

Relación entre Teoría de la Mente y Calidad de Vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Una experiencia en un Centro de Día de Soporte Social de la Comunidad de Madrid.

José Javier García López

Supervisado por: Emilio López Navarro.

Master Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria (RSM)

TFM 2015 - 2016

Resumen

El Trastorno Mental Grave (TMG) es un diagnóstico que afecta al 5,8% de la población en los países desarrollados (Kessler, Wai, Demler, & Walters, 2005). Las personas con TMG sufren un curso crónico y un deterioro del funcionamiento social (Parabiaghi et al, 2006). Así, la esquizofrenia es un Trastorno Mental Grave que perjudica significativamente el funcionamiento de la persona que lo padece (Montaño et al, 2013).

La Teoría de la Mente (ToM) es un término propuesto para referirse a la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros, como por ejemplo, intenciones, disposiciones y creencias (Premack y Woodruff, 1978). La evidencia apoya que la ToM es un buen predictor del funcionamiento social en las personas con esquizofrenia (Fett, 2011). Un funcionamiento social deteriorado influye negativamente en la Calidad de Vida (CV) de las personas que sufren Esquizofrenia (Gutiérrez-Maldonado et al, 2012).

El presente estudio evalúa la relación existente entre la CV y la ToM y además cómo esta relación se ve afectada si se controla el efecto que las variables cognitivas básicas puedan tener sobre la ToM. Al contrario de lo que refleja la literatura, los resultados indican que no existe relación entre las puntuaciones del cuestionario de Calidad de Vida y los de Teoría de la Mente (Hinting Task), si tenemos en cuenta las puntuaciones del resto de variables cognitivas. Por el contrario, sí existe una relación inversa significativa entre los cuestionarios de Calidad de Vida y de Teoría de la Mente si controlamos el resto de variables.

Palabras clave: trastorno mental grave, calidad de vida, afrontamiento, síntomas psicóticos, rehabilitación

El nombre de la revista elegida para la publicación del presente Trabajo Fin de Master titulado “Relación entre Teoría de la Mente y Calidad de Vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Una experiencia en un Centro de Día de Soporte Social de la Comunidad de Madrid” es “Journal of Clinical Psychology”. El principal motivo para esta elección es que la temática de la investigación realizada se ajusta a los tópicos que la revista acostumbra a cubrir.

Relación entre Teoría de la Mente y Calidad de Vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Una experiencia en un Centro de Día de Soporte Social de la Comunidad de Madrid.

La esquizofrenia es un trastorno mental que perjudica significativamente el funcionamiento del individuo que lo padece, afectando la percepción, el pensamiento, la afectividad y la conducta; de la misma manera, deteriora de manera importante la interacción social y familiar, además de diversas funciones a nivel neurológico (Montaño et al, 2013). Se manifiesta con signos y síntomas que abarcan el rango entero de la actividad mental humana, tales como la capacidad de pensar de forma creativa, de tener relaciones sociales cercanas con otros seres humanos, de utilizar el lenguaje y expresar ideas con claridad o para experimentar y expresar una variedad de emociones (Orellana, Slachvsky, 2006).

Desde las primeras descripciones de esquizofrenia, se ha considerado el déficit cognitivo como un síntoma característico del trastorno (Bleuler, 1950; Kraepelin, 1919), a parte de los síntomas positivos y negativos característicos de ésta enfermedad (DSM-IV, 2003). En los últimos años la investigación ha incorporado a su foco de atención el estudio de la Cognición Social (Green et al, 2015). Esta construcción se refiere a la detección, procesamiento, y utilización de información social y, dentro del campo de la esquizofrenia, incluye varias habilidades como reconociendo de emociones, comprender los pensamientos y las intenciones de los demás e interpretar señales sociales. Individuos con esquizofrenia muestran deficiencias significativas en la cognición social, y estas deficiencias están relacionadas fuertemente con resultado funcional (Pinkham, 2014).

La Teoría de la Mente (ToM por sus siglas en inglés) es uno de los procesos que constituye la Cognición Social. Es un término propuesto por Premack y Woodruff (1978), para referir a la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros, como por ejemplo, intenciones, disposiciones y creencias. El interés en la ToM en pacientes con esquizofrenia ha surgido del modelo teórico de Frith (1992). De acuerdo con éste autor, las diferencias en controlar los estados mentales propios frente a los estados mentales de otras personas pueden ayudar a

explicar síntomas particulares que se ven en la esquizofrenia. Diversos estudios lo demuestran. Roncone et al., (2002) y Bora et al., (2006) encontraron que la capacidad para hacer deducciones sobre las intenciones de los demás es un buen predictor del funcionamiento social en las personas con esquizofrenia (Fett, 2011). Un déficit en ToM es un rasgo estable en la esquizofrenia, aunque mejora cuando remite la sintomatología, según autores como Sarfaty y Hardí-Baylé, (1999) o Pickup y Frith (2001). Así pues, una ToM desarrollada puede ser un buen predictor de la cognición social. Sin embargo, en la literatura existen controversias en torno a si la ToM es un déficit primario o secundario al deterioro de funciones cognitivas básicas. Entre los estudios que defienden a la ToM como independiente de las habilidades cognitivas generales, se encuentra el de Shamay, Tibi y Aharon (2006), que plantean que los problemas de adaptación social en la esquizofrenia estarían relacionados específicamente con la alteración del componente afectivo de la ToM y de la carencia de empatía, más que con un deterioro general de las habilidades relacionadas. En cambio, Bora et al. (2008), sostienen que el mantenimiento y posterior manipulación de la información (función cognitiva básica) son capacidades necesarias para poder realizar con éxito tareas de ToM. Según este planteamiento la ToM sería secundaria a un déficit general de habilidades cognitivas.

Por otro lado, diversas teorías indican que la cognición social es una característica mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento social (Vauth R et al 2004). El funcionamiento social se define como la capacidad de adaptación de la persona a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, además de la capacidad para adoptar roles sociales como cónyuge o trabajador (Cavieres y Valdebenito, 2005). Un funcionamiento social deteriorado influye negativamente en la Calidad de Vida (CV) de las personas que sufren Esquizofrenia (Gutiérrez-Maldonado et al, 2012). Se han puesto de manifiesto los efectos que el deterioro en cognición social tiene sobre el funcionamiento social o comunitario de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Por ello, se supone que mejoras en la cognición social se acompañarían de mejoras en el funcionamiento social diario. Además se intuye la relación directa entre el pobre funcionamiento social con la Calidad de Vida de los pacientes.

Calidad de Vida (CV), concepto que define La Organización Mundial de la Salud (1994) como “la percepción de los individuos de su posición en la vida, en el contexto y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, normas y asuntos. Concepto con carácter multidimensional, donde se asume que tiene componentes sobre relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional y derechos (Schalock y Verdugo, 2002 y 2009). Otro tipo de repercusión de la esquizofrenia sobre la Calidad de Vida, son los déficits asociados a las funciones cognitivas. Déficits en funciones cognitivas (atención, percepción, memoria...), con inciden negativamente en la CV, en particular en las dimensiones sociales ya que pueden reflejar disfunción social, psicológica y/o ocupacional, lo cual se acentúa si existe una baja fluidez verbal y problemas de atención, (Alptkin et al., 2004). Estos hallazgos son consistentes con el estudio de Ritsner (2007), al encontrar también relación entre función ejecutiva, atención, memoria, habilidades motoras y CV.

Dada la literatura al respecto, donde ToM y Funciones Ejecutivas son buenos predictores del funcionamiento y la Calidad de Vida en el TMG, resulta clínicamente relevante conocer en qué estado se encuentra el usuario medio de un centro de día en la CCAA de Madrid. Esto nos servirá de base para tener información relevante y poder diseñar los Planes de Rehabilitación.

Método

Diseño y muestra

Estudio descriptivo realizado en el Centro de Día de Soporte Social de Alcobendas de la Comunidad de Madrid. 18 usuarios del centro fueron invitados a participar entre Mayo de 2016 y Agosto de 2016. Los criterios de inclusión fueron 1) diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico o Trastorno Psicótico Residual de acuerdo a la historia clínica, 2) ser capaz de leer y entender el castellano, 3) estar en seguimiento ambulatorio, 4) seguir el tratamiento farmacológico y la intervención psicosocial pautada desde el centro, y 5) no suponer un riesgo para el equipo investigador.

El equipo del centro fue informado de los objetivos del presente estudio. El procedimiento llevado a cabo consistió en una primera selección de usuarios en función del diagnóstico descrito en la historia clínica. Aquellos usuarios seleccionados fueron informados de los objetivos y finalidad antes de empezar cualquier tipo de evaluación. Igualmente, se les informó de la confidencialidad de los datos obtenidos y de que su participación en el estudio no supondría ningún cambio en su tratamiento habitual. La recogida de los datos se hizo en horario de asistencia al centro de los participantes, e intentando en la medida de lo posible, no influenciar en su funcionamiento habitual en sus actividades del centro.

Instrumentos

Se diseñó un cuaderno de recogida de datos en el que señalar la edad, sexo, nivel educativo, trastorno diagnosticado y años desde el inicio de acuerdo con historia clínica.

Para evaluar la calidad de vida de la muestra se utilizó la versión española de la escala World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) diseñada por Harper et al. (1998). Este instrumento evalúa la calidad de vida relacionada con la salud a través de cuatro dimensiones; salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. La WHOQOL-BREF ha sido validada en población española, y ha mostrado una adecuada consistencia interna y satisfactorios valores test (Lucas Carrasco, 1998). La WHOQOL-BREF es una medida considerada fiable para evaluar la calidad de vida subjetiva de pacientes con sintomatología psicótica (Örsel, Akdemir, & Dag, 2004) y ha sido utilizada previamente para evaluar eficacia de intervenciones en TMG (Acton, 2012; López-Navarro et al., 2015; Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito, & Lalucat-Jo, 2011).

Con objeto de evaluar las funciones ejecutivas se diseñó una batería de instrumentos que consistió en:

- Trail Making Test (Reitan, 1958): Consta de dos partes: Parte A, que consiste en una hoja en la cual se encuentran distribuidos al azar los números del 1 al 25. El sujeto debe unir los números con una línea recta en orden consecutivo creciente lo más rápido posible. La parte B guarda cierta semejanza con la forma A, pero con una diferencia en la demanda cognitiva. Hay números (del 1 al 13) y letras (de A a L), distribuidos al azar. El sujeto debe unir los estímulos alternando números y letras, respetando el orden numérico ascendente y alfabético. Se registra el tiempo que el participante tarda en completar la prueba, los errores son corregidos para lo que se interrumpe al participante de modo que ya son contabilizados sus efectos en el índice principal de la prueba. La parte A, mide habilidades motoras, visoespaciales y búsqueda visual y atención sostenida. La parte B evalúa la flexibilidad cognitiva del participante.
- El test de Stroop (Golden, 1978). La prueba consta de 3 láminas que contienen cinco columnas de 20 elementos separadas entre sí. La administración del test se realiza en el siguiente orden: 1) Lectura de Palabras (P), cada uno de los elementos de la página número uno, es el nombre de los tres colores empleados en el test repetidos de manera aleatoria e impresos en tinta negra. La persona deberá leer durante 45 segundos los nombres de los colores "rojo", "verde" y "azul", impresos en negro. Se puntúa el número de aciertos. 2) Denominación de Colores (C), la página número dos, está formada por cinco columnas de símbolos tipo "XXX" coloreados de manera aleatoria con los tres colores empleados en el test. Se pide a la persona, durante 45 segundos, que denomine los colores impresos en cada fila de "x", y se puntúa el número de aciertos. 3) Interferencia Palabras-Colores (PC). Finalmente, en la página número tres aparece de nuevo el nombre de los tres colores empleados en el test pero impresos en tinta coloreada, de manera aleatoria y sin concordancia entre el nombre del color y el color de la tinta en que está impreso. La persona, durante 45 segundos, debe nombrar el color de la tinta con la que está impresa la

palabra ignorando el significado. Se puntúa el número de aciertos, en caso de que el sujeto cometa algún error se le interrumpe y se le solicita de nuevo la ejecución del elemento en cuestión. Con las puntuaciones de los tres índices se puede calcular una puntuación global de resistencia a la interferencia cognitiva. La fórmula utilizada es la propuesta original de Golden: $\text{Interferencia} = PC - [(P * C) / (P + C)]$.

- Dígitos de WAIS (Escala de inteligencia de Wechsler para adultos, Wechsler, 2012), es una prueba que mide memoria de trabajo dentro de esta escala. En este caso la prueba está formada por dos tareas: Dígitos directos, que consiste en repetir una serie de dígitos, que se presentan oralmente por el evaluador, y se han de repetir en el mismo orden que se presentan. La tarea de dígitos inversos, se ha de repetir una serie de dígitos que se presentan de la misma forma pero han de repetirse en orden inverso al presentado. Se irá aumentando la cantidad de números presentados, hasta que el sujeto cometa un error. En este caso se presentará una segunda serie de números de cantidad idéntica a la que presenta el error, y si no lo repitiera se puntuaría la serie de mayor numeración repetida con éxito. Esta prueba evalúa la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo.
- La prueba de Fluidez Verbal Semántica y fonológica (FAS o Controlled Oral Word Association-COWA), (Guilford, 1967; Guilford & Guilford, 1980; Spreen & Strauss, 1998) tiene como propósito evaluar la producción espontánea de palabras; se inicia con los fonemas /f/-/a/-/s/, para la parte fonológica, y con la categoría animales, para la parte semántica. Se cuenta el número de respuestas correctas en un minuto (60 segundos). Se evalúa el acceso a la información del sistema semántico del sujeto. La fluidez verbal mide principalmente la velocidad y facilidad de producción verbal. Asimismo, valora las funciones del lenguaje (denominación, tamaño del vocabulario), la velocidad de respuesta,

la organización mental, las estrategias de búsqueda, así como la memoria a corto y largo plazo. También se ha propuesto que influyen en la ejecución, la atención y vigilancia, el almacén léxico o semántico, los mecanismos de recuperación y la memoria de trabajo.

Para evaluar Teoría de la Mente (ToM) se optó por tomar dos medidas, una relacionada con una teoría de la mente considerada más cognitiva y otra más relacionada con aspectos afectivos (Rominger et al., 2016). Los instrumentos utilizados fueron:

- Hinting Task o Test de las insinuaciones. Desarrollada por Corcoran, Mercer y Firth (Corcoran, Mercer, & Frith, 1995), para el uso específico en pacientes con Esquizofrenia. Se incluyen diez historias breves, con el objetivo de reducir las interferencias del posible deterioro en memoria o en comprensión verbal, que el evaluador puede leer a los sujetos las veces que sea necesario para asegurar una correcta comprensión de las mismas. En todas las historias aparecen dos personajes, y al final de cada una, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara. Al sujeto se le pregunta qué ha querido decir realmente el personaje de la historia con el comentario que ha hecho. Si el sujeto responde correctamente, se puntúa con un 2; si no, se añade información adicional que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1. Una respuesta incorrecta equivale a un 0. La puntuación total de la prueba va de 0 a 20.
- Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) o prueba del Test de la Mirada (Baron-Cohen, Wheelwright & Hill, 2001). Este instrumento evalúa la habilidad de reconocer el estado mental de una persona a través de la lectura de la expresión de la mirada. La versión para adultos incluye 36 fotografías de la parte superior del rostro (ojos y cejas) de personas de ambos sexos, en blanco y negro. El sujeto debe “leer la mirada” y elegir entre cuatro palabras la que mejor represente el estado mental de la imagen. Este Test representa un procesamiento de 3 niveles: 1) percepción no consciente, automática de una mirada. 2) el

otorgamiento de una categoría emocional (valencia) 3) y el procesamiento consciente para elegir entre las cuatros opciones. En una hoja de registro, el evaluador debe marcar las respuestas del sujeto. Se otorga un punto por cada respuesta correcta con un máximo de 36.

La evaluación se realizó en todos los participantes en el siguiente orden: 1) TMT; 2) Dígitos; 3) STROOP; 4) FAS; 5) Hinting Task; 6) RMET; 7) WHOQOL-BREF. En aquellos casos que se ha tenido que separar las pruebas en dos entrevistas, se ha propuesto primero las pruebas cognitivas, y en otro día Teoría de la Mente (ToM) y Calidad de Vida (WHOQOL-BREF).

Análisis estadístico

En un primer momento se procedió a generar estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas recogidas en el cuaderno de recogida de datos. Adicionalmente se realizó la eliminación de aquellos participantes que tuvieran alguna puntuación extrema en cualquiera de las pruebas, entendiendo por valor extremo aquel que se desvíe más de 3 desviaciones típicas de la media del grupo. A continuación se comprobó que las puntuaciones en las pruebas de calidad de vida, funciones ejecutivas y teoría de la mente cumplieran el supuesto de distribución de normalidad de las puntuaciones. Seguidamente, se procedió a evaluar la relación entre las escalas de WHOQOL-BREF y las puntuaciones en el Hinting Test y en el RMET mediante una correlación de Pearson. Finalmente, se volvió a evaluar la relación entre las puntuaciones en calidad de vida y teoría de la mente pero controlando el efecto de las puntuaciones en las escalas de funciones ejecutivas, por tanto se procedió a realizar una correlación semiparcial. El software utilizado consistió en la versión 19 del paquete SPSS. El nivel de significación se situó en el 5%.

Resultados

La muestra se compuso de 18 participantes de los cuales uno fue descartado por ser sus puntuaciones en el TMT-A y TMT-B más de 3 desviaciones superiores a la media. La muestra analizada (N=17) se compuso principalmente de hombres (64.7%) de mediana edad (46.76) y

educación primaria (52.9%) cuyo diagnóstico principal fue el de Trastorno Esquizofrénico (94.11%) iniciado hace 20.65 años. La información detallada sobre las características de la muestra es mostrada en la Tabla 1.

En un primer momento se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov cuyos resultados fueron adecuados para todas las escalas empleadas □ WHOQOL-BREF Física: $Z(16)= 0.74$, $p= 0.647$; WHOQOL-BREF Psicológica: $Z(16)= 0.54$, $p= 0.934$; WHOQOL-BREF Relaciones Sociales: $Z(16)= 0.93$, $p= 0.357$, WHOQOL-BREF Ambiental: $Z(16)= 0.73$, $p= 0.656$; TMT-A: $Z(16)= 1.11$, $p= 0.168$; TMT-B: $Z(16)= 1.03$, $p= 0.238$; Dígitos Directo: $Z(16)= 1.13$, $p= 0.151$; Dígitos Inverso: $Z(16)= 0.9$, $p= 0.393$; Stroop - Palabras: $Z(16)= 0.65$, $p= 0.792$; Stroop - Colores: $Z(16)= 0.83$, $p= 0.501$; Stroop - Palabras de Colores: $Z(16)= 0.72$, $p= 0.679$; Stroop - Interferencia: $Z(16)= 0.79$, $p= 0.556$; FAS: $Z(16)= 0.61$, $p= 0.845$; ANIMALS: $Z(16)= 0.59$, $p= 0.873$; Hinting Test: $Z(16)= 0.703$, $p= 0.706$; REMT: $Z(16)= 0.681$, $p= 0.743$. Los valores medios y la desviación típica para cada una de las escalas utilizadas en el estudio se muestran en la Tabla 2.

El análisis de correlación arrojó que ninguna de las escalas de ToM no se relacionan significativamente con las puntuaciones de WHOQOL-BREF Física – Hinting Test: $p= 0.886$; RMET: $p= 0.869$ –, WHOQOL-BREF Psicológica – Hinting Test: $p= 0.623$; RMET: $p= 0.884$ –, WHOQOL-BREF Relaciones Sociales – Hinting Test: $p= 0.757$; RMET: $p= 0.999$ –, ni con WHOQOL-BREF Ambiental – Hinting Test: $p= 0.820$; RMET: $p= 0.911$ –. Sin embargo, el análisis de la correlación semiparcial controlando para las pruebas de funciones ejecutivas, edad y años desde inicio del trastorno, arrojó que en el caso de las puntuaciones del Hinting Test hay una relación significativa inversamente proporcional con las puntuaciones de WHOQOL-BREF-Física ($r= -0.712$, $p= 0.021$), WHOQOL-BREF-Psicológica ($r= -0.825$, $p=0.003$) y WHOQOL-BREF Relaciones Sociales ($r= -0.887$, $p=0.001$). En la Tabla 3 se muestra información detallada sobre el análisis de correlación completo y controlando por las variables neuropsicológicas, de edad e inicio del trastorno.

Discusión

Los resultados indican que no existe relación entre las puntuaciones del cuestionario de Calidad de Vida y el Hinting Task, si tenemos en cuenta las puntuaciones del resto de variables (sociodemográficas, años de evolución y de funciones ejecutivas). Por el contrario, sí existe una relación inversa significativa entre los cuestionarios de Calidad de Vida y de Teoría de la Mente si controlamos el resto de variables.

El cuestionario Hinting Task (Corcoran et al., 1995), mide la parte cognitiva en la percepción de las emociones e insinuaciones en los otros. Varios estudios han puesto de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades en su capacidad para inferir cuáles son los estados mentales de otras personas, para atribuirse ellos mismos estados mentales o para atribuirlos a otros (Brüne, 2003, 2005). Funciones metacognitivas como la Teoría de la Mente están directamente relacionadas con la neurocognición y el funcionamiento global en sujetos con esquizofrenia (Guisti et al., 2013). Además según indican otros estudios la funcionalidad interfiere en la calidad de vida de los sujetos con esquizofrenia y además es un predictor de la evolución del trastorno (Penn et al., 1997). Los datos del presente estudio, convergen con lo que la literatura dice al respecto. Nuestro estudio lo que indica es que la relación entre la cognición social en general y la teoría de la mente en particular, está relacionada con la calidad de vida de los usuarios que asisten al Centro de Día, pero la relación es inversa. Por otra parte, el hecho de que cuando se incluya a las variables cognitivas no emerja la relación entre ToM y CV es indicador de que pueden estar mediando la relación entre ambos constructos. Estos hallazgos son consistentes con el estudio de Ritsner (2007), al encontrar relación entre la CV y las funciones ejecutivas, la atención, la memoria, y las habilidades motoras. Idealmente para estar seguros de que las variables cognitivas evaluadas están mediando la relación entre ToM y CV habría que llevar a cabo un análisis mediacional, el cual está más allá del objetivo de este estudio y de su tamaño muestral.

Una explicación de los resultados de nuestro estudio podría encontrarse en la particularidad de

la muestra. Los estudios descritos más arriba se componen de muestras caracterizadas por pacientes institucionalizados en recursos hospitalarios. Esta diferencia en el entorno terapéutico tiene su reflejo en el tipo de tratamiento que reciben los participantes, en el caso de la literatura revisada corresponde con una priorización de los recursos farmacológicos respecto a los psicosociales. En el caso de la muestra de nuestro estudio, el hecho de participar en actividades comunitarias, salir y relacionarse con otros considerados iguales, indica que se puede mejorar su calidad de vida en detrimento de los tratamientos llevados a cabo de forma estándar en los centros de rehabilitación. Un valor importante en ésta investigación ha sido la validez interna, ya que se ha seguido una metodología rigurosa de investigación tomando en consideración los parámetros relevantes. En cuanto a la validez externa, al ser personas que están con un tratamiento ambulatorio y ser usuarios comunitarios en un entorno natural, se podrían generalizar los resultados recabados en el presente estudio. Además, uno de los problemas añadidos que existen en la investigación está relacionado con la elección de los instrumentos adecuados para ello. En nuestro caso, se han elegido de forma rigurosa los instrumentos ya que tienen mucha validez para la muestra seleccionada, pero no siempre se han podido generalizar en usuarios comunitarios fuera de entornos hospitalarios. Otra hipótesis relacionada con los resultados sería que cuando las personas asisten a un centro comunitario como el centro de día, no son conscientes de su propia soledad y los aportes que le da. En este caso, el hecho de participar en actividades y relacionarse con otros serían conscientes de las relaciones estigmatizantes que tienen en su entorno, por lo que tenderían a volver a su zona de confort que es su propia soledad. Seguiríamos la premisa de que el ignorante es más feliz.

Un aspecto a tener en cuenta es que según investigaciones llevadas a cabo dentro del sistema sanitario, la calidad de vida, sería un parámetro relevante a la hora de realizar tratamientos para determinadas patologías. El caso concreto del TMG se caracterizaría por la persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento habitual, por lo que el foco terapéutico debe centrarse en incrementar la calidad de vida y la funcionalidad del paciente en su entorno. En este sentido y para futuras investigaciones, se insta a que se pueda realizar más estudios con ésta orientación para poder

generalizar datos y sobre todo con muestras de mayor tamaño. Además en un periodo de recortes en todas las áreas y sobre todo en el ambiente sanitario, se recomienda realizar más estudios para poder determinar si los centros de rehabilitación y en concreto el desinstitucionalizar a las personas con enfermedad mental grave, reduciría los gastos en tratamientos prolongados hospitalarios. Se procuraría mantener la sostenibilidad del sistema sanitario, sin perder en tratamientos y alternativas futuras. Así se podrían reducir los costes relacionados con patologías crónicas como la esquizofrenia.

Referencias:

Bleuler, E.: Dementia praecox or the group of schizophrenias. International Universities Press, New York. 1950.

Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., Sungu, G. y Veznedaroglu, B. (2006). Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research*, 145, 95-103.

Bora, E., Gokcen S., Kayahan, B. y Veznedaroglu, B. (2008). Deficits of social - cognitive and social - perceptual aspects of theory of mind in remitted patients with schizophrenia – Effect of residual symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 , 95 – 99.

Brekke, J.S., Kay, D., Lee, K. y Green, M.F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. *Internacional Congress on Schizophrenia Research*. Colorado Springs, USA.

Brüne M. Social cognition and psychopathology in an evolutionary perspectiva. *Psychopathology*. 2001;34:85—94.

Brüne, M. (2003) Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia.

Schizophrenia Research, 60, 57-64.

Brüne, M. (2005) Emotion recognition, 'theory of mind' and social behavior in schizophrenia. Psychiatry Research, 133, 135-147.

Brüne, M., Brüne-Cohrs, U. (2005). Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. Neurosc Biohav Rev 1-19.

Cavieres, A., y Valdebenito, M. (2005). Cognitive function and quality of life in schizophrenia. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 43(2), 97-108.

Concoran R, Mercer G, Frith CD.: Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. Schizophr Res. 1995; 17: 5–13.

Corcoran R., Mercer G., & Frith C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. Schizophrenia Research, 17, 5–13.

Frith CD. The cognitive Neuropsychology of schizophrenia. Hove. UK: Lawrence Erlbaum associates; 1992.

Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. Nat Rev Neurosci. 2015 Sep 16;16(10):620–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn4005>

Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. y Silverstein, S. (2005). Social Cognition in Schizophrenia: Recomendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approches Conference. Schizophrenia Bulletin 31, 882-887.

Guisti, L; Mazza, M; Pollice, R; Casacchia M and Roncone, R. 2013. Relationship between self-reflectivity, Theory of Mind, neurocognition, and global functioning: An investigation of schizophrenic disorder. Clinical Psychologis 17, 67-76.

- Gutiérrez-Maldonado, J; Caqueo-Urizar, A; Ferrer-García M y Fernández-Dávila, P. (2012) Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema* 2012. Vol. 24, no 2, pp. 255-262
- Heinrichs RW, Zakzanis KK.: Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*. 1998; 12: 426-445.
- Kraepelin, E.: *Dementia Praecox and Paraphrenia*. E. & S. Livingstone, Edinburgh, Scotland. 1919.
- Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon; 1998.
- Masa, S. *Esquizofrenia y Teoría de la Mente*. Tesis doctoral no publicada, Departamento de Psicología y Antropología, Universidad de Extremadura. 2012.
- Montaño, L; Nieto, T; Mayorga, N. *Esquizofrenia y Tratamientos psicológicos: una revisión teórica*. *Revista Vanguardia Psicológica*. 4 (1), 86-107
- Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, GoldbergTE, Green MF, Heaton RK.: Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004; 72: 29–39.
- Orellana, G; Slachevsky, A: *Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia*. *Revista Chilena de Neuropsicología* · 2006, Vol. 1, N° 1, 41-49
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: A useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 457–463.
- Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman L.: Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull*. 1997; 121: 114–132.
- Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman L.: Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull*. 1997; 121: 114–132.

- Pickup GJ, Frith CD. Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychol Med* 2001;31:207-220.
- Pinkham, AE; Social Cognition in Schizophrenia. *The journal of clinical psychiatry*, 2014. 75 Suppl2:14-9
- Prieto L, Novick D, Sacristan Ja, Edgell ET, Alonso J. SOHO Study Group. A Rash model analysis to test the cross-cultural validity of the EuroQol-5D in the Schizophrenia Outpatient Health Outcome Study. *Acta Psychiatr Scand* 2003; Supl (416): 24-9.
- Ramos Pozón, S. La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico. *EIDON*, nº 42 diciembre 2014, 42:46-56.
- Ritsner, M. (2007). Predicting Quality of Life Impairment in Chronic Schizophrenia from Cognitive Variables. *Qual Life Res*, 16, 929-937.
- Roberto Rodriguez-Jimenez, R; Fernandez-Garcimartín, H; Bagney, A; Dompablo, M; Torio,I; Rodríguez, R; Arias Horcajadas, F; Rodríguez-Torresano, J (2013). Cognition and Schizophrenia: From Neurocognition to Social Cognition. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. Junio 2013 • Vol. 11 • Nº 1
- Roder V, Mueller DR, Brenner HD, Spaulding W.: *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the Treatment of Neurocognition, Social Cognition and Social Competency in Schizophrenia Patients*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber. 2010.
- Rodríguez Sosa, J. T; Miguel Acosta Ojeda, M. A y Rodríguez Del Rosario, L. Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment (Barc.)* 2011;4(1):28—37.
- RODRÍGUEZ SOSA, J.T.; TOURIÑO GONZÁLEZ, R. (2010) Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del concepto. *Archivos de Psiquiatría*. 2010;73:9 (12-noviembre-

2010). www.archivosdepsiquiatria.es

Roncone, R., Falloon, I.R., Mazza, M., De Risio, A., Pollice, R., Necozone, S, et al. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 35, 280-8.

Ruiz, J. C.; García, S; Fuentes, I. La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 137-155.

Sarfaty Y, Hardy-Baylé MC. How do people with schizophrenia explain the behaviour of others? A study of theory of mind and its relationship to thought and speech disorganization in schizophrenia. *Psychol Med*1999;29:613-20.

Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 1990;147(12):1602-8.

Shamay, S.G., Tibi, Y. y Aharon, J. (2006). The ventromedial prefrontal cortex is involved in understanding affective but not cognitive theory of mind stories. *Social Neuroscience*, 1, 149-166.

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. y Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia. Meta-analysis. *British Journal of psychiatry*, 191, 5-13.

Vauth R, Rüsç N, Wirtz M, Corrigan PW. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia?. *Psychiatry Res*. 2004 Sep 30;128(2):155-65.

Tabla 1. Características de la muestra.

Variable	N=17
Edad (\bar{X} , σ)	46.76 (8.47)
Años desde inicio (\bar{X} , σ)	20.65 (6.24)
Diagnóstico (n, %)	
1. Esquizofrenia	16 (94.1)
2. T. Psicótico Residual	1 (5.9)
Sexo (n, %)	
1. Hombre	11 (64.7)
2. Mujer	6 (35.3)
Nivel Educativo (n, %)	
1. Primaria	9 (52.9)
2. Secundaria	4 (23.5)
3. Universidad/FP2	4 (23.5)

Tabla 2. Media y desviación típica de las puntuaciones de WHOQOL-BREF, Funciones Ejecutivas y Teoría de la Mente.

Variable	Índice	Media	Desviación
<i>Calidad de Vida</i>			
	WHOQOL-Física	22.76	3.49
	WHOQOL-Psicológica	20.82	3.43
	WHOQOL-Relaciones Sociales	10.35	1.8
	WHOQOL-Ambiental	28.82	3.74
<i>Funciones Ejecutivas</i>			
	TMT-A	64.88	57.7
	TMT-B	263.35	206.84
	Dígitos Directo	5.76	1.44
	Dígitos Inverso	4.06	1.08
	Stroop - Palabras	78.29	17.85
	Stroop - Colores	51.65	17.89
	Stroop - Palabras de Colores	28.06	14.03
	Stroop -Interferencia	-2.69	7.66
	ANIMALS	17.59	5.45
	FAS	30.41	11.79
<i>Teoría de la Mente</i>			
	Hinting Test	12.47	2.92
	Reading the Mind in the Eyes	16.18	4.25

Tabla 3. Correlación de Pearson entre calidad de vida y teoría de la mente, y correlación semiparcial controlando el efecto de las funciones ejecutivas, la edad y los años desde el diagnóstico.

Variables	Correlación			Correlación semiparcial*		
	r	r ²	valor p	r	r ²	valor p
<i>WHOQOL-Física</i>						
Hinting	-0.038	0.001	0.886	-0.712	0.506	0.021
RMET	-0.043	0.001	0.869	-0.142	0.02	0.695
<i>WHOQOL-Psicológica</i>						
Hinting	-0.128	0.016	0.623	-0.825	0.68	0.003
RMET	-0.053	0.002	0.884	0.118	0.014	0.652
<i>WHOQOL-Relaciones sociales</i>						
Hinting	-0.081	0.006	0.757	-0.887	0.787	0.001
RMET	0.001	<0.001	0.999	-0.173	0.029	0.634
<i>WHOQOL-Ambiental</i>						
Hinting	0.060	0.004	0.820	-0.502	0.252	0.139
RMET	0.029	0.001	0.911	-0.308	0.095	0.386

*: Se ha controlado el efecto de la edad, años desde diagnóstico, TMT-A, TMT-B, Dígitos Directo, Dígitos Inverso, Stroop - Palabras, Stroop - Colores, Stroop - Palabras de Colores, Stroop - Interferencia, ANIMALS, y FAS.