquizofrenia se basarían en el procesamiento de estímulos con contenido social por la necesaria abstracción de estos, invirtiendo mucho tiempo en características poco relevantes, teniendo dificultades para captar información no familiar y por tener que realizar posteriormente un procesamiento semántico y comprender parámetros sociales en ellos (Rebolleda, 2017; Ruiz-Ruiz et al., 2006). Las dificultades en la teoría de la mente se basarían en la inferencia de las intenciones, tendencias y creencias de los otros tras generar representaciones de sus estados mentales, así como en atribuírselos a uno mismo, provocando por ello, desórdenes en la monitorización de los pensamientos e intenciones de los demás y en explicar y predecir también la propia conducta (Rebolleda, 2017; Ruiz-Ruiz et al., 2006; García, Aliste y Soto, 2017).

Por otra parte, las dificultades en el procesamiento emocional interfieren significativamente en la percepción, interpretación, procesamiento y expresión de las emociones y la capacidad de responder adecuadamente a ellas (Rebolleda, 2017; Ruiz-Ruiz et al., 2006; Sanjuán et al., 2003), especialmente a las emociones *negativas* como miedo y asco, haciendo más probable una atribución errónea de las emociones de los demás. En relación al sesgo atribucional, las complicaciones en la correcta valoración de la influencia de factores situacionales haciendo más atribuciones externas y teniendo tendencia a saltar a las conclusiones precipitadamente sin basar los juicios en evidencias, merma el funcionamiento social de estos pacientes. Cabe destacar el estilo particular de las personas con trastorno paranoide, las cuales tendrían tendencia a exagerar, distorsionar o centrarse selectivamente en los aspectos hostiles o amenazantes de los demás, emociones de por sí especialmente difíciles de reconocer para las personas con Esquizofrenia y siendo más probable la realización de atribuciones erróneas (Rebolleda, 2017; Ruiz-Ruiz et al., 2006).

Estas notorias dificultades en los diferentes dominios de la cognición social explicarían que esta sea la parcela de la cognición más dañada en Esquizofrenia (Xiao, Bartel y Brekke, 2017). Estos déficits, aunque menores en comparación con las personas con Esquizofrenia, también se refieren en pacientes con Trastorno Bipolar. Las personas con Trastornos Bipolar mostrarían, según el metaanálisis de Ospina et al. (2016), dificultades en la teoría de la mente y el procesamiento emocional, a pesar de no clarificarse si se deberían a disfunciones neurocognitivas, psicosis, desregulaciones del estado de ánimo o efectos de la medicación. Sin embargo, estos datos serían contradictorios con, por ejemplo, el estudio de Lynham et al. (2018), en el que no se encontraron dificultades en cognición social en el Trastorno Bipolar, pero sí en Esquizofrenia y en el Trastorno Esquizoafectivo.

Entre el trastorno de la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar se supone una base neurobiológica, genética y fenotípica común entre ambos (Bowie et al., 2018; Lynham et al., 2018) al encontrar similitudes en los perfiles cognitivos de pacientes de ambos diagnósticos que diferirían en la gravedad de los déficits pero no en las áreas en las que se encuentran. Sin embargo, desde otras investigaciones se sostendría que los déficits cognitivos se darían en la Esquizofrenia pero no necesariamente en el

Trastorno Bipolar, a pesar de encontrarse en investigaciones como la de Bortolato, Köhler, Miskowiak y Vieta (2015) o Vöhringer et al. (2013), correlaciones negativas entre el funcionamiento cognitivo y los años de evolución de la enfermedad, la edad y el número de episodios maníacos y de ingresos hospitalarios en pacientes con Trastorno Bipolar.

Poniendo en relación la neurocognición y la cognición social, se daría un solapamiento en algunos procesos entre ambas, pero se consideran constructos diferenciados y delimitados ya que las estructuras neurales que originan las habilidades en cognición social y en neurocognición son sistemas independientes que procesan separadamente los estímulos no sociales y los sociales, siendo unas diferencias palpables en las pruebas de evaluación: en las evaluaciones de la cognición social se suelen usar estímulos que tienden a ser personalmente relevantes, mutables, interactivos y complejos, claramente diferentes a los estímulos estáticos usados para estudiar la cognición no social (Brekke, Kay, Lee y Green, 2005).

Haciendo alusión al nivel de funcionamiento, la acusada influencia de la sintomatología negativa y de la disfunción cognitiva en las personas, acarrearía problemas en diferentes áreas de su funcionalidad. De manera diferencial a la cognición no social, la cognición social se propone como clave en relación al pronóstico funcional en pacientes con TMG, pues sería la variable mediadora entre la cognición no social y la funcionalidad de la persona, aunque esta relación sería moderada, e influirían otros factores, hipotetizando que también la sintomatología negativa mediaría entre los factores cognitivos y la funcionalidad, además de la metacognición, la motivación y la percepción de la situación social (Fett et al., 2011). Además, podría ser una mejor variable predictora de la funcionalidad social que la cognición no social y que la sintomatología clínica (Dompablo et al., 2016) ya que influenciaría directamente la competencia y el apoyo social de la persona, materializándose las mejoras en cognición social en un mejor funcionamiento social diario y siendo por ello uno de los principales objetivos de tratamiento para el TMG (Brekke et al., 2005).

En la investigación acerca del nivel de funcionamiento de las personas con TMG, se recoge que el grado de sufrimiento subjetivo reportado por estas, difiere del esperado según el nivel de funcionamiento evaluado por procedimientos más objetivos (Saarni et al., 2010), encontrándose así una discrepancia entre marcadores objetivos y subjetivos que subraya la necesidad de introducir la experiencia subjetiva del paciente respecto a su propia vida (Saarni et al., 2006). Así, la forma subjetiva en que las personas perciben su enfermedad tendría una consecuencia directa sobre la misma y su manejo, y sería más relevante para determinar el funcionamiento real de las personas en comparación con las evaluaciones que no comprendan su visión (Caqueo-Úrizar, Boyer, Baumstarck y Gilman, 2015).

Por otra parte, los déficits cognitivos se acompañarían de la falta de conciencia (*insight*) de padecer un trastorno mental, lo cual repercutiría directamente en el curso y rehabilitación de la enfermedad (Rebodella, 2017). La conciencia de enfermedad o *insight* es un concepto complejo, multimodal y multidimensional que englobaría diferentes factores en interacción de la opinión del

paciente sobre su propia enfermedad (Haro, Ochoa y Cabrero, 2001), tales como factores psicológicos, psicopatológicos, neurocognitivos e interaccionales (Vaz, Béjar y Casado, 2002).

La capacidad de *insight* hace referencia a la conciencia de tener un trastorno mental, necesitar un tratamiento, conocer las consecuencias sociales derivadas, reconceptualizar los síntomas como patológicos y poder hacer una atribución adecuada a los mismos (según definición de David en 1990 y recogida por el metaanálisis de Chakraborty y Basu, 2010), siendo la falta de capacidad de *insight* un fenómeno frecuente en los pacientes con TMG (Ruiz et al., 2008). Entre ellos, no se encuentran diferencias en la capacidad de *insight* entre pacientes con Esquizofrenia y pacientes con Trastorno Bipolar, pero los resultados obtenidos por estos últimos serían peores que los de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo según estudio de Pini, Cassano, Dell'Osso y Amador (2001). Vaskinn et al. (2013) señalan que las personas con Esquizofrenia obtienen peores resultados en *insight* que las personas con Trastorno Bipolar, resultados no concluyentes al encontrarse resultados contradictorios, pudiéndose deber a que la psicosis es más frecuente en Esquizofrenia que en el Trastorno Bipolar, estando asociado peor *insight* a la sintomatología positiva. En el estudio de Smith, Hull, Israel y Willson (2000), a pesar de que incluye sujetos con Esquizofrenia y con Trastorno Esquizoafectivo, no hace distinción entre los resultados de ambos diagnósticos, aunque sí señala que la depresión se asoció con mayor capacidad de *insight*.

La capacidad de *insight* ha sido postulada desde diferentes aproximaciones recogidas en Smith et al. (2000) y Vaskinn et al. (2013), tales como una defensa psicológica, como sostienen Moore et al. en 1999, como parte inherente al desorden psicótico y por tanto como un síntoma primario del trastorno como señala el modelo clínico de Cuesta y Peralta en 1994, o como un síntoma secundario del TMG sustentado por la disfunción cerebral del mismo, según sostiene el modelo neuropsicológico de David en 1990, que considera la falta de *insight* como el resultado directo de un déficit en el registro de la percepción consciente derivado del deterioro cerebral que se produce en el TMG (Ruiz et al., 2008).

La falta de capacidad de *insight*, se relacionaría con la presencia de déficits cognitivos, déficits en cognición social, peor sintomatología (Quee et al., 2014), mayor distorsión en la percepción subjetiva de la calidad de vida, peor funcionamiento social y peor pronóstico de evolución, al mostrar menor cooperación en el tratamiento y una infrautilización de los servicios sanitarios (Haro et al., 2001).

En relación con la cognición no social, se sostiene que los cambios en la neurocognición predecirían los cambios en el *insight*, mientras que la cognición social no los predeciría (Quee et al., 2014). En relación a los diferentes diagnósticos, en un estudio realizado por Vöhringer et al. (2013) con pacientes con Trastorno Bipolar, se obtuvieron mejores resultados en la evaluación de funciones ejecutivas cuando había mayor *insight* en los pacientes, sugiriéndose que la habilidad de reconocer la experiencia de enfermedad favorece el desarrollo de métodos funcionales para suplir los déficits también en pacientes con este diagnóstico. En un estudio de Vaskinn et al. (2013), se encontró una mayor asociación en el Trastorno Bipolar entre la capacidad de *insight* y la neurocognición, mientras que en la Esquizofrenia, la capacidad de *insight* mostró mayor asociación con la cognición social.

En esta línea, García et al. (2017), refieren que dentro de la capacidad de *insight*, la conciencia de padecer un TMG y las consecuencias derivadas del mismo, se han relacionado positivamente con la cognición social. Vaz et al. (2002), hallaron que peores resultados en *insight* se relacionaron con peores resultados en la atribución, componente de la cognición social, señalando que el *insight* predeciría cómo funciona el paciente en la esfera social. De forma similar, resultados del estudio de Lysaker, Bell, Milstein, Bryson y Kaplan (1998), indicaron que peores puntuaciones en *insight* se relacionaron con peores relaciones interpersonales, resaltando que la no conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad sería el componente del *insight* más cercano a la disfunción social (Amador, Strauss, Yale y Gorman, 1991).

Por otra parte, y considerando la perspectiva del paciente, en un estudio de Sanjuán et al. (2006) al analizarse el *insight* de los pacientes con psicosis respecto a su déficit cognitivo comparándolo con la percepción del déficit por parte de un familiar del paciente, se encontró una evaluación similar de la cognición del paciente por parte de los familiares y por parte de los propios pacientes, excepto en la relación a las capacidades sociales. Respecto a ellas, los pacientes, no señalaron dificultades respecto al ámbito social mientras que sus familiares sí las reflejaron, poniéndose de manifiesto los problemas de los pacientes en reconocer sus dificultades sociales, de tener *insight* respecto a ellas.

Abordando la cognición desde otro prisma, ya mencionado anteriormente, la cognición se relaciona con los hábitos de vida (Aparicio, 2016), y dentro de estos, en las personas con TMG, destaca el gran consumo de tabaco. Este consumo es alto en especial en las personas con Esquizofrenia, siendo cinco veces mayor que en otros grupos clínicos y no clínicos (Beck, Baker y Todd, 2015), encontrando un 60% o 90% de fumadores dentro de estos pacientes, datos mucho mayores que el 25% o 30% de fumadores en la población general (Chuang et al., 2008; López-Ortiz et al., 2010; Sánchez-Gutiérrez et al., 2018).

Por ello, se hipotetiza que la alta prevalencia de fumadores en las personas con Esquizofrenia, podría considerarse como una manifestación de una neurobiología subyacente común entre el consumo de nicotina -fumar- y la Esquizofrenia (Dalack, Healy y Meador-Woodruff, 1998). Incluso, se ha planteado que el consumo de tabaco fuera un factor que contribuyera a un mayor riesgo de desarrollo de sintomatología psiquiátrica, como se desarrolla en el estudio genómico de Wium-Andersen, Ørsted y Nordestgaard (2015), en el que se encontró que fumar podría ser un factor de riesgo para desarrollar Esquizofrenia u otros trastornos mentales al relacionarse las variantes genéticas asociadas a una propensión para el consumo de tabaco, un aumento de este consumo y un mayor riesgo de desarrollar Esquizofrenia.

Este sobresaliente consumo de tabaco entre las personas con TMG podría deberse a los diversos factores neurobiológicos, psicosociales y relacionados con el tratamiento farmacológico, hipotetizados como influyentes en la mayor tasa de fumadores en la población con TMG (Kilian et al., 2006). Según Bosgelmez y Yildiz (2017), en el origen de este mayor consumo de tabaco, se podrían encontrar factores ambientales como el estrés, la presencia de factores genéticos predisponentes al consumo, el

abordaje del aburrimiento y la soledad por el deterioro social y ocupacional derivado del TMG, el efecto ansiolítico de la nicotina, un aumento en la estimulación a través del consumo de tabaco, el efecto socializador de fumar, y como automedicación de sus propios síntomas de enfermedad mental y para aliviar los déficits cognitivos debidos a la enfermedad.

En relación a factores neurobiológicos, el sistema nicotínico parece ser central en la fisiopatología de la Esquizofrenia por poder estar relacionada con una disfunción primaria de los receptores nicotínicos, receptores implicados en las sinapsis colinérgicas en los que la acetilcolina es el neurotransmisor implicado. Esta plausible relación entre el sistema nicotínico y la cognición se basaría en la implicación de la acetilcolina con la regulación, el aprendizaje y la memoria, aspectos básicos de la cognición (Sacco et al., 2004).

Dentro de los numerosos receptores nicotínicos, se encontraría el receptor $\alpha 7$, con localización presináptica y ampliamente distribuido por el Sistema Nervioso Central y, aunque actualmente su función no estaría bien determinada (Santos, López y Sánchez-Morla 2016), sí habría cierta evidencia de su disregulación en las personas con Esquizofrenia (Sacco et al., 2004). Este receptor tendría una gran implicación en el filtrado sensorial así como en la regulación de la función cognitiva, y modularía diferentes neurotransmisores relacionados íntimamente con la fisiopatología de la Esquizofrenia (Levin, Wilson, Rose y McEvoy, 1996).

Freedman et al. en 1994 propusieron según recogen Santos et al. (2016) que los receptores nicotínicos, especialmente el $\alpha 7$, estarían implicados en la patogenia de la Esquizofrenia ya que estos pacientes a veces no pueden responder al filtrado de estímulos irrelevantes, presentando déficits consistentes en la inhibición de la onda P50 y en general en otros marcadores neurofisiológicos relacionados con el filtrado sensorial, como la inhibición prepulso, que mejorarían con la administración de nicotina u otros agonistas nicotínicos como sucede con el consumo de tabaco (Levin et al., 1996; Santos et al., 2016). Estudios *post mortem* de Freedman et al. en 1994 según se recoge en Santos et al. (2016), revelan un número disminuido de receptores nicotínicos en el hipocampo de personas con diagnóstico de Esquizofrenia, así como déficits en ratones con baja expresión de receptores $\alpha 7$, pudiéndose así explicar parcialmente los déficits cognitivos y neurofisiológicos de los pacientes con Esquizofrenia por la gran implicación de estos receptores nicotínicos en la cognición. La relación entre el tabaco y la Esquizofrenia podría residir entonces en la estimulación cortical a través de la nicotina de los receptores nicotínicos $\alpha 7$, reducidos en número y funcionalidad en la Esquizofrenia (Aparicio, 2016; López-Ortiz et al., 2010).

En relación a factores ligados al tratamiento farmacológico y con los déficits derivados del TMG, otra hipótesis que relaciona cognición y consumo de tabaco, es la hipótesis de la automedicación, que señala que el consumo de nicotina aliviaría los efectos secundarios de los antipsicóticos y también los déficits cognitivos derivados de la Esquizofrenia.

El mecanismo de acción de los antipsicóticos se basaría en la dopamina, un neurotransmisor esencial en la Esquizofrenia, pues se ha hipotetizado que anormalidades en el sistema dopaminérgico

podrían ser subyacentes a la producción de los síntomas psicóticos (Levin et al., 1996). Por ello, los antipsicóticos bloquearían los receptores de dopamina (especialmente del receptor D2 en los antipsicóticos de primera generación y el receptor D2 y receptores serotoninérgicos, muscarínicos y adrenérgicos en los antipsicóticos de segunda generación) para atenuar los síntomas psicóticos, aunque este bloqueo podría producir síntomas secundarios como síntomas extrapiramidales o enlentecimiento (López-Ortiz et al., 2010; Weickert y Goldberg, 2005). La nicotina alteraría la función de la dopamina (Sacco et al., 2004), al ser muy efectiva en la estimulación de este neurotransmisor, y de esta forma, la liberación de dopamina inducida por la nicotina contrarrestaría los síntomas negativos de la Esquizofrenia y también los efectos secundarios de los antipsicóticos por el bloqueo excesivo de los receptores dopaminérgicos D2 (Aguilar, Gurpegui, Díaz y de León, 2005; Kumari y Postma, 2005; Levin et al., 1996; Punnoose y Belgamwar, 2006; Sacco et al., 2004).

De esta forma, y recogiendo lo ya señalado anteriormente, la nicotina y otros antagonistas de los receptores nicotínicos, mejorarían los procesos sensoriales, atencionales, de alerta y de memoria en las personas con Esquizofrenia, especialmente la atención, aunque estos beneficios cognitivos se experimentarían a corto pero no a largo plazo (Vermeulen et al., 2018). De esta forma, en base a la hipofunción de los receptores nicotínicos (Hahn et al., 2013), las personas con Esquizofrenia fumarían más para obtener un mejor funcionamiento cognitivo y lo harían de forma continuada, lo cual podría explicar la gran diferencia en la cantidad de nicotina inhalada por estas personas que se correspondería con una mayor cantidad de cigarrillos fumados al día (Kilian et al., 2006).

Sin embargo, los datos sobre la relación entre el consumo de tabaco y la cognición son contradictorios. Por una parte, y en la línea de los razonamientos teóricos desarrollados, la investigación refleja la mejora cognitiva por algunos pacientes fumadores que usarían el tabaco como una forma de automedicar los síntomas negativos de la enfermedad y los efectos secundarios de los antipsicóticos (Aguilar et al., 2005; Kumari y Postma, 2005; Levin et al., 1996; Punnoose y Belgamwar, 2006; Sacco et al., 2004; Wium-Andersen et al., 2015) encontrando asociaciones entre fumar y la mejora de la sintomatología negativa (Punnoose, y Belgamwar, 2006) y señalando incluso un mejor desempeño en tareas de cognición social y no social en pacientes con psicosis fumadores (Ospina et al., 2016).

Pero, por otra parte, otros estudios señalan que el consumo de tabaco afecta negativamente al curso de la enfermedad y se asocia con un peor nivel de funcionamiento cognitivo tanto social como no social (Santos et al., 2016), mostrando pacientes con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar un peor funcionamiento cognitivo cuando son fumadores que cuando no y sin observarse mejoras *ex post facto* comparando pacientes que nunca habían fumado y los exfumadores (Aparicio, 2016). Otros estudios señalan correlaciones positivas entre fumar y bajos niveles de funcionamiento cognitivo en personas con Esquizofrenia (Sánchez-Gutiérrez et al., 2018) e, incluso, asociaciones entre mejoras en la velocidad de procesamiento y dejar de fumar o reducir el consumo (Vermeulen et al., 2018).

Considerando las diferencias en cuanto al consumo de tabaco entre los diagnósticos de Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Bipolar, aunque no se han realizado suficientes estudios comparando los resultados en la tasa de fumadores diferenciando estos tres diagnósticos según la bibliografía consultada, se encuentran estudios que sí señalan diferentes tasas de fumadores entre estos diagnósticos (López-Ortiz et al., 2010). En ellos, se encuentra que los pacientes con Trastorno Bipolar consumen menos cigarrillos que los pacientes diagnosticados con Trastorno Esquizoafectivo y Esquizofrenia (Bly et al., 2014; Bosgelmez y Yildiz, 2017), siendo los pacientes con Trastorno Esquizoafectivo los que más fumarían según resultados de López-Ortiz et al. (2010). Sin embargo, cabe apuntar que, a pesar de estos resultados, otros estudios recogen que los pacientes con Trastorno Bipolar e historia de psicosis son más propensos a fumar cigarrillos que aquellos con Trastorno Bipolar sin periodos de psicosis (Ospina et al., 2016).

Objetivos e hipótesis

Por todo ello, y a tenor de la revisión bibliográfica realizada, a pesar de que la cognición, la capacidad de *insight* y el consumo de tabaco han sido ampliamente estudiados por separado en los diferentes diagnósticos de TMG, en el estudio conjunto de cómo se relacionan unas variables con otras, existen aún numerosas cuestiones sin dilucidar tal y como reflejan los resultados contradictorios que arrojan los diferentes estudios señalados.

No se han encontrado resultados conclusivos en la relación en personas con TMG entre hábitos de vida como el consumo de tabaco y su relación con la cognición tanto no social como social, o si existe variación en función del diagnóstico y cómo se relacionan estos aspectos con la capacidad de *insight*. Tampoco se han encontrado resultados conclusivos sobre la capacidad de *insight* en diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo ni Trastorno Bipolar, ni estudios previos que aborden la relación de la capacidad de *insight* y el consumo de tabaco. Además, no existe investigación que evalúe la relación entre la propia percepción del paciente sobre su funcionamiento cognitivo no social y social, su capacidad de *insight* y el patrón de consumo de tabaco.

Así, para explorar la relación entre los efectos de la nicotina en la cognición según la refieran los propios pacientes, teniendo en cuenta la discrepancia que pueda haber entre la percepción del propio paciente y su familia, el impacto que ello pueda tener en la capacidad de *insight* y en el consumo de tabaco, se aborda el siguiente trabajo para explorar todos estos factores y sus relaciones, considerando los diferentes diagnósticos dentro del espectro psicótico en el TMG y su idiosincrasia.

Objetivos.

Considerando las variables expuestas y según la revisión bibliográfica realizada, se plantean para este trabajo los siguientes objetivos:

Objetivo general

Describir las características de la muestra, específicamente respecto a la cognición, capacidad de *insight*, consumo de tabaco y diagnóstico.

Objetivos específicos

1. Analizar la relación entre las variables de cognición², las variables de capacidad de *insight*³ y el consumo de tabaco, y explorar si estas relaciones, en el caso de encontrarse, varían en función del diagnóstico.
2. Evaluar si las variables de cognición, las variables de capacidad de *insight* y el consumo de tabaco son diferentes en función del diagnóstico.
3. Identificar si las variables de cognición y las variables de capacidad de *insight* difieren entre fumadores y no fumadores, y estudiar si la proporción de fumadores y no fumadores es diferente según el diagnóstico.

Hipótesis.

1. Se encontrará relación estadísticamente significativa entre la cognición no social, social y global según la perspectiva del paciente y según la perspectiva del familiar, con la capacidad de *insight*, correspondiéndose menores puntuaciones en la escala GEOPTE -mejor cognición- con menores puntuaciones en la escala SUMD -mejor capacidad de *insight*- (Objetivo específico uno).
2. Se dará relación estadísticamente significativa entre la discrepancia entre las puntuaciones del familiar y el paciente en cognición no social, social y global con la capacidad de *insight*, correspondiéndose menor discrepancia entre las puntuaciones del familiar y del paciente según la escala GEOPTE con menores puntuaciones en la escala SUMD, y por tanto, con mejor capacidad de *insight* (Objetivo específico uno).
3. Existirá relación estadísticamente significativa entre la cognición no social, social y global según la perspectiva del paciente y según la perspectiva del familiar con el consumo de tabaco del paciente, correspondiéndose menores puntuaciones en la escala GEOPTE -mejor cognición- con mayor consumo de tabaco (Objetivo específico uno).
4. Se darán diferencias estadísticamente significativas en la cognición no social, social y global, según la perspectiva del paciente, del familiar y la discrepancia entre las puntuaciones del familiar y el paciente según la escala GEOPTE, en función del diagnóstico; siendo el grupo con Trastorno Bipolar el grupo con mejor cognición no social, social y global (Objetivo específico dos).
5. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de *insight*, evaluada a través de la escala SUMD, en función del diagnóstico; siendo el grupo con Trastorno Esquizoafectivo el grupo con mejor capacidad de *insight* (Objetivo específico dos).

² A lo largo del presente trabajo, se utilizará la denominación *variables de cognición* para referirse a la cognición no social, cognición social y cognición global según la perspectiva del paciente, según la perspectiva del familiar y la discrepancia entre las puntuaciones del familiar y el paciente en cognición no social, cognición social y cognición global.

³ En el desarrollo del trabajo, bajo la denominación *variables de capacidad de insight* se englobarán los siguientes aspectos: conciencia de trastorno mental, conciencia de los efectos de la medicación, conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental, puntuación global de los ítems generales, conciencia de los síntomas y atribución de los síntomas.

6. Existirán diferencias estadísticamente significativas en el consumo de tabaco en función del diagnóstico de los sujetos; siendo el grupo con Trastorno Bipolar el que menos fumará y el grupo con Trastorno Esquizoafectivo el que tendrá un mayor consumo de tabaco (Objetivo específico dos).

7. Habrá diferencias estadísticamente significativas en la cognición no social, social y global, según la perspectiva del paciente, del familiar y la discrepancia entre las puntuaciones del familiar y el paciente, evaluadas a través de la escala GEOPTE entre los fumadores y los no fumadores, siendo el grupo de fumadores el que obtendrá mejores resultados en cognición no social, social y global (Objetivo específico tres).

8. La proporción de fumadores y de no fumadores será diferente en función del diagnóstico (Objetivo específico tres).

Método

Participantes

Los participantes en este trabajo fueron una muestra de 100 pacientes, los cuales fueron originalmente participantes en la investigación llevada a cabo en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón denominada “*Actitud hacia la medicación en una muestra de pacientes del espectro bipolar y psicótico y su correlación con insight y cognición social*”, de la cual la tutora profesional del presente trabajo -Rosa Molina Ruiz- era investigadora principal, y de la cual se ha obtenido toda la información clínica proporcionada por los participantes en la que se basa este trabajo.

Estos 100 participantes eran pacientes crónicos con diagnósticos dentro del espectro psicótico en seguimiento en el sistema público de salud en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Sus datos se recogieron para participar en el estudio según los siguientes criterios de inclusión: recibir atención sanitaria en consultas externas del Hospital Fundación Alcorcón; tener diagnóstico dentro del espectro psicótico: Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo o Trastorno Bipolar según criterios diagnósticos del DSM-IV; edad comprendida entre los 18 y 73 años; y tener una condición clínica estable de al menos un año en tratamiento con fármacos antipsicóticos y sin ingresos en los últimos tres meses.

Todos los pacientes y familiares participantes recibieron la información pertinente sobre el estudio (ver Apéndice A), siendo informados detalladamente de los objetivos de la investigación, su metodología, sus derechos, la voluntariedad de la misma, los beneficios y riesgos, así como del tratamiento anónimo de sus datos según la Ley de protección de datos bajo la que se englobaba la investigación y los datos de contacto. Tras ello, todos los pacientes y familiares participantes firmaron el consentimiento informado correspondiente para participar en el mismo (ver Apéndice B).

Los criterios de exclusión para participar en el estudio fueron presentar un trastorno neurológico u orgánico concomitante, y tener un diagnóstico comórbido de otro trastorno del eje I o eje II según el manual diagnóstico DSM-IV. Posteriormente a la obtención de la muestra, los sujetos que habían

participado en el estudio inicial, pero sobre los que no constaban las puntuaciones en los instrumentos que medían dos de las variables objeto de análisis en este trabajo (la puntuación de los familiares y por tanto la puntuación de la discrepancia entre familiares y pacientes en cuanto a variables de cognición, y las puntuaciones en las variables de capacidad de *insight*) fueron excluidos del estudio.

Finalmente, la muestra fue conformada por 84 sujetos de los 100 participantes iniciales, muestra obtenida sin procedimientos de muestreo probabilísticos, sino siendo deliberada por las características clínicas de los pacientes y de tratamiento de los mismos en el servicio de salud pública señalado.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, estas se encuentran reflejadas en la Tabla 1. Cabe destacar la homogeneidad de la muestra con respecto al sexo predominante - hombres- así como al estado civil -soltería- y ser a la vez una muestra muy heterogénea en el resto de características.

Tabla 1

Características Sociodemográficas de la Muestra

		Frecuencia (<i>n</i>)	Porcentaje
Estado civil	Soltero	52	61,90%
	Pareja o Casado	25	29,80%
	Separado o Divorciado	7	8,30%
Nivel de estudios	Sin estudios básicos (ESO)	24	28,60%
	Con estudios básicos (ESO)	19	22,60%
	Con estudios medios (Bachillerato, FP media o superior)	20	23,80%
	Con estudios universitarios (Diplomatura, Grado o Licenciatura)	16	19%
	Sin información	5	6%
Sexo	Mujer	25	29,80%
	Hombre	59	70,20%
Situación laboral	Sin trabajo	31	36,90%
	Trabajando o Estudiando en centro de día	17	20,20%
	Trabajando en empleo protegido o rehabilitado	27	32,10%
	Trabajo normalizado	1	1,20%
	Sin información	8	9,50%
<i>N</i> total		84	
		Mediana (<i>Mdn</i>)	Mínimo Máximo
Edad	<i>N</i> = 84	48	30 73

Por otra parte, considerando las características clínicas de la muestra recogidas en la Tabla 2, la muestra fue bastante homogénea respecto a su condición de cronicidad, siendo pacientes de larga evolución en su gran mayoría, con diagnóstico de Esquizofrenia y en tratamiento farmacológico con antipsicóticos de segunda generación.

Sin embargo, respecto al número de ingresos hospitalarios la muestra mostró una considerable diversidad, así como en el consumo de tabaco, pues en este aspecto, tanto considerando la muestra en su conjunto, como los diferentes diagnósticos, la muestra fue bastante heterogénea en relación al tabaquismo, a pesar de que la mayoría de los sujetos eran no fumadores.

Tabla 2

Características Clínicas de la Muestra

		Frecuencia (n)	Porcentaje
Años de evolución de enfermedad	0-2 años (sin cronicidad)	2	2,40%
	3-5 años de evolución (cronicidad)	1	1,20%
	6-15 años de evolución (cronicidad)	21	25%
	Más de 15 años de evolución (cronicidad)	60	71,40%
Diagnóstico	Esquizofrenia	61	72,60%
	Trastorno esquizoafectivo	8	9,50%
	Trastorno bipolar	15	17,90%
Consumo de tabaco	Fumadores	31	36,90%
	No Fumadores	41	48,80%
	Sin información	12	14,30%
Consumo de tabaco según diagnóstico	Esquizofrenia (n = 52)		
	Fumadores	23	44,23%
	No fumadores	29	55,77%
	Trastorno esquizoafectivo (n = 6)		
	Fumadores	2	33,33%
	No fumadores	4	66,67%
	Trastorno bipolar (n = 14)		
	Fumadores	6	42,86%
	No fumadores	8	57,14%
Ingresos hospitalarios	Ningún ingreso	15	17,90%
	1 a 3 ingresos	37	44%
	4 a 6 ingresos	20	23,80%
	Más de 6 ingresos	12	14,30%
Tratamiento farmacológico	Antipsicóticos primera generación	1	1,20%
	Antipsicóticos segunda generación	69	82,10%
	Antipsicóticos primera generación y segunda generación	2	2,40%
	Antipsicóticos segunda generación y otro	11	13,10%
	Sin medicación	1	1,20%
	N total	84	
		Mediana (Mdn)	Mínimo Máximo
Años de evolución de enfermedad	Años de evolución (N = 84)	22	1 58
Hábitos de vida	Número de cigarrillos diarios fumados (N = 31)	20	1 45

Diseño

El diseño utilizado en este trabajo fue, por una parte, un diseño descriptivo exploratorio de la muestra y de la distribución de las diferentes variables.

Por otra parte, el diseño fue *ex post facto* retrospectivo de un grupo simple, al ser todos los participantes pacientes con diagnóstico dentro del espectro psicótico en el TMG, en el que no se realizó ninguna manipulación experimental de las variables independientes, pues la pretensión del estudio fue conocer cómo se relacionaban las variables entre sí e identificar diferencias entre las mismas.

Por último, en cuanto a la dimensión temporal, el diseño de este estudio fue transversal puesto que todas las medidas se tomaron en el mismo momento temporal.

Variables e instrumentos de medida

Las variables de cognición recogidas en el presente trabajo se recogieron en el estudio original a través de la escala GEOPTE desarrollada desde el “Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia” (Sanjuán et al., 2003). La escala GEOPTE para la percepción subjetiva de la cognición social para psicosis valora el funcionamiento cognitivo no social y social a través de la evaluación de la propia percepción del paciente de su funcionamiento cognitivo no social y social y de la percepción de un informante (familiar o cuidador) del funcionamiento cognitivo no social y social del paciente, permitiendo conocer si existe discrepancia entre ambas percepciones.

La escala GEOPTE es una escala autoinforme desarrollada y validada en población española, psicométricamente robusta y basada en un modelo jerárquico donde las funciones cognitivas básicas afectan la cognición social (Sanjuán et al., 2003). Es una escala de 15 ítems que deben ser respondidos de forma autoadministrada por el paciente y su informante de forma independiente. Evalúa a través de preguntas cortas la cognición no social en los ítems del uno al siete y la cognición social en los ítems del ocho al 15, siendo cada ítem medido según una escala tipo Likert con puntuaciones del uno al cinco con las opciones de respuesta uno: no, y cinco: mucho. Las respuestas proporcionadas son utilizadas para calcular una puntuación sumario para pacientes y otra para informantes, pudiendo obtener una puntuación mínima de 15, indicando el mejor estado de cognición posible, y de máximo 75, correspondiéndose con el peor estado de cognición posible. Ello, posteriormente permite calcular la discrepancia entre ambas percepciones a través de la diferencia entre ambas puntuaciones (en este estudio se restó la puntuación del paciente a la del familiar).

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala GEOPTE, esta muestra un buen comportamiento psicométrico, mostrando una alta fiabilidad al tener una muy adecuada consistencia interna (alpha de Cronbach de ,86 para todos los ítems; ,84 para pacientes y ,87 para informantes), una apropiada validez de contenido por ser producto de un proceso de discusión entre expertos, buena validez de constructo mostrando sensibilidad con otras medidas clínicas y una adecuada estructura interna tras haberse identificado dos factores (uno relacionado con la cognición no social y otro

referido a aspectos de la cognición social) que explicaron una varianza total del 39% y del 33% en la extracción de un único factor (Sanjuán et al., 2003). Por tanto, la escala GEOPTE es una escala psicométricamente robusta considerándose sus resultados estables y reproducibles, con buena definición y representación de los constructos de cognición no social y social, y mostrando una estructura bidimensional adecuada a ello, además de tener un atributo común a todos los ítems del instrumento.

Por otra parte, las variables de capacidad de *insight* se evaluaron en el estudio original a través de la versión española de la escala SUMD -*The scale to assess unawareness of mental disorder*-, original de Amador y Strauss en 1990, y validada en población española por Ruiz et al. en 2008 mediante un método de traducción-retrotraducción realizado por un investigador del equipo de los autores que realizó la validación de la escala y un grupo de profesionales externos que evaluaron la equivalencia conceptual y la naturalidad de la versión española.

La SUMD es una escala estandarizada para la valoración de la capacidad de *insight*, que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente. Se compone de tres ítems generales que evalúan la conciencia de tener un trastorno mental: el ítem de conciencia de trastorno mental, el ítem de conciencia de los efectos de la medicación y el ítem de la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental. Después, existen 17 ítems sobre síntomas específicos sobre los que se puede evaluar el grado de conciencia -presente y pasada- y la atribución de cada síntoma que haga el paciente. Como particularidad de la escala SUMD cabe destacar que mientras los tres ítems generales siempre tienen que ser evaluados, los diecisiete ítems sobre el grado de conciencia de los diecisiete síntomas solo son evaluados cuando el síntoma está claramente presente según juicio clínico. Además, la atribución de estos 17 síntomas solo es valorada si el paciente ha mostrado conciencia total o parcial del síntoma (reflejado en una puntuación de la conciencia del síntoma entre uno y tres), siendo así la subescala de atribución parcialmente dependiente de la subescala de conciencia, y esta dependiente de si el síntoma a evaluar está claramente presente o no según la opinión del evaluador.

De esta forma, la SUMD puede dar lugar a un mínimo de tres y un máximo de cinco puntuaciones, una por cada uno de los tres ítems generales, una cuarta sobre la conciencia de los síntomas (media de las sumas de las puntuaciones según el número de ítems puntuados) y una quinta sobre la atribución de los síntomas (media de las puntuaciones de los síntomas que han podido ser evaluados por tener el paciente conciencia de los mismos). Las puntuaciones son medidas a través de una escala tipo Likert con puntuaciones de cero: el ítem no puede ser valorado, a cinco: no conciencia del aspecto evaluado, siendo la puntuación uno: conciencia del aspecto evaluado. Las puntuaciones más altas reflejan un nivel de conciencia de trastorno más bajo o de atribución más incorrecta, de una peor capacidad de *insight* (Ruiz et al., 2008).

Respecto a las propiedades psicométricas, la escala SUMD presenta una fiabilidad y validez externa comprobables con la escala original, mostrando una fiabilidad alta entre observadores ($CCI = ,85$ para el ítem que valora la conciencia del trastorno mental, $CCI = ,87$ para el ítem que valora la

conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación, $CCI = ,91$ para el ítem que valora la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental, $CCI = ,97$ para la escala de conciencia de síntomas, y $CCI = ,94$ para la escala de atribución de los síntomas). Esta escala mostraría una validez externa parcial ya que no es posible conocer la consistencia interna de la escala al no poder realizar un análisis de todos los ítems porque cada sujeto puede puntuar en ítems diferentes al no tener todos la misma sintomatología ni la misma conciencia sobre los mismos síntomas. Además, esta parcialidad en la validez externa de la escala también se debería a que las correlaciones obtenidas en la validación y en la escala original entre las puntuaciones de la SUMD y el criterio externo fueron moderadas ($r_s = ,427$, $p < ,05$ para la correlación con el ítem que valora el grado de conciencia de trastorno mental; $r_s = ,374$, $p < ,05$ para la correlación con el ítem que valora el grado de conciencia de los efectos de la medicación y $r_s = ,505$, $p < ,05$ para la subescala de conciencia) y no estadísticamente significativa en el resto de ítems (Ruiz et al., 2008).

Por último, las variables sociodemográficas y clínicas fueron recogidas en el estudio original mediante entrevista clínica semiestructurada por los facultativos correspondientes en cita con el paciente sin utilizar ningún instrumento específico para esta recogida de información.

Procedimiento

Esta investigación se basó en la recogida de datos para la investigación original anteriormente citada, llevada a cabo en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde 2016 a 2017 sin ningún tipo de dotación económica, tras ser aprobada por el Comité de ética (CEIC) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón en 2016, al considerarse que se cumplían los requisitos de idoneidad del protocolo respecto a los objetivos del estudio, detallándose los riesgos y molestias previsibles justificados, adecuándose el procedimiento para obtener el consentimiento informado de los participantes, y contando con la capacidad investigadora y medios apropiados.

Todos los pacientes y familiares recibieron la información pertinente sobre el estudio y de forma voluntaria firmaron el consentimiento informado para participar en el mismo. Estos documentos fueron entregados en el Centro de Salud Mental de Alcorcón durante los años señalados en consultas de revisión o en las sesiones semanales de terapia de grupo, y se pueden consultar en el Apéndice A y Apéndice B.

Una vez recibido el fichero con los datos, y garantizando el anonimato así como la protección de los datos de los participantes al igual que en el estudio original, el presente trabajo se basó en los datos proporcionados tras la pertinente modificación del fichero original para el posterior análisis estadístico de las variables relevantes a estudiar según los objetivos de este trabajo. El tratamiento de los datos, así como la especificidad en su recogida y recodificación para adecuarlos a las características del presente estudio, se detallan en el Apéndice C.

Respecto al análisis estadístico de los datos, todos los análisis se realizaron utilizando el programa IBM SPSS para Windows versión 26.0, a excepción de las operaciones para el cálculo de la q de

Cohen, para las cuales se utilizó la herramienta Microsoft Excel versión 2002 del paquete Office para Windows 365 Pro Plus.

Los análisis estadísticos se realizaron distinguiendo las dos partes del diseño de este trabajo, respetando la parte general, descriptiva y exploratoria de la muestra, y una parte específica de análisis *ex post facto* de las relaciones y diferencias entre las variables.

Dada la gran disparidad entre los tamaños muestrales de los tres grupos diagnósticos (Esquizofrenia $n = 61$, Trastorno Esquizoafectivo $n = 8$ y Trastorno Bipolar $n = 15$), no se consideró adecuado asumir la normalidad de la muestra y todos los análisis estadísticos realizados fueron pruebas no paramétricas. Los diferentes contrastes de hipótesis realizados se consideraron bilaterales y significativos para $p < .05$. Todos los resultados, a excepción de los niveles de significación estadística, se redondearon a dos cifras decimales.

Para la parte descriptiva se obtuvieron, dependiendo de cada variable, las medidas descriptivas de la muestra mediante las distribuciones de frecuencias o las medidas de tendencia central a través del cálculo de medianas -dada la gran sensibilidad de la media a los valores extremos- y utilizando los valores mínimos y máximos como medidas de la dispersión de los datos.

En la parte *ex post facto*, se realizaron distintas pruebas no paramétricas, según correspondiera en base a la exploración de los diferentes objetivos o para el contraste de las diferentes hipótesis correlacionales y de comparación entre grupos.

Se realizaron correlaciones de Spearman para estudiar si existía relación y de qué tipo entre las variables de cognición, capacidad de *insight* y consumo de tabaco, realizándose las diferentes correlaciones considerando la muestra en su conjunto, y también según diagnóstico.

Se compararon las correlaciones, a través del coeficiente q de Cohen, entre las variables de cognición, capacidad de *insight* y consumo de tabaco, para analizar si las correlaciones diferían en función del diagnóstico, realizándose todas las correlaciones para cada diagnóstico. Para esta comparación, siguiendo a Ventura-León y Caycho (2017), se obtuvieron las correlaciones para cada tipo de diagnóstico segmentando el archivo de datos por diagnóstico y obteniendo las correlaciones de Spearman entre las variables mencionadas. Para poder comparar posteriormente las correlaciones, solo se consideraron estas correlaciones cuando fueron significativas entre el mismo par de variables en dos diagnósticos, al ser entonces susceptibles de compararse a través del coeficiente q de Cohen. Posteriormente, se convirtieron todas las correlaciones de Spearman significativas a correlaciones de Pearson⁴. Después, estos coeficientes se transformaron a puntuaciones z de Fisher⁵ para su

⁴ Se recoge la fórmula utilizada al no ser de uso común. Transformación de la r_s de Spearman a r de Pearson: $r = 2\text{sen}(r_s \pi/6)$

⁵ Se recoge la fórmula utilizada al no ser de uso común. Transformación de la r de Pearson en coeficiente z de Fisher: $z_r = 1/2 \ln(1 + r/1 - r)$

aproximación a la distribución normal y poder calcular así el coeficiente q de Cohen⁶ para comparar las correlaciones según el diagnóstico, y así poder conocer si las correlaciones diferían según la categoría diagnóstica.

Tanto para las correlaciones de Spearman como para la comparación de correlaciones, se consideraron para la interpretación del tamaño del efecto valores $< ,10$: sin efecto, valores entre $,10$ y $,30$: efecto pequeño, valores entre $,31$ y $,50$, efecto moderado, y valores $> ,51$, efecto grande.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes para evaluar si las variables de cognición, capacidad de *insight* y consumo de tabaco eran diferentes entre los diagnósticos.

Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el fin de comprobar si las variables de cognición y de capacidad de *insight* diferían entre los fumadores y no fumadores.

Por último, se realizó la prueba Chi Cuadrado de Pearson para comprobar si existía diferente proporción de fumadores y no fumadores en función del diagnóstico.

Resultados

En primer lugar, se exponen los estadísticos descriptivos de las variables de cognición y de capacidad de *insight* de la muestra en la Tabla 3 y según los diferentes diagnósticos en la Tabla 4, recogiendo en la Tabla 1 los estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas, y en la Tabla 2 los de las características clínicas y el consumo de tabaco.

En los resultados descriptivos de la muestra en general (ver Tabla 3), en relación a las variables de cognición, los familiares puntuaron más alto que los pacientes, destacando la no puntuación (ya fuera por el familiar o por el propio paciente) de la cognición del paciente con valores máximos en ningún caso, aunque sí con la puntuación mínima. Además, cabe señalar que todas las medidas centrales de la muestra fueron inferiores a las posibles según la escala GEOPTE, encontrando las diferencias más acusadas en las puntuaciones de pacientes. También destaca que la mayor discrepancia entre las puntuaciones de familiar y paciente se obtuvo en la cognición social, y que esta discrepancia fue positiva, mientras que en cognición no social la tendencia central fue la no discrepancia.

Por otra parte, en cuanto a las variables de capacidad de *insight*, a excepción de la atribución de los síntomas, las puntuaciones de las medianas del resto de variables fueron menores que las posibles según la escala SUMD. Asimismo, resalta que se obtuvieron valores máximos en todas las dimensiones de capacidad de *insight* pero que solo se obtuvieron los valores mínimos en tres componentes de la capacidad de *insight*, entre cuales que se encontraban los ítems no generales en los que también se obtuvieron las medianas más altas.

⁶ Se recoge la fórmula utilizada al no ser de uso común. Cálculo del coeficiente q de Cohen: $q = z_{r1} - z_{r2}$; Para hacer las comparaciones entre los pares de diagnósticos entre Esquizofrenia y los otros dos diagnósticos, se consideró z_{r1} Esquizofrenia y z_{r2} Trastorno Esquizoafectivo o Trastorno Bipolar según correspondiera; y para las comparaciones entre el Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Bipolar, se consideró z_{r1} Trastorno Esquizoafectivo y z_{r2} Trastorno Bipolar.

Tabla 3

Medidas de Tendencia Central y de Dispersión de las Variables de Cognición y Capacidad de Insight

			Obtenido en la muestra			Posible según la escala		
			Mdn	Mín.	Máx.	Mdn	Mín.	Máx.
Cognición	Familiar	Cog. no social	14	7	32	21	7	35
		Cog. social	17	8	36	23,50	8	40
		Cog. global	30	15	67	45	15	75
	Paciente	Cog. no social	12	7	34	21	7	35
		Cog. social	14,50	8	36	23,50	8	40
		Cog. global	27	15	67	45	15	75
	Discrepancia entre las puntuaciones de Familiar y Paciente	Cog. no social	0	-19	24	0	-28	28
		Cog. social	2	-14	21	0	-32	32
		Cog. global	1	-30	44	0	-60	60
Capacidad de insight	Ítems generales	C. de trastorno mental	1	1	5	2,50	0	5
		C. de los efectos de la medicación	1	1	5	2,50	0	5
		C. de las consecuencias sociales del trastorno mental	2	0	5	2,50	0	5
		Puntuación global de los ítems generales	1,66	1	5	2,50	0	5
		C. de los síntomas	2,40	0	5	2,50	0	5
		Atribución de los síntomas	3	0	5	2,50	0	5

Nota: C = Conciencia. Cog = Cognición. Mdn = Mediana. Mín = Mínimo. Máx = Máximo.

Respecto a los resultados descriptivos de los diferentes diagnósticos (Tabla 4), las puntuaciones de los familiares de los pacientes con Esquizofrenia y de los propios pacientes, fueron mayores que las del resto de diagnósticos, además de ser el diagnóstico donde se dio una mayor dispersión de los datos en todas las variables de cognición, y especialmente en la discrepancia entre las puntuaciones de familiares y pacientes. Por otra parte, cabe destacar en relación a la discrepancia entre puntuaciones, que el Trastorno Bipolar sobresale en comparación con el resto de diagnósticos al haber obtenido una discrepancia negativa. En referencia a las variables de capacidad de *insight*, también destaca que los pacientes con Esquizofrenia fueron los que puntuaron más alto, especialmente en los ítems no generales, donde también se observa una mayor dispersión de los datos.

Tabla 4

Medidas de Tendencia Central y de Dispersión de las Variables de Cognición y Capacidad de Insight según Diagnóstico

			Esquizofrenia	T. esquizoafectivo	T. bipolar
Cognición	Puntuaciones de Familiar	Cog. no social	15 (7; 32)	12,50 (8; 24)	12,50 (7; 30)
		Cog. social	19 (7; 36)	13,50 (8; 19)	15,50 (10; 30)
		Cog. global	32 (15; 67)	26 (16; 42)	27,50 (20; 58)
	Puntuaciones de Paciente	Cog. no social	14 (7; 31)	10 (7; 20)	12 (7; 34)
		Cog. social	15 (8; 36)	11 (8; 25)	15 (8; 25)
		Cog. global	27 (15; 67)	22 (17; 45)	27 (15; 58)
	Discrepancia	Cog. no social	0 (-19; 24)	1,50 (-3; 13)	-1 (-13; 12)
		Cog. social	2 (-14; 21)	2 (-8; 7)	2,50 (-9; 14)
		Cog. global	1 (-30; 44)	2,50 (-11; 16)	0,50 (-21; 26)
Capacidad de insight	Ítems generales	C. de trastorno mental	2 (1; 5)	1 (1; 3)	1 (1; 4)
		C. de los efectos de la medicación	2 (1; 5)	1 (1; 3)	1 (1; 3)
		C. de las consecuencias sociales del TM	3 (1; 5)	2 (1; 4)	1 (0; 5)
		Puntuación global de los ítems generales	2,30 (1; 5)	1,33 (1; 3,50)	1,30 (1; 3,60)
		C. de los síntomas	2,60 (0; 5)	1,47 (1; 3,50)	1,40 (0; 3)
		Atribución de los síntomas	3 (0; 5)	2,50 (1; 4)	1,52 (1; 5)

Nota: C = Conciencia. Cog = Cognición. Discrepancia = Discrepancia entre las puntuaciones de Familiar y Paciente. T = Trastorno. TM = Trastorno Mental. Se presentan los datos de tendencia central recogiendo la puntuación de la Mediana y un paréntesis recogiendo el Mínimo y el Máximo respectivamente.

En segundo lugar, se recogen los análisis *ex post facto* realizados sobre las distintas variables.

Analizando las relaciones entre las variables a través de las correlaciones de Spearman, no se pudo demostrar que existan relaciones estadísticamente significativas entre las variables de cognición según los pacientes y las variables capacidad de *insight*, ni entre las variables de cognición y el consumo de tabaco ni tampoco entre las variables de capacidad de *insight* y consumo de tabaco. Entre las variables de cognición (puntuaciones de los familiares, y discrepancia en las puntuaciones de familiar y paciente) y las variables de capacidad de *insight* sí se encontraron relaciones estadísticamente significativas, recogidas en la Tabla 5.

Destaca que todas las correlaciones fueron positivas, indicando relaciones directas entre las diferentes variables, pero sin mostrar una relación fuerte ningún par de variables al no obtenerse un tamaño del efecto que pudiera ser considerado como grande en ninguna correlación. Las relaciones más fuertes se encontraron, respecto a las variables de cognición, principalmente con la cognición social, ya fuera según la puntuación de los familiares o según la discrepancia entre la puntuación de los familiares y los pacientes. Respecto a las variables de capacidad de *insight*, las correlaciones más fuertes, se encontraron principalmente con las dimensiones que no pertenecían a los ítems generales:

conciencia de los síntomas y atribución de los síntomas.

Tabla 5

Correlaciones de Spearman, Niveles de Significación Estadística, Coeficientes de Determinación e Interpretación, entre las Variables de Cognición y Capacidad de Insight

	Conciencia de Trastorno Mental	Conciencia de los efectos de la medicación	Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	Puntuación global de los ítems generales	Conciencia de los síntomas	Atribución de los síntomas
C. no social	$r_s = ,31$ $p = ,007$ $r_s^2 = ,10$	$r_s = ,24$ $p = ,039$ $r_s^2 = ,06$	$r_s = ,28$ $p = ,015$ $r_s^2 = ,08$	$r_s = ,31$ $p = ,008$ $r_s^2 = ,10$	$r_s = ,26$ $p = ,023$ $r_s^2 = ,07$	$r_s = ,26$ $p = ,026$ $r_s^2 = ,07$
C. social	$r_s = ,41$ $p < ,001$ $r_s^2 = ,16^*$	$r_s = ,39$ $p = ,001$ $r_s^2 = ,16^*$	$r_s = ,34$ $p = ,003$ $r_s^2 = ,12^*$	$r_s = ,43$ $p < ,001$ $r_s^2 = ,18^*$	$r_s = ,39$ $p = ,001$ $r_s^2 = ,16^*$	$r_s = ,36$ $p = ,002$ $r_s^2 = ,13^*$
C. global	$r_s = ,39$ $p = ,001$ $r_s^2 = ,15^*$	$r_s = ,36$ $p = ,002$ $r_s^2 = ,13^*$	$r_s = ,33$ $p = ,004$ $r_s^2 = ,11^*$	$r_s = ,40$ $p = ,000$ $r_s^2 = ,16^*$	$r_s = ,36$ $p = ,002$ $r_s^2 = ,13^*$	$r_s = ,34$ $p = ,003$ $r_s^2 = ,12^*$
D. en cognición no social	$r_s = ,29$ $p = ,011$ $r_s^2 = ,09$				$r_s = ,26$ $p = ,024$ $r_s^2 = ,07$	$r_s = ,25$ $p = ,033$ $r_s^2 = ,06$
D. en cognición social	$r_s = ,36$ $p = ,001$ $r_s^2 = ,13^*$	$r_s = ,27$ $p = ,021$ $r_s^2 = ,07$	$r_s = ,38$ $p = ,001$ $r_s^2 = ,14^*$	$r_s = ,38$ $p = ,001$ $r_s^2 = ,14^*$	$r_s = ,47$ $p < ,001$ $r_s^2 = ,22^*$	$r_s = ,44$ $p < ,001$ $r_s^2 = ,19^*$
D. en cognición global	$r_s = ,38$ $p = ,001$ $r_s^2 = ,14^*$		$r_s = ,32$ $p = ,005$ $r_s^2 = ,10^*$	$r_s = ,34$ $p = ,003$ $r_s^2 = ,12^*$	$r_s = ,43$ $p < ,001$ $r_s^2 = ,18^*$	$r_s = ,40$ $p < ,001$ $r_s^2 = ,16^*$

Nota: C = Cognición según los familiares. D = Discrepancia en las puntuaciones entre familiar y paciente. Para la interpretación del coeficiente de determinación (r_s^2), se ha indicado con el símbolo * un tamaño del efecto pequeño y en negrita las relaciones más fuertes, correspondiéndose el resto de coeficientes de determinación con un tamaño de efecto nulo.

En cuanto a la comparación de las relaciones, las únicas relaciones estadísticamente significativas según las correlaciones de Spearman obtenidas en los distintos diagnósticos, y con las cuales se realizaron posteriormente las comparaciones a través del coeficiente q de Cohen, fueron las correlaciones entre las variables de cognición (puntuaciones de los familiares, y discrepancia en las puntuaciones de familiar y paciente) y las variables de capacidad de *insight* (puntuación global de los ítems generales y atribución de los síntomas), recogidas en la Tabla 6.

Comparando las diferentes relaciones entre los diagnósticos, cabe señalar que la mayoría de las diferencias fueron sido moderadas o grandes, y que se encontraron de forma casi total con el diagnóstico de Esquizofrenia, siendo la comparación más frecuente entre los diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, a pesar de que la mayor diferencia se encontró entre los diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo. Además, estas diferencias con un tamaño

del efecto grande se dieron en su totalidad en las correlaciones con el componente de capacidad de *insight* de atribución de los síntomas.

Tabla 6

Correlaciones de Spearman (r_s) y nivel de significación según Diagnóstico, su Transformación a Correlaciones (r) de Pearson, a Puntuaciones z de Fisher, Coeficientes q de Cohen e Interpretación, entre las Variables de Cognición y Capacidad de Insight

Variables	Diagnóstico	r_s	r	z	q de Cohen
C. no social y puntuación global de los ítems generales	Esquizofrenia	$r_s = ,29$ $p = ,033$	,30	0,31	-,50**
	T. bipolar	$r_s = ,65$ $p = ,021$	,67	0,81	
C. social y puntuación global de los ítems generales	Esquizofrenia	$r_s = ,38$ $p = ,005$	,40	0,42	-,47**
	T. bipolar	$r_s = ,70$ $p = ,012$	,71	0,89	
C. global y puntuación global de los ítems generales	Esquizofrenia	$r_s = ,38$ $p = ,004$	,40	0,42	-,42**
	T. bipolar	$r_s = ,67$ $p = ,018$	,69	0,84	
D. en cognición social y atribución de los síntomas	Esquizofrenia	$r_s = ,38$ $p = ,005$	,39	0,41	-,91*** (Esquizofrenia-T.Esquizoafectivo)
	T. esquizoafectivo	$r_s = ,86$ $p = ,007$	,87	1,32	,25* (T.Esquizoafectivo-T.Bipolar)
	T. bipolar	$r_s = ,61$ $p = ,045$	,63	0,74	-,33** (Esquizofrenia-T.Bipolar)
D. en cognición global y atribución de los síntomas	Esquizofrenia	$r_s = ,31$ $p = ,021$	,33	0,34	-,70***
	T. esquizoafectivo	$r_s = ,76$ $p = ,028$	,78	1,04	
C. social y atribución de los síntomas	Esquizofrenia	$r_s = ,29$ $p = ,034$	,30	0,31	-,78***
	T. bipolar	$r_s = ,78$ $p = ,010$	,80	1,09	
C. global y atribución de los síntomas	Esquizofrenia	$r_s = ,30$ $p = ,027$	,31	0,33	-,53***
	T. bipolar	$r_s = ,67$ $p = ,023$	,69	0,85	

Nota: C = Cognición según los familiares. D = Discrepancia en las puntuaciones entre familiar y paciente. T = Trastorno. Para la interpretación de la q de Cohen, se ha indicado con el símbolo * un tamaño del efecto pequeño, ** un tamaño del efecto moderado y *** un tamaño del efecto grande.

Por otra parte, no se ha podido comprobar que existan diferencias estadísticamente significativas entre los distintos diagnósticos en cognición, capacidad de *insight* ni consumo de tabaco a través de la

prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes; tampoco se pudo comprobar que existieran diferencias estadísticamente significativas entre los fumadores y los no fumadores en cognición y capacidad de *insight* a través de la prueba *U* de Mann-Whitney para muestras independientes; y, por último, tampoco se pudo comprobar que existiera una diferencia de proporciones estadísticamente significativa entre los fumadores y los no fumadores según el diagnóstico a través de la prueba Chi Cuadrado de Pearson.

Comentarios

Como se ha desarrollado anteriormente, este estudio pretendía relacionar la cognición -incluyendo la percepción del propio paciente sobre la misma-, la capacidad de *insight* y el consumo de tabaco, explorando diferentes patrones en los distintos diagnósticos del espectro psicótico (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo) así como diferentes relaciones en función de los mismos. Los hallazgos más relevantes han sido encontrar una relación directa entre la cognición percibida por los familiares y la capacidad de *insight* del paciente, en la cual habría importantes diferencias entre los diferentes diagnósticos, así como una mejor evaluación de la cognición por parte de los propios pacientes, denotando dificultades en tener conciencia de sus dificultades cognitivas.

Abordando las relaciones entre las diferentes variables, se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la cognición y la capacidad de *insight*, aunque esta relación significativa no se encontró entre todos los componentes de la cognición tal cual se hipotetizaba, ya que no se obtuvo ninguna relación estadísticamente significativa entre la capacidad de *insight* y las puntuaciones del propio paciente. Estas relaciones significativas se encontraron entre la cognición según los familiares y los diferentes componentes de la capacidad de *insight* mostrando una relación directa entre ellas.

Si bien el recoger la perspectiva del paciente resulta fundamental por ser un indicador veraz de su funcionamiento (Caqueo-Urizar et al., 2015; Saarni et al., 2006; Saarni et al., 2010), también es necesario considerar que existen diferentes factores en interacción con la opinión del paciente sobre su propia enfermedad y sus dificultades, que podrían incurrir en una mayor distorsión en la percepción subjetiva de su calidad de vida (Haro et al., 2001). Los resultados obtenidos muestran que los familiares evaluaron la cognición del paciente con puntuaciones más altas que este, lo cual, considerando las características de la escala GEOPTE (ver subsección Variables e instrumentos de medida) se corresponde con una peor valoración de la cognición por sus familiares que por ellos mismos.

Ello podría mostrar cierta distorsión de los pacientes en ser conscientes de sus dificultades considerando los resultados obtenidos en capacidad de *insight* en los componentes de conciencia sobre las consecuencias sociales del trastorno mental, y en la conciencia y atribución de los síntomas. Estos fueron los componentes de la capacidad de *insight* con mayores puntuaciones, lo que indicaría, según las características de la escala SUMD (ver subsección Variables e instrumentos de medida), una peor capacidad de *insight*. Además, en estas dimensiones se obtuvo una puntuación de cero, que

indicaría la no conciencia del aspecto evaluado, algo que podría responder a que la forma de evaluación de los ítems no generales permite recoger una visión más amplia y certera sobre la capacidad de *insight* al valorar un gran número de síntomas. La puntuación en estas dimensiones, y especialmente la alta puntuación, incluso la no conciencia, de las consecuencias sociales de la enfermedad, el componente del *insight* más cercano a la disfunción social (Amador et al., 1991), podría mostrar la problemática de los pacientes en evaluar sus dificultades, reflejo de la posible distorsión de los pacientes en percibir su calidad de vida.

Retomando la relación directa encontrada entre las variables de cognición y las variables de capacidad de *insight*, esta estaría en consonancia con la evidencia empírica que señala que los déficits cognitivos se acompañarían de la falta de conciencia (*insight*) de padecer un trastorno mental (Quee et al., 2014; Rebodella, 2017) y se correspondería con la relación directa hipotetizada entre las puntuaciones de estas variables, a pesar de que no haya sido significativa en todos los casos.

Esta relación se ha encontrado con las puntuaciones de los familiares, tanto entre la cognición no social, donde otros estudios señalan que los cambios en esta predecirían los cambios en el *insight* (Quee et al., 2014), como en la cognición social, en la que déficits en esta área también se han relacionado con déficits en la capacidad de *insight* (Quee et al., 2014) como los encontrados en este estudio. Específicamente, sobresale que sean las relaciones con la cognición social donde se producen las correlaciones más fuertes, y que, dentro de estas, la relación entre esta y la conciencia de tener un TMG, sea una de las relaciones con mayor tamaño del efecto, una relación referida en la literatura previa (García et al., 2017).

Por otra parte, dado que la cognición social influye directamente la competencia social de la persona y su funcionamiento social (Brekke et al., 2005), el que sean las puntuaciones del familiar y no las del paciente las que han arrojado relaciones estadísticamente significativas, pondría de manifiesto la relevancia de la experiencia de las personas que directamente pueden percibir las dificultades en cognición social del paciente al estar involucradas en la relación social en la que estas se manifestarían. Así, la percepción por parte de los familiares de las dificultades en cognición social de los pacientes se relacionaría con su falta de conciencia de las mismas (Haro et al., 2001; Lysaker et al., 1998; Vaz et al., 2002), pues, precisamente por falta de conciencia, el paciente no desarrollaría métodos funcionales para suplir sus déficits (Vöhringer et al., 2013).

Considerando esta relación significativa entre la perspectiva de los familiares sobre la cognición del paciente y la capacidad de *insight*, esta resulta consonante con los resultados obtenidos por Sanjuán et al. (2006) en los que los pacientes que percibían su cognición de forma similar a como la percibían sus familiares eran más conscientes de sus dificultades. En este aspecto, cabe señalar que la discrepancia en cognición social, ha sido el aspecto que se ha relacionado positiva y significativamente con todos los componentes de la capacidad de *insight*, mostrando que menor discrepancia en cognición social se relacionaría con menores puntuaciones en la capacidad de *insight* que indicarían mejor *insight*. Ello se correspondería con las puntuaciones de las medianas en la

discrepancia, todas positivas señalando una mayor puntuación -peor evaluación- de la cognición según los familiares que según los pacientes, dándose la mayor discrepancia también en cognición social. Asimismo, Sanjuán et al. (2006), reflejaron que las dificultades cognitivas señaladas por los familiares que no fueron señaladas en igual grado por los pacientes, se circunscribían a la cognición social, en donde los pacientes mostraban dificultades en tener *insight* respecto a ellas.

Comparando las relaciones entre cognición y la capacidad de *insight* entre los diferentes diagnósticos, se encontraron importantes diferencias entre las correlaciones de los distintos diagnósticos, siendo estas relaciones más fuertes en los diagnósticos de Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo, según correspondiera, que en el diagnóstico de Esquizofrenia.

La mayoría de correlaciones comparadas involucraban la cognición social y la atribución de los síntomas, pudiendo considerarse factores cuya relación resulta clave para el TMG, pero donde habría grandes diferencias entre diagnósticos. Bowie et al. (2018) ya señalaron características propias de la Esquizofrenia, y en consonancia con ello, los resultados de este estudio mostrarían una amalgama de características diferenciales que requerirá posteriores investigaciones que puedan señalar los aspectos de los diferentes diagnósticos donde estriban tales diferencias.

Específicamente, se encontraron relaciones más fuertes en el grupo con diagnóstico de Trastorno Bipolar entre la cognición no social y social y la capacidad de *insight* que en el grupo con diagnóstico de Esquizofrenia. Vaskinn et al. (2013) referían también estas relaciones entre el Trastorno Bipolar y la cognición no social y la capacidad de *insight*, aunque según sus resultados, las relaciones más fuertes entre la cognición social y la capacidad de *insight* se daban en la Esquizofrenia, donde las dificultades en cognición social son mayores (Ruiz-Ruiz et al., 2006; Xiao et al., 2017). Sin embargo, comparando las relaciones entre las variables con el Trastorno Esquizoafectivo, en este diagnóstico se dieron las correlaciones más fuertes en comparación con los otros dos, aunque no hubo muchas relaciones estadísticamente significativas en este trastorno. Ello podría reflejar la idiosincrasia de este diagnóstico en la interacción entre la cognición y la capacidad de *insight* en comparación con la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar (Pagel, Baldessarini, Franklin y Baethge, 2013).

No se ha podido demostrar que existan relaciones estadísticamente significativas entre la cognición y la capacidad de *insight* y el consumo de tabaco, sin poderse verificar las hipótesis correspondientes ni pudiendo hacer comparaciones entre los diagnósticos al respecto, requiriéndose más estudios que profundicen en la relación entre la cognición y el consumo de tabaco y exploren la relación entre la capacidad de *insight* y el consumo de tabaco.

Haciendo alusión a las variables *per se*, se han encontrado diferencias entre los diagnósticos, pero, dado que las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas y no se pudieron verificar las diferencias hipotetizadas, estas diferencias se abordarán descriptivamente comparando las tendencias centrales de las diferentes variables.

En primer lugar, respecto a la cognición, se encontraron dificultades cognitivas en todos los diagnósticos. Considerando estas dificultades cognitivas de forma descriptiva, estas se dieron en

mayor grado en las personas con Esquizofrenia, obteniendo las mayores puntuaciones en cognición - que indicarían un peor estado cognitivo- tanto entre familiares como entre pacientes, y, especialmente en cognición social, la parcela más dañada en este diagnóstico (Xiao et al., 2017). En otras investigaciones se recogen déficits en todos los diagnósticos, más severos en Esquizofrenia que en el Trastorno Esquizoafectivo o en el Trastorno Bipolar (Vöhringer et al., 2013), siendo este el que mostraría menores déficits, lo cual no se ha correspondido con lo obtenido en este estudio, pues descriptivamente, sería el Trastorno Esquizoafectivo el que tanto por las puntuaciones de los pacientes como las de sus familiares en cognición no social y cognición social, mostraría una mejor cognición.

En relación al Trastorno Bipolar, autoras señalan que estos pacientes no mostrarían dificultades en cognición social (Dompablo et al., 2016; Lynham et al., 2018; Rebolleda, 2017; Ruiz-Ruiz et al., 2006), y de mostrarlas serían menores que las de pacientes con Esquizofrenia (Ospina et al., 2016). En este estudio, las puntuaciones sí se señalan estas dificultades, aunque en menor grado en las personas con Trastorno Bipolar que las personas con Esquizofrenia, destacando que los pacientes de ambos diagnósticos obtuvieron la misma puntuación mediana en cognición social. Destaca que, a excepción de la cognición no social en el Trastorno Bipolar, todas las discrepancias muestran que los familiares puntúan peor la cognición que los pacientes, en línea de Sanjuán et al. (2006).

En la misma línea descriptiva, en relación con la capacidad de *insight*, el grupo de pacientes con Esquizofrenia obtuvo puntuaciones más altas, mostrando una peor en capacidad de *insight* (especialmente respecto a la atribución que harían de los síntomas), mientras que los pacientes con Trastorno Bipolar sería el grupo que mostraría una mejor capacidad de *insight*. Estudios también encuentran peores resultados en capacidad de *insight* en personas con Esquizofrenia que en personas con Trastorno Bipolar (Vaskinn et al., 2013), pero encuentran los mejores resultados en personas con Trastorno Esquizoafectivo (Pini et al., 2001).

Respecto a los hábitos de vida de la muestra, destaca que se haya encontrado una ligera mayor proporción de no fumadores que de fumadores en todas las categorías diagnósticas, lo cual aun sin mostrar diferencias significativas, marcaría la idiosincrasia de la muestra en comparación con otros estudios, donde la población con TMG fumaba en un gran porcentaje, siendo fumadoras entre el 60% y 90% de personas con Esquizofrenia (Chuang et al., 2008; López-Ortiz et al., 2010; Sánchez-Gutiérrez et al., 2018). En este sentido, en el grupo con diagnóstico de Esquizofrenia se dio el mayor porcentaje de fumadores, con una proporción similar de los mismos, aunque ligeramente inferior, en el grupo con diagnóstico de Trastorno Bipolar, siendo en el grupo con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo en el que habría una menor proporción de fumadores. En otros estudios se encontraron diferencias interdiagnósticas más acusadas, donde las personas con Esquizofrenia fumaban cinco veces más que otros grupos clínicos, y con diferente prevalencia de fumadores entre los diagnósticos que la encontrada en este trabajo, siendo los pacientes con Trastorno Esquizoafectivo los que más fumarían y los pacientes con Trastorno Bipolar los que fumarían menos (Bly et al., 2014; Bosgelmez y Yildiz, 2017; López-Ortiz et al., 2010).

Estos resultados, en los que el grupo con diagnóstico de Trastorno Bipolar fumaría en una proporción muy similar al grupo con diagnóstico de Esquizofrenia, aunque no sean unas diferencias estadísticamente significativas, se habrían podido ver influidos por la historia de psicosis de los pacientes con Trastorno Bipolar, pues cuando han existido periodos de psicosis en estos pacientes, se encuentra mayor propensión al consumo de tabaco (Ospina et al., 2016).

Por otra parte, no se encontraron diferencias en la cognición entre fumadores, tal y como se hipotetizaba, ni se pudo determinar si la capacidad de *insight* entre los fumadores y no fumadores era diferente, lo cual, considerando también la baja tasa de fumadores en este estudio en comparación con otros, precisaría de investigaciones ulteriores que pudieran clarificar si estos resultados serían fruto de las peculiaridades de la muestra, de una posible interferencia de variables desconocidas, o de la influencia de las medidas sanitarias puestas en marcha frente al tabaquismo para un menor consumo de tabaco poblacional.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Considerando los resultados obtenidos, cabe considerar las limitaciones del estudio que han podido influir en los mismos, así como en haber obtenido resultados no estadísticamente significativos.

En primer lugar, una limitación de este trabajo, sería su reducido tamaño muestral ($N = 84$), el cual quizá no ha sido suficiente para poder realizar un estudio sobre cuestiones tan complejas como la cognición, la percepción sobre la misma, la capacidad de *insight*... Para el trabajo con estas variables, sobre las que de base existe discrepancia en la literatura sobre cómo se relacionan, hubiera sido necesario un mayor tamaño muestral que diluyera las características individuales de los participantes y permitiera obtener datos más representativos. Para ello, además de incrementar el tamaño muestral, sería conveniente modificar el muestreo y realizar una selección probabilística de los participantes, para poder ahondar en las diferentes relaciones entre las variables desde un punto de vista poblacional y no obtener resultados sesgados como, quizá, han sido los obtenidos en este estudio.

En relación a ello, otra limitación sería la sobredimensión del sexo *hombres* (70,20%) y del trastorno de Esquizofrenia (72,60%), dado que, a pesar de poderse considerar como un reflejo de la realidad poblacional en el TMG, ha podido sesgar los resultados al no tener una representación suficiente del resto de diagnósticos, de las mujeres y sus características, haciendo necesario en futuros estudios minimizar la disparidad muestral con una inclusión de participantes más equilibrada.

Por una parte, el que la muestra esté conformada por una mayoría de hombres, sería concordante con la literatura existente, pues, aunque el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo de tipo depresivo es más frecuente en las mujeres (American Psychiatric Association, 2014; Xiao et al., 2017) y en el diagnóstico de Trastorno Bipolar I no habría diferencias en su prevalencia en cuanto al sexo (American Psychiatric Association, 2014), es la Esquizofrenia el diagnóstico predominante, y en él tiende a haber menos mujeres diagnosticadas y aún menos recibiendo tratamiento (American Psychiatric Association, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia

y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Sin embargo, cabe destacar que esta mayor prevalencia en hombres con diagnóstico de Esquizofrenia, mostraría una realidad sesgada, producto de subrayar los síntomas negativos y peores pronósticos en pacientes crónicos, más típicos en los hombres con este trastorno, pero donde se podrían estar infrarrepresentando las características de las mujeres con Esquizofrenia, ya que existirían investigaciones alternativas donde sí se encontraría una prevalencia equivalente para ambos sexos (American Psychiatric Association, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). Así, la muestra de este estudio ha podido reflejar estas características diferenciales a la hora de realizar el diagnóstico del TMG, que habrían podido generar resultados con sesgo de género, y siendo por ello necesarias investigaciones futuras donde se garantice la presencia equivalente de ambos sexos.

Por otra parte, si bien la presencia del diagnóstico de Esquizofrenia no estaría equilibrada con la de los otros dos diagnósticos pudiendo incurrir los resultados en sesgos, la baja representación del Trastorno Esquizoafectivo también podría haber llevado a soslayar la diversidad existente entre los diagnósticos del espectro psicótico. Sin embargo, el hecho de que el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo sea el menos frecuente en la muestra, podría corresponderse con una representación de su distribución en la población, al tener la prevalencia más baja en relación a los otros dos diagnósticos según el DSM-5. Pero también, al no estar suficientemente consolidado como una entidad nosológica diferenciada de la Esquizofrenia y del Trastorno Bipolar, podría estar utilizándose como categoría diagnóstica residual para los pacientes que no encajan en otros diagnósticos al permitir una gran heterogeneidad (American Psychiatric Association, 2014; Pagel et al., 2013), y sus características se podrían haber estado diluyendo entre otros diagnósticos como ha podido ocurrir en este estudio, siendo necesario aumentar su representación para poder profundizar en su idiosincrasia.

Otra limitación de este estudio ha podido ser la presencia de variables extrañas no controladas, como ciertas características de la muestra. Se ha señalado una mejor capacidad de *insight* en sujetos con más edad, más años de educación y una edad más tardía de despunte de la enfermedad (Haro et al., 2001), siendo precisamente la cronicidad y la edad avanzada particularidades de la presente muestra. Ello habría podido ejercer de variables moderadoras, pero no conocidas, y por ello, el no haber controlado la edad, el nivel de estudios y la edad de despunte del TMG en los participantes, no permite garantizar su no interferencia en los resultados.

Por otra parte, cabría destacar posibles limitaciones derivadas del traspaso de los datos del estudio original al presente trabajo. En relación con los instrumentos utilizados, en cuanto a la escala GEOPTE, no se conoce el tipo de relación con el paciente de los familiares ni si existía convivencia entre ellos. Así, quizá la convivencia o no con el paciente, también ha podido ser una variable extraña que influyera en cómo los familiares evaluaron la cognición de los pacientes, pudiéndose haber contaminado los resultados. Dado que con la convivencia se podrían evidenciar unas dificultades que

en un contexto más esporádico no se observaría, o, por el contrario, con ella se podría haber producido habituación a ciertos comportamientos que en otro contexto no resultarían funcionales, hubiera sido necesario distinguir entre familiares convivientes y no convivientes y profundizar en la influencia de ello. Además, también cabe señalar como ya se comentó anteriormente, que los déficits cognitivos también se encuentran en los propios familiares a pesar de no tener diagnóstico de TMG (Dompablo et al., 2016), pudiendo haber influido también en los resultados. Por ello, en futuros estudios se podría considerar la inclusión de la perspectiva de un familiar, pero también de un informante externo para comparar ambas valoraciones.

En relación a la escala SUMD, dado que la conciencia y atribución de los síntomas se basan en hasta 17 síntomas diferentes, no se conoce cuáles pudieron ser evaluados en cada participante por estar claramente presentes según el juicio clínico, ni cuáles mostraron una conciencia mínima para poder evaluar su atribución, ya que solo se conocieron sus puntuaciones medias. Ello podría ser una limitación del estudio por no haber podido distinguir si la conciencia o no de determinados síntomas tiene relación o modera el resto de variables.

Específicamente en referencia al Trastorno Bipolar, no se conocen los episodios psicóticos de los pacientes, y dado que la presencia de psicosis se asocia con un mayor deterioro cognitivo (Bowie et al., 2018; Lynham et al., 2018) y con un mayor consumo de tabaco (Ospina et al., 2016), la historia de psicosis podría haber sido una variable extraña que, al no haber sido controlada, habría podido influir en los resultados.

Como limitación transversal a todo el estudio, las relaciones estadísticamente significativas obtenidas, han tenido un tamaño del efecto, como mucho, pequeño. Ello, reflejaría una débil potencia estadística, y podría poner en entredicho la validez de las conclusiones obtenidas y cuestionar incluso la capacidad de los resultados de este estudio para ser generalizados.

Por otra parte, como fortaleza de este trabajo, destaca principalmente la inclusión de la percepción del paciente sobre su propia experiencia, en este caso, cognitiva (Caqueo-Urizar et al., 2015; Saarni et al., 2006): las investigaciones que recogen evidencia desde la subjetividad del propio, valorando así su percepción sobre sus propias experiencias y dificultades, podrían servir como base a intervenciones más certeras y con mayor éxito, al sustentarse en medidas más ajustadas a la realidad y necesidad del paciente. Este estudio no arroja resultados significativos en relación a la perspectiva del paciente, pero será necesario proseguir con la investigación en estos términos y obtener conclusiones significativas al respecto para poder avanzar en una mejor comprensión del TMG.

En esta línea, otra de las fortalezas de este estudio, sería la contemplación de dimensiones que influyen en la calidad de vida del paciente, al reconocer la importancia de las relaciones interpersonales y la inclusión social a través del estudio de la cognición social, de la perspectiva de la familia, y el bienestar físico del paciente y recogiendo el consumo de tabaco como una variable necesaria a abordar por sus repercusiones directas en la cognición (Aparicio, 2016). Los esfuerzos en la investigación dirigidos a conocer la disfunción cognitiva propia del TMG y los patrones de

consumo de tabaco, son imprescindibles, ya que su mejora aumenta el nivel de salud en general, la función cognitiva y la función en la sociedad. Por ello, la consideración de la competencia social, en la que se incluye la cognición y comportamientos verbales y no verbales necesarios para las relaciones interpersonales y la reducción del consumo de tabaco, son claves en la mejora de la calidad de vida de las personas con TMG para promover estilos de vida saludables y favorecer el trabajo, la independencia y el funcionamiento social de la persona con TMG (Brekke et al., 2005).

En último término, la realización de investigaciones en esta dirección, que puedan tener influencia en la calidad de vida de los pacientes, es en sí mismo empoderante y necesario. Recoger índices y aspectos de la calidad de vida como las variables recogidas en este trabajo, permite articular los tratamientos clínicos desde una perspectiva centrada en la persona, más certera y justa con la persona con TMG, al promover su autodeterminación, permitirle aumentar experiencias valiosas para ella a través de la consideración de su realidad y su contexto físico, social y cultural y permitiendo comprender el grado en el que las personas experimentan su calidad de vida y bienestar (Verdugo, Shalock, Keith y Stancliffe, 2005).

Líneas de futuro

Haciendo alusión a futuras líneas de investigación, otros factores esenciales en la calidad de vida son los relacionados con la experiencia individual y emocional (Verdugo et al., 2005), en los que, como se recoge anteriormente, los síntomas negativos tienen una sustancial importancia para las personas con TMG. Estos no constituyen un constructo unitario, sino que existirían diferencias clínicas en el nivel de ajuste, adherencia al tratamiento -íntimamente relacionado con la capacidad de *insight*-, cognición y funcionamiento psicosocial (Santos y Sánchez-Morla, 2016). En ellas, el déficit motivacional tendría influencia en el rendimiento en las tareas neurocognitivas, dada la reducción de intereses, deseos, objetivos y conductas hacia un objetivo -como el de las propias evaluaciones cognitivas- en la persona, pudiendo influir claramente en los resultados de las evaluaciones cognitivas y siendo necesaria mayor profundización en estas relaciones (Santos y Sánchez-Morla, 2016).

En futuras investigaciones, dado que existe una diversidad de tratamientos farmacológicos para el TMG, se podría analizar la influencia de los diferentes antipsicóticos en la cognición, al ser medicaciones a las que la mayoría de los pacientes con TMG están expuesto y por no existir consenso sobre la mejora de la función cognitiva con la administración de medicación antipsicótica o si existirían diferencias entre los antipsicóticos de primera o segunda generación, como reflejan las investigaciones de Keefe et al. (2007) o de Nielsen, Levander, Telléus, Christensen y Leucht (2015).

Además, la inclusión del estudio de los fármacos antipsicóticos, podría permitir clarificar los patrones de consumo de tabaco (Weickert y Goldberg, 2005) y sus asociaciones con una mejor cognición (Levin et al., 1996; Ospina et al., 2016; Wium-Andersen et al., 2015) o acumular evidencia en su asociación con un peor nivel de funcionamiento cognitivo tanto social como no social (Aparicio, 2016; Sánchez-Gutiérrez et al., 2018; Santos et al., 2016), tal y como se pretendía en este estudio.

Conclusiones

En definitiva, este estudio vuelve a evidenciar la relación entre los déficits cognitivos, especialmente en la esfera social, y la capacidad de *insight*, pero la investigación sobre el TMG todavía tiene muchos aspectos que dilucidar, pues muchas cuestiones acerca del TMG resultan aún controvertidas.

Clarificar las relaciones entre las dificultades cognitivas, la conciencia de tener un TMG, los hábitos de vida y las diferencias interdiagnósticas, son asuntos esenciales y cotidianos para las personas con TMG, y el avance en el conocimiento de estos aspectos, resulta indispensable.

Incluir al propio paciente y a su red cercana en ellas, parece también necesario. Por ello, el realizar investigaciones que se hagan eco de sus aportaciones y que en base a ellas puedan continuar acumulando evidencia sobre las características del TMG, resulta sustancial para poder seguir avanzando en un conocimiento del TMG más ajustado, que cuente con la evidencia adecuada para desarrollar mejores intervenciones, más funcionales y respetuosas con las personas protagonistas de las mismas.

Referencias

- Aguilar, M. C., Gurpegui, M., Díaz, F. J. & de León, J. (2005). Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 186(3), 215-221. doi: 10.1192/bjp-186.3.215
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A. y Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113-132. doi: 10.1093/schbul/17.1.111
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp.87-154). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aparicio, A. I. (2016). Síntomas cognitivos y negativos en Esquizofrenia y su relación con la salud física: intervenciones de enfermería. En J. L. Santos, E. M. Sánchez-Morla y A. I. Aparicio (Eds.), *Esquizofrenia: tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos* (pp. 271-291). Barcelona: Glosa.
- Beck, A. K., Baker, A. L. & Todd, J. (2015). Smoking in schizophrenia: cognitive impact of nicotine and relationship to smoking motivators. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(1), 26-32. doi: 10.1016/j.scog.2014.12.001
- Bly, M. J., Taylor, S. F., Dalack, G., Pop-Busui, R., Burghardt, K. J., Evans, S. J., ... Ellingrod, V. L. (2014). Metabolic syndrome in bipolar disorder and schizophrenia: dietary and lifestyle factors compared to the general population. *Bipolar Disorders*, 16(3), 277-288. doi: 10.1111/bdi.12160
- Bortolato, B., Köhler, C., Miskowiak, K. & Vieta, E. (2015). Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3111-3125. doi: 10.2147/NDT.S76700

- Bosgelmez, S. & Yildiz, M. (2017). Cigarette consumption and related factors in Schizophrenia, schizoaffective disorder and delusional disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 233-242. doi: 10.5350/DAJPN2017300307
- Bowie, C. R., Best, M. W., Depp, C., Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Pulver, A. E. & Harvey, P. D. (2018). Cognitive and functional deficits in bipolar disorder and schizophrenia as a function of the presence and history of psychosis. *Bipolar Disorders*, 20(7), 604-613. doi: 10.1111/bdi.12654
- Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S. & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 213-225. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.008
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K. & Gilman, S. E. (2015). Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Quality Life Research*, 24(11), 2753-2760. doi: 10.1007/s11136-015-1019-2
- Chakraborty, K. & Basu, D. (2010). Insight in schizophrenia – a comprehensive update. *German Journal of Psychiatry*, 13(1), 17-30. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/239586090_Insight_in_Schizophrenia_-_A_Comprehensive_Update
- Chuang, H. T., Mansell, C. & Patten, S. B. (2008). Lifestyle Characteristics of Psychiatric Outpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 260-266. doi: 10.1177/070674370805300407
- Dalack, G. W., Healy, D. J. & Meador-Woodruff, J. H. (1998). Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *American Journal of Psychiatry*, 155(11), 1490-1501. doi: 10.1176/ajp.155.11.1490
- Davidson, M., Galderisi, S., Weiser, M., Werbeloff, N., Fleischhacker, W. W., Keefe, R. S., ... Kahn, R., (2009). Cognitive effects of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: a randomized, open-label clinical trial (EUFEST). *American Journal of Psychiatry* 166(6), 675-682. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08060806
- Dompablo, M., Torío, I. y Barbeito, S. (2016). Neurocognición y cognición social en Esquizofrenia. En J. L. Santos, E. M. Sánchez-Morla y A. I. Aparicio (Eds.), *Esquizofrenia: tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos* (pp. 39-56). Barcelona: Glosa.
- Fett, A. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M., Penn, D. L., van Os, J. & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functioning outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.07.001
- García, R. R., Aliste, F. y Soto, G. (2017). Cognición social en Esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 47(3), 170-176. doi: 10.1016/j.rcp.2017.03.004

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud*. Zaragoza: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental (Coord.) (2009). *Guía de práctica clínica sobre la Esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
- Hahn, B., Harvey, A. N., Concheiro-Guisan, M., Huestis, M. A., Holcomb, H. H. & Gold, J. M. (2013). A test of the cognitive self-medication hypothesis of tobacco smoking in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 74(6), 436-443. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.03.017
- Haro, J. M., Ochoa, S. y Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con Esquizofrenia. *Actas españolas de psiquiatría*, 29(2), 103-108. doi: 10.1037/t48384-000
- Keefe, R. S., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., Gold, J. M., ... Lieberman, J. A. (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CAETIE Trial. *Archives of General Psychiatry*, 64(6), 633-647. doi: 10.1001/archpsyc.64.6.633
- Kilian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S. & Frasch, K. (2006). Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 242-248. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00850.x
- Kumari, V. & Postma, P. (2005). Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(6), 1021-1034. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.02.006
- Levin, E. D., Wilson, W., Rose, J. E. & McEvoy, J. (1996). Nicotine-Haloperidol interactions and cognitive performance in schizophrenics. *Neuropsychopharmacology*, 15(5), 429-436. doi: 10.1016/S0893-133X(96)00018-8
- López-Ortiz, C., Roncero, C., Miquel L. y Casas, M. (2010). Fumar en las psicosis afectivas: revisión sobre el consumo de nicotina en el Trastorno Bipolar y esquizoafectivo. *Adicciones*, 23(1), 65-75. doi: 10.20882/adicciones.168
- Lynham, A. J., Hubbard, L., Tansey, K. E., Hamshere, M. L., Legge, S. E., Owen, M. K., Jones, I. R. & Walters, J. T. (2018). Examining cognition across the bipolar/schizophrenia diagnostic

- spectrum. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 43(4), 245-253. doi: 10.1016/S0924-977X(17)31336-6
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Milstein, R. M., Bryson, G. J. & Kaplan, E. (1998). Insight and interpersonal function in schizophrenia. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186(7), 432-436. doi: 10.1097/00005053-199807000-00008
- Nielsen, R. E., Levander, S., Telléus, G. K., Christensen, T. Ø. & Leucht, S. (2015). Second-generation antipsychotic effect on cognition in patients with schizophrenia -a meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, 185-196. doi: 10.1111/acps.12374
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=357E369EA8DA234638F8C00625DDDA76?sequence=1
- Ospina, L. H., Russo, M., Nitzburg, G. M., Cuesta-Díaz, A., Shanahan, M., Pérez-Rodríguez, M. M., ... Burdick, K. E. (2016). The effects of cigarette smoking behavior and psychosis history on general and social cognition in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 18(6), 528-538. doi: 10.1111/bdi.12420
- Pagel, T., Baldessarini, R.J., Franklin, J. & Baethge, C. (2013). Heterogeneity of schizoaffective disorder compared with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 238-250. doi: 10.1111/acps-12109
- Parletta, N., Aljeesh, Y. & Baune, B. T. (2016). Health behaviors, knowledge, life satisfaction and wellbeing in people with mental illness across four countries and comparisons with normative sample. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1-8. doi: 10.3389/fpsy.2016.00145
- Pini, S., Cassano, G., Dell'Osso, L. & Amador, X. (2001). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 122-125. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.122
- Punnoose, S. & Belgamwar, M. R. (2006). Nicotine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi: 10.002/12651858.CD004838.pub2
- Quee, P. J., van der Meer, L., Krabbendam, L., de Haan, L., Cahn, W., Wiersma, D., ... Aleman, A. (2014). Insight change in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition, clinical symptoms and phase of illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(2), 126-133. doi: 10.1111/acps.12138
- Rebolleda, C. (2017). Cognición social en la Esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas*, 227, 10-23. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Rebolleda_Gil/publication/318815051_Cognicion_social_en_la_Esquizofrenia/links/598025e4aca272d5681d8257/Cognicion-social-en-la-Esquizofrenia.pdf

- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S. y García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas españolas de psiquiatría*, 36(2), 111-119. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ENG/9-50-ENG-111-119-949105.pdf>
- Ruiz-Ruiz, J. C., García-Ferrer, S. y Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la Esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 1-3(24), 137-155. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/74/76>
- Saarni, S. I., Härkänen, T., Sintonen, H., Suvisaari, J., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2006). The impact of 29 chronic conditions on Health-related Quality of Life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Quality of Life Research*, 15(8), 1403-1414. doi: 10.1007/s11136-006-0020-1.
- Saarni, S. I., Viertiö, S., Perälä, J., Koskinen, S., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 386-395. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076489
- Sacco, K. A., Bannon, K. L. & George, T. P. (2004). Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders. *Journey of Psychopharmacology*, 18(4), 457-474. doi: 10.1177/026988110401800403
- Sánchez-Gutiérrez, T., García-Portilla, M. P., Parellada, M., Bobes, J., Calvo, A., Moreno-Izco, L., ... Balanzá, V. (2018). Smoking does not impact social and non-social cognition in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 199, 64-74. doi: 10.1016/j.schres.2018.03.025
- Sanjuán, J., Prieto, L., Olivares, J.M., Ros, S., Montejo, A., Ferre, F., ... y Bousoño, M. (2003). Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis. *Actas españolas de psiquiatría*, 31(3), 120-128. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/10738574_Escala_Geopte_de_Cognicin_Social_para_la_psisosis
- Sanjuán, J., Aguilar, E. J., Olivares, J. M., Ros, S., Montejo, A. L., Mayoral, F., González-Torres, M. Á. & Bousoño, M. (2006). Subjective Perception of Cognitive Deficit in Psychotic Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1(194), 58-60. doi: 10.1097/01.nmd.0000195308.62107.31
- Santos, J. L., López, A. y Sánchez-Morla, E. M. (2016). El sistema colinérgico. En J. L. Santos, E. M. Sánchez-Morla y A. I. Aparicio (Eds.), *Esquizofrenia: tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos* (pp. 231-248). Barcelona: Glosa.
- Santos, J. L. y Sánchez-Morla, E. M. (2016). Síntomas negativos: aspectos clínicos y neurobiológicos. En J. L. Santos, E. M. Sánchez-Morla y A. I. Aparicio (Eds.), *Esquizofrenia: tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos* (pp. 13-38). Barcelona: Glosa.

- Smith, T. E., Hull, J. W., Israel, L. M. & Willson, D. F. (2000). Insight, symptoms and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 193-200. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033439
- Vaskinn, A., Sundet, K., Ueland, T., Agartz, I., Melle, I. & Andreassen, A. (2013) Social cognition and clinical insight in schizophrenia and bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 445-451. doi: 10-1097/NMD.0b013e31829480c8
- Vaz, F. J., Béjar, A. & Casado, M. (2002). Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 311-317. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006940
- Ventura-León, J. L. y Caycho, T. (2017). Q de Cohen: Comparación de Correlaciones entre muestras independientes en base a Urzúa et al. *Revista médica de Chile*, 145(3), 410-412. doi: 10.4067/S0034-98872017000300020
- Verdugo, M. A., Shalock, R. L., Keith, K. D. & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 10(49), 707-717. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00739
- Vermeulen, J. M., Schirmbeck, F., Blankers, M., van Tricht, M., Bruggeman, R., van de Brink, W., ... de Haan, L. (2018). Association between smoking behavior and cognitive functioning in patients with psychosis, siblings and healthy control subjects: results from a prospective 6-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry in Advance*, 175(11), 1121-1128. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18010069
- Viertiö, S., Sainio, O., Koskinen, S., Perälä, J., Saami, S., Sihvonen, M., ... Suvisaari, J. (2009). Mobility limitations in persons with psychotic disorder: findings from a population-based survey. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 325-332. doi: 10.1007/s00127-008-0433-y
- Vöhringer, P. A., Barroilhet, S. A., Amerio, A., Reale, M. L., Alvear, K., Vergne, D. & Ghaemi, S. N. (2013). Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 1-11. doi: 10.3389/fpsy.2013.00087
- Weickert, T. W. & Goldberg, T. E. (2005). First and second-generation antipsychotic medication and cognitive processing in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 7(4), 304-310. doi: 10.1007/s11920-005-0085-5
- Wium-Andersen, M. K., Ørsted, D. D. & Nordestgaard, B. G. (2015). Tobacco smoking is causally associated with antipsychotic medication use and schizophrenia, but not with antidepressant medication use or depression. *International Journal of Epidemiology*, 44(2), 566-577. doi: 10.1093/ije/dyv090
- Xiao, R., Bartel, R. L. & Brekke, J. (2017). Comparison of neurocognition and social cognition between schizoaffective disorder, mood disorders and schizophrenia. *Social Work Research*, 41(3), 169-179. doi: 10.1093/swr/svx009

Apéndice A

Información dada al paciente en el estudio original

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE EL ESTUDIO:

“ACITUD HACIA LA MEDICACIÓN EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DEL ESPECTRO BIPOLAR Y PSICÓTICO Y SU CORRELACIÓN CON INSIGHT Y COGNICIÓN SOCIAL”

INVESTIGADORES:

Rosa M., Molina-Ruiz, *Joana Fuentes Cruzado, Marisol Roncero, Vanesa Gómez, Francisco Montañés Rada.

Facultativos Unidad de Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Unidad de Psiquiatría.

*Residente de tercer año de atención primaria del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

INTRODUCCIÓN

Va a ser solicitada su participación en un estudio descriptivo de estrategias terapéuticas en trastornos del espectro psicótico y bipolar y descripción de rasgos de personalidad, antecedentes traumáticos, conciencia de enfermedad, cognición social y adherencia al tratamiento. Estas hojas que le entregamos le informarán sobre el objetivo del estudio y en qué consistirá su participación. Después de leer esta información puede hacer todas las preguntas que quiera al médico que le solicita su consentimiento. Este estudio lo lleva a cabo la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y para completarlo se necesitan en torno a 100 pacientes. Este estudio no conlleva ninguna compensación económica a los investigadores que lo realizan.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Usted será invitado a rellenar una serie de cuestionarios donde solo introducirá sus iniciales. Siempre será asistido por un profesional en caso de tener alguna duda con respecto a su realización. Estos datos se utilizarán como información clínica del caso de cara al estudio del tratamiento que recibe ya que se analizarán el tipo de medicamentos que usted toma, junto con los motivos que han llevado a la pauta de este y los efectos secundarios que haya podido presentar. Asimismo se evaluará mediante escalas, variables como la conciencia de enfermedad y la cognición social para ver cómo estas influyen en la actitud hacia la medicación de los pacientes.

EN QUÉ CONSISTIRÍA SU PARTICIPACIÓN

La participación en el estudio es voluntaria. Si usted acepta ser incluido es este estudio:

1. Se le pedirá que firme una autorización, y se le entregará una copia de la misma y de estas hojas de información.
2. Se le pedirá que rellene los formularios correspondientes al estudio (que llevará en torno a unos 45 minutos como máximo).

BENEFICIOS QUE SE ESPERAN DEL ESTUDIO

- Evaluar las estrategias medicamentosas en el tratamiento de trastornos del espectro psicótico y bipolar y su relación con distintas variables clínicas.
- Conocer el perfil de tolerancia y efectos secundarios de estos medicamentos.
- Conocer cómo la conciencia de enfermedad y cognición social influyen en la actitud hacia la medicación.
- Mejorar la asistencia que reciben los pacientes de nuestra área de Salud.

RIESGOS

Dado que el estudio consiste en cumplimentar una serie de formularios, no existen riesgos para su salud.

POSIBLES CAUSAS PARA SER RETIRADO DEL ESTUDIO

Los médicos del estudio podrán retirarle del mismo si la colaboración no es suficiente o se detecta una intención de alterar los resultados.

PROTECCIÓN DE DATOS

Toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada solo a efectos de investigación. Los datos que se recojan se tratarán con los criterios establecidos en la Ley 15/1999 de Protección de datos y en el RD 1720/2007 que lo desarrolla. Los datos serán anonimizados de forma que los participantes no puedan ser identificados en las publicaciones que se realicen. Únicamente los investigadores principales tendrán acceso a los datos; así como el CEIC y otras autoridades sanitarias, para poder revisar la integridad de los mismos, si bien deberán guardar confidencialidad de los datos conocidos y estos no serán dados a conocer a terceros en ningún caso.

OTRAS INFORMACIONES

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Fundación Hospital Alcorcón. La participación en este estudio es voluntaria. Si usted decide dar la aprobación para su participación, puede cambiar de opinión en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación. Si usted decide no dar la autorización, la atención que le daremos no se verá afectada. Si usted retira su consentimiento durante el estudio, a partir de ese momento no se recogerá ningún dato nuevo, si bien, los datos recogidos hasta ese momento serán utilizados para preservar la integridad del estudio. Si tiene alguna duda respecto a cualquier asunto relacionado con el estudio, no dude en ponerse en contacto con el investigador principal del estudio: Dra. Molina Facultativo del Servicio de Psiquiatría (Teléfono de contacto: _ ; mail: _@fhacorcon.es).

Apéndice B

Consentimiento informado para el paciente en el estudio original

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO:

“ACITUD HACIA LA MEDICACIÓN EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DEL ESPECTRO BIPOLAR Y PSICÓTICO Y SU CORRELACIÓN CON INSIGHT Y COGNICIÓN SOCIAL.”

Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Al firmar este documento, Yo, _____

(Nombre y apellidos del paciente)

confirmando que, _____

(Nombre del investigador responsable del consentimiento informado)

me han informado con detalle sobre la naturaleza, significado y ámbito de este estudio clínico.

1. Confirmando que he leído y comprendido la hoja de información del estudio mencionado.
2. Confirmando que se me ha explicado el estudio y he tenido oportunidad de formular las preguntas y tiempo suficiente para decidir si participar o no. Sé con quién tengo que contactar si tuviese más preguntas.
3. Entiendo que se me pide consentimiento para que complete las escalas clínicas oportunas necesarias para el estudio.
4. Entiendo que toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada solo a efectos de investigación.
5. Entiendo que los datos que se recojan se tratarán con los criterios establecidos en la Ley 15/1999 de Protección de datos y en el RD 1720/2007 que lo desarrolla y que serán anonimizados de forma que no puedan ser identificados en las publicaciones que se realicen.
6. Entiendo que únicamente los investigadores principales tendrán acceso a los datos y no serán utilizados por terceros en ningún caso.
7. Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirar el consentimiento para la participación en el estudio cuando quiera, así como solicitar mis datos del estudio sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados médicos.
8. Presto mi conformidad para participar en el estudio.

Alcorcón, a ____ de _____ del ____

Firma del paciente

Firma del médico que solicita el consentimiento

Apéndice C

Recogida y recodificación de los datos originales para su utilización en el presente trabajo

Se presentan los datos de características sociodemográficas y clínicas con peculiaridades en su recogida o recodificación. En primer lugar, respecto a la recogida de los datos a través de la entrevista clínica semiestructurada, cabe destacar que el consumo de tabaco se recogió en base al número de cigarrillos consumidos al día, y que las características diagnósticas, recogidas en el estudio original según el DSM-IV, se consideraron según las categorías diagnósticas del vigente manual diagnóstico DSM-5, a pesar de ser equivalentes: Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Bipolar.

En segundo lugar, las peculiaridades en la recodificación de los datos recogidos en la entrevista clínica semiestructurada para poder realizar el análisis estadístico de los mismos fueron las siguientes:

En cuanto al nivel de estudios, se recogió el número de años estudiados por el paciente. Para su recodificación, se equipararon con el actual sistema educativo español -con excepción de los estudios universitarios anteriores al plan Bolonia- para poder homogeneizar los datos, considerándose la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) como 10 años de estudios, el Bachillerato o Formación Profesional (FP) de grado medio o superior como 14 años de estudio, y estudios universitarios como más de 15 años de estudio. Teniendo en cuenta tales criterios se establecieron las siguientes categorías considerando la máxima titulación académica finalizada: sin estudios básicos (sin finalización de la ESO: menos de 10 años de estudios), con estudios básicos (ESO: 10 años de estudios), con estudios medios (Bachillerato o FP de grado medio: entre 12 y 14 años de estudios), y con estudios universitarios (Diplomatura, Grado o Licenciatura: 15 años de estudios mínimos).

En relación al tratamiento farmacológico del paciente, este fue recogido señalando el nombre o principio activo del fármaco. Posteriormente, se recodificaron según la Base de datos del conocimiento sanitario de especialidades farmacéuticas del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España, Bot PLUS⁷. En base a ello y para la recodificación de los datos, se establecieron las categorías de antipsicóticos de primera y segunda generación, y la categoría *otro*, donde se incluyeron otros antidepresivos, antiepilépticos, otros antipsicóticos y vitaminas. Así, se presentan los diferentes fármacos recogidos en el estudio original ya clasificados e indicándose el principio activo y la denominación comercial.

Antipsicóticos de primera generación (bloqueantes D2)

Haloperidol, Zuclopentixol (*Clopixol*®).

Antipsicóticos de segunda generación (antagonistas serotoninérgicos-dopaminérgicos)

Amisulpirida (*Solian*®), Aripiprazol (*Abilify*®, *Abilify Maintena*®), Asenapina (*Sycrest*®), Carbamazepina, Clotiapina (*Etumina*®), Clozapina (*Leponex*®, *Nemea*®), Olanzapina (*Arenbil*®, *Zolafren*®, *Zyprexa*®), Paliperidona (*Invega*®, *Trevicta*®, *Xeplion*®), Quetiapina (*Seroquel*®), Risperidona (*Risperdal*®) y Ziprasidona (*Zeldox*®).

Otros

Antidepresivos.

Antidepresivo inhibidor de la recaptación de la noradrenalina y serotonina.

Venlafaxina (*Vandral*®).

Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina.

Fluoxetina y Paroxetina.

Antiepilépticos.

Ácido valproico, Gabapentina (*Neurontin*®) y Lamotrigina (*Lamictal*®).

Antipsicóticos.

Carbonato de Litio (*Plenur*®).

Vitaminas.

Vitamina B1, Tiamina.

⁷ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2019). Base de datos del conocimiento sanitario Bot PLUS (Versión web de la base de datos). Recuperado de: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx?accion=INICIO&idusuario=INVITADO&pass=INVITADO>