

**Evaluación de las funciones cognitivas y la calidad de vida en personas  
adultas con psicosis: Trastorno Esquizofrénico y Trastorno  
Esquizoafectivo**

Assessment of cognitive functions and quality of life in adults with psychosis:  
Schizophrenic Disorder and Schizoaffective Disorder

Jana Jiménez Abdellaoui

Grau de Psicologia

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Esport i l'Educació

Universitat Ramon Llull

Dra. Sara Paula Signo Miguel

Barcelona, 2022

## Resumen

**Introducción:** El deterioro cognitivo es una de las principales consecuencias que padecen las personas con psicosis, afectando directamente en la calidad de vida de estas personas.

**Objetivo:** Evaluar el rendimiento cognitivo y la calidad de vida subjetiva, en personas con trastorno esquizofrénico y trastorno esquizoafectivo, en relación con la edad. **Metodología:**

La muestra pertenece al Servicio de Rehabilitación Comunitaria. Está compuesta por 23 personas con trastorno esquizofrénico y 13 personas con trastorno esquizoafectivo. La

evaluación cognitiva se lleva a cabo con el test Screen for Cognitive Impairment for

Psychiatry (SCIP-S) y la calidad de vida se evalúa con World Health Organization Quality of Life - brief version (WHOQOL-BREF). Los resultados se analizan para observar la

correlación que existe entre ambas variables, y conocer la puntuación total de los dominios

cognitivos evaluados y de la calidad de vida. **Resultados:** Los dominios que se muestran

deteriorados presentan una relación con el cuadro clínico de cada patología. No obstante, la

muestra seleccionada presenta un rendimiento cognitivo y calidad de vida subjetiva dentro de la normalidad.

**Palabras clave:** Trastorno esquizofrénico, Trastorno esquizoafectivo, Rendimiento cognitivo y Calidad de vida

## Resum

**Introducció:** El deteriorament cognitiu és una de les principals conseqüències que pateixen les persones amb psicosis, afectant directament en la qualitat de vida. **Objectiu:** Avaluar el rendiment cognitiu i la qualitat de vida subjectiva, en persones amb trastorn esquizofrènic i trastorn esquizoafectiu envers l'edat. **Metodologia:** La mostra pertany al Servei de Rehabilitació Comunitària. Està formada per 23 persones amb trastorn esquizofrènic i 13 persones amb trastorn esquizoafectiu. L'avaluació cognitiva es duu a terme amb el test Screen for Cognitive Impairment for Psychiatry (SCIP-S) i el test de qualitat de vida s'avalua amb World Health Organization Quality of Life - brief version (WHOQOL-BREF). Els resultats s'analitzen per a observar la correlació que existeix entre totes dues variables, i conèixer la puntuació total dels dominis cognitius avaluats i la qualitat de vida de la mostra seleccionada. **Resultats:** Els dominis que es mostren deteriorats presenten una relació amb el quadre clínic de cada patologia. No obstant això, la mostra seleccionada presenta un rendiment cognitiu i una qualitat de vida subjectiva dins de la normalitat.

**Paraules clau:** Trastorn esquizofrènic, Trastorn esquizoafectiu, Rendiment cognitiu i Qualitat de vida

### **Abstract**

**Introduction:** Cognitive impairment is one of the main consequences suffered by people with psychosis, directly affecting the quality of life of these people. **Objective:** To evaluate cognitive performance and subjective quality of life, in people with schizophrenia disorder and schizoaffective disorder, in relation to age. **Methodology:** The sample belongs to the Community Rehabilitation Service. It is composed of 23 people with schizophrenic disorder and 13 people with schizoaffective disorder. Cognitive assessment is performed with the Screen for Cognitive Impairment for Psychiatry (SCIP-S) test and quality of life is evaluated by the World Health Organization Quality of Life - Brief version (WHOQOL-BREF). The results are analyzed to observe the correlation that exists between both variables, and to know the total score of the cognitive domains evaluated and the quality of life. **Results:** The domains showing impaired have a relationship with the clinical picture of each pathology. However, the selected sample presents a cognitive performance and subjective quality of life within normal.

**Keywords:** Schizophrenic disorder, Schizoaffective disorder, Cognitive performance and quality of life

### **Agradecimientos**

La Dra. Sara Paula Signo, ha sido, es y será una referente para mi evolución como estudiante y profesional. Le agradezco plenamente la dedicación y el apoyo incondicional durante todo este proceso. Gracias, a la Dra. Carol Palma y Dr. Ramon Company por su confianza y dedicación durante los pequeños contratiempos que han surgido a lo largo del proceso.

Asimismo, agradecer al Servicio de Rehabilitación Comunitaria, especialmente a Mercè Rubira, Ester García y Rut Costafreda por integrarme en el equipo profesional y confiar en mí para llevar a cabo este estudio.

Agradecer plenamente a todos los participantes de la muestra por tener la esperanza y la ilusión en poder crear intervenciones cognitivas específicas a las necesidades de los pacientes con tal de mejorar su rendimiento cognitivo y su calidad de vida. Trabajar codo con codo con vosotros ha sido todo un placer y un orgullo, gracias por enseñarme tanto.

Por último, pero no menos importante, agradecer a David Martínez, Nuria Cabrera y Mar Salas por el apoyo y motivación durante todo este proceso.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), estima que 24 millones de personas en todo el mundo padecen un trastorno de la esfera psicótica, es decir, 1 de cada 300 personas padecen un trastorno psicótico, siendo más prevalente en hombres que en mujeres (Sánchez et al., 2012).

Generalmente, la psicosis se asocia a un malestar significativo debido a un deterioro en los ámbitos personales, familiares, sociales, educativos y ocupacionales, interfiriendo directamente en la calidad de vida de estas personas (Cavieres y Valdebenito, 2005; OMS, 2022).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, 2022), clasifica la psicosis en el marco de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. Tal como describen Jarne et al. (2015), la esfera psicótica está constituida un 80% por el trastorno de la esquizofrenia y un 20% por los trastornos esquizoafectivos, esquizotípicos y delirantes (CIE, 2022).

La esquizofrenia es, según la CIE (2022), un trastorno mental severo caracterizado por múltiples factores que afectan en la vida cotidiana de la persona. La patología está compuesta por distorsiones del pensamiento, perturbaciones en la percepción de la realidad y alteraciones en el comportamiento, tanto en el afecto como en la cognición (Bermeo-Méndez, 2015; CIE, 2022). Los primeros síntomas se manifiestan en la entrada de la adultez, expresándose de forma positiva, negativa, afectiva y cognitiva (Carlson y Birkett, 2018; Velazco et al., 2018).

La sintomatología positiva, también conocida como sintomatología psicótica, se asocia a la aparición de un síntoma que antes no existía. Está compuesta por delirios,

alucinaciones, comportamiento desadaptativo, fluctuación en el pensamiento y lenguaje desorganizado (Sanz et al., 2012). La sintomatología negativa hace referencia a la inhibición del síntoma, ésta abarca la disminución de la reactividad afectiva y verbal, embotamiento social y ralentización del pensamiento (CIE, 2022). En el estudio de Cavieres y Valdebenito (2005), se describe que un 85% de las personas que padecen esquizofrenia presentan un funcionamiento cognitivo deteriorado, manifestando cierto déficit neurocognitivo en la memoria, atención, lenguaje y en las funciones ejecutivas. Asimismo, la sintomatología puede evolucionar significativamente, disminuyendo el malestar de la persona o bien puede remitir de forma crónica en diversos grados (Alanen, 2003).

Según la CIE (2022), el trastorno esquizoafectivo se considera un trastorno episódico debido a la simultaneidad de diversos trastornos en la misma enfermedad. Se manifiesta a través del trastorno esquizofrénico, en comorbilidad, con episodios depresivos, maníacos o mixtos, expresándose de forma sincrónica o en periodos intercalados. La sintomatología presentada por el trastorno esquizoafectivo se puede diferenciar en tres áreas. La sintomatología procedente del trastorno esquizofrénico haciendo referencia a los síntomas positivos y negativos (CIE, 2022). La sintomatología del episodio maníaco caracterizada por euforia, irritabilidad y aumento de energía (Gomez, 2008), y la sintomatología del episodio depresivo compuesta por abulia, anhedonia, anestesia emocional y ralentizamiento del pensamiento (CIE, 2022). Según, Miller et al. (2019), el trastorno esquizoafectivo es más prevalente en mujeres que en hombres.

En síntesis, los investigadores Lermenda et al. (2013), hacen una comparativa sobre la frecuencia sintomatológica en ambas patologías. Los delirios persistentes, la desorganización del pensamiento y las alucinaciones tanto auditivas como olfativas, están presentes en ambas patologías con una intensidad elevada. Por otro lado, las alucinaciones visuales, la confusión

y el inicio agudo de la patología es más frecuente en el trastorno esquizoafectivo, en cambio, el deterioro del lenguaje es más común en el trastorno esquizofrénico.

En el estudio realizado por Carvalho y Costa (2008), se observan cambios significativos en la persona antes de padecer una crisis psicótica. Las alteraciones que se observan son deterioro del funcionamiento social y neurocognitivo, alteración del pensamiento, embotamiento afectivo o inapropiado (Stagnaro, 2003). Según Schultze-Lutter (2009) y Miret et al. (2016), los síntomas psicóticos pueden evolucionar en diversos grados. El curso de la patología se inicia con un síntoma inespecífico con un ligero deterioro en la concentración y en la memoria. Seguidamente, se inicia la fase prodrómica con una duración de dos a cinco años con sintomatología abrupta y específica, observándose un malestar en las áreas del pensamiento, lenguaje, percepción y de la acción motora. Esta fase da pie al primer síntoma positivo que posteriormente debuta a fase psicótica donde se dan los síntomas propios de la psicosis de forma activa. La principal diferencia en el curso de ambos trastornos, es la evolución personal después de padecer el primer brote psicótico, en los ámbitos personal, social y ocupacional ya que estos dependen de diversos factores.

Aunque ambas patologías forman parte del espectro psicótico, se caracterizan por distintos dominios psicopatológicos, creando diferencias entre sí. Estas son descritas a través de los criterios diagnósticos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2018). La persona que padece trastorno de la esquizofrenia, debe presentar durante un mes, varios síntomas positivos y/o negativos. Además, debe presentar un deterioro significativo a nivel funcional, desde el inicio del trastorno. Los signos continuos del propio trastorno deben perdurar durante seis meses, incluyendo un mes de sintomatología en fase activa y en fase prodrómica. Por otro lado, las personas que padecen el trastorno esquizoafectivo, deben de presentar un periodo intermitente de episodio maníaco o depresivo,

al mismo tiempo que presentan sintomatología positiva y/o negativa. La sintomatología positiva debe presentarse durante un período de tiempo de dos o más semanas en ausencia de episodios maníacos y/o depresivos. El criterio diferencial entre ambas patologías, es la ausencia que presenta el trastorno esquizofrénico en los episodios del estado de ánimo como la manía y/o la depresión. En caso de presentar sintomatología compatible con estos episodios, esta debe de ser breve y tenue. Asimismo, la CIE-11 (2022), indica que el cuadro sintomático, no se puede explicar a través de una afectación médica, como por ejemplo un tumor cerebral, y la sintomatología no debe ser ocasionada por los efectos de un medicamento o sustancia tóxica, incluyendo así la sintomatología presentada por abstinencia.

Kraepelin, describió ambas patologías como un proceso patológico en el cual, se observa un deterioro significativo en la cognición. Este proceso fue descrito como *demencia precoz* a finales del siglo XIX (Pardo, 2005; Lozano et al., 2009). Siguiendo esta línea, diversos estudios han demostrado la existencia de un declive neurocognitivo en las etapas precoces de ambas patologías, mostrando un mayor deterioro en la esquizofrenia (Lermanda et al., 2013).

El declive cognitivo se manifiesta principalmente por el descenso de funciones tales como, la atención, la memoria, el aprendizaje, la velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas (Servat et al., 2005; Carlson y Birkett, 2018). Los dominios descritos anteriormente hacen referencia a las principales funciones neurocognitivas afectadas en la esquizofrenia y en el trastorno esquizoafectivo (Bilder et al., 2000; Soriano et al., 2004). Asimismo, a través de estudios neuroanatómicos, funcionales y de imagen, se ha observado una disminución del tejido cerebral en las áreas frontales y temporales. La alteración de la red neuronal se relaciona principalmente con el deterioro neurocognitivo y la sintomatología psicótica (Thompson et al., 2001; DeLisi et al., 2006; Carlson y Birkett, 2018).

Respecto al estudio de las funciones cognitivas, la memoria es definida por Aguado (2001), como un proceso dinámico por el cual se registra, se conserva y se recuerda el conocimiento aprendido anteriormente. La memoria a corto plazo, se entiende como un sistema de almacenamiento de corta duración y de capacidad limitada (Ardila et al., 2015). Según Lozano et al. (2009), en pacientes esquizofrénicos existe un deterioro en la memoria a corto plazo, es decir, en la memoria de trabajo y en la memoria verbal, siendo más prevalente en hombres. Se vieron afectadas las funciones de almacenamiento, secuenciación y reproducción de información verbal, fruto de una desorganización sináptica en el hipocampo, afectando así la alteración del córtex mediotemporal (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2003; Boyer et al., 2007). Por otro lado, el trastorno esquizoafectivo presenta un ligero deterioro en la memoria episódica (Owosso et al., 2013).

El lenguaje es una de las principales afectaciones a nivel cognitivo en el espectro psicótico. Estas son debidas a la dificultad de comprensión, alucinaciones auditivas y alteraciones del pensamiento (Zegers, 2010). Según, Toro y Andres (2020), el discurso que presentan está caracterizado por descarrilamiento verbal afectando a la comprensión de uno mismo y de los demás. Estas alteraciones tienen una repercusión principalmente en ámbitos laborales y sociales.

Kraepelin y Balmer describieron a principios del siglo XX que las personas con esquizofrenia presentaban ciertas dificultades en la atención (Stip et al., 2005). Estudios más recientes comparten la misma perspectiva, describiendo una alteración en la red atencional anterior, siendo esta la encargada del control ejecutivo (Lozano et al., 2009). Otros estudios demuestran que los pacientes tienen dificultades para poder discriminar la información según su grado de importancia, déficits para mantener la atención sostenida y dificultades atencionales entre estímulos auditivos distractores (Pardo, 2005; Lahera et al., 2017). Ambos

estudios sostienen la existencia correlacional entre el déficit atencional y la anomalía prefrontal.

Otra de las funciones cognitivas estudiadas son las funciones ejecutivas. Estas son descritas por Portellano y García (2014), como varios procesos cognitivos que tienen como objetivo principal ayudar al sujeto a responder y adaptarse a su contexto de forma adaptativa. Actúan como un sistema de control y supervisión, permitiendo así tomar decisiones, planes y acciones. Aunque las funciones ejecutivas están interconectadas con numerosas áreas cerebrales, este proceso se localiza en el lóbulo prefrontal, es decir, orbitofrontal y dorsolateral (Portellano y García, 2014). Así mismo, se destaca que durante el proceso se ven implicadas numerosas funciones cognitivas, entre ellas la memoria y la atención, viéndose éstas gravemente alteradas en el trastorno de la esquizofrenia, tal como se ha comentado anteriormente (Lozano et al., 2009). Paralelamente, se observa que las personas con trastorno esquizoafectivo tienen mayor capacidad para resolver problemas y emplear habilidades instrumentales debido a una mejor adaptación en los ámbitos de atención y memoria, en comparación con el trastorno esquizofrénico (Stip et al., 2005). En conclusión, las funciones ejecutivas quedan modificadas al haber una alteración en el lóbulo prefrontal y temporal. Las funciones más afectadas son la planificación y las acciones complejas (Pardo, 2005).

Según Ardila et al. (2015), la velocidad del procesamiento se define como la rapidez con la que se ejecutan respuestas en actividades que requieren un procesamiento cognitivo, incluyendo velocidad de procesamiento y una respuesta motora. Las alteraciones cognitivas en atención y memoria conllevan un deterioro de la velocidad de procesamiento. Asimismo, las personas con trastorno esquizoafectivo presentan mayor velocidad de procesamiento con respecto a aquellas que padecen esquizofrenia (Mondragón et al., 2019).

Además de los diversos factores que intervienen en el deterioro de la psicosis, el envejecimiento es un proceso natural que se desarrolla de forma continuada e irreversible, afectando así al deterioro de la persona. Se ven implicados cambios orgánicos y mentales que generan un declive en la eficacia del funcionamiento orgánico de la persona y del estilo de vida. Asimismo, el deterioro cognitivo se observa en la disminución del rendimiento de los procesos cognitivos asociados a cambios en las estructuras cerebrales (García et al., 2015).

La evaluación neuropsicológica pretende examinar el funcionamiento cerebral mediante el rendimiento cognitivo, con el objetivo de realizar una recuperación cognitiva y funcional (Servat et al., 2005). La existencia de numerosos instrumentos para cuantificar la naturaleza y gravedad del deterioro cognitivo en la esquizofrenia y trastornos afectivos, genera una búsqueda específica sobre los objetivos que se desean evaluar (Guilera et al., 2009). El *Screen for Cognitive Impairment for Psychiatry* (SCIP-S), es una breve herramienta para cuantificar los déficits cognitivos. El test trata de evaluar: 1) Aprendizaje verbal inmediato (AV-I) evaluando procesos tales como la codificación, almacenaje y recuperación de información a corto plazo 2) Memoria de trabajo (MT) a partir de la secuencia del recuerdo y del control atencional 3) Fluidez verbal (FV) se evalúa a través de la fluidez verbal semántica, es decir, un concepto y, la fonética a través de fonemas 4) Velocidad de procesamiento (VP) se evalúa la velocidad psicomotora 5) Aprendizaje verbal diferido (AV-D) se evalúa procesos tales como la codificación, almacenaje y recuperación de información a largo plazo, en personas que padecen una enfermedad mental, especialmente trastornos psicóticos o afectivos.

Diversos estudios relacionan el deterioro cognitivo que presentan las personas que padecen psicosis con un malestar significativo en la persona, afectando negativamente a su calidad de vida (Martin et al., 2017; Iñiguez, 2019). Asimismo, destacan la importancia de

conocer los factores que afectan negativamente en la calidad de vida en los pacientes con psicosis, con la finalidad de crear nuevas intervenciones que potencien la calidad de vida de estas personas (Rodríguez-Vidal, 2011). La OMS (2012) y Urzúa & Caqueo-Urizar (2012), describen que el nivel calidad de vida está modulado por procesos cognitivos relacionados con la percepción subjetiva de los individuos sobre su vida en el estado actual y la satisfacción que produce en relación con los objetivos, expectativas e inquietudes personales. El concepto se describe de forma general, abarcando la salud física, psicológica, social y ambiental. La OMS (2012), desarrolló la *World Health Organization Quality of Life - brief version* (WHOQOL-BREF), cuyo objetivo principal es evaluar los efectos percibidos por la enfermedad y las intervenciones de la salud, en la calidad de la persona en diversas áreas, sin pretender detallar los síntomas, enfermedades o discapacidad que padezca la persona.

La evaluación cognitiva es fundamental para poder detallar e individualizar los programas de intervención. Además, cabe destacar la importancia de evaluar la calidad de vida, con el fin de determinar la salud física, psicológica, ambiental y social de la persona.

### **Objetivos e Hipótesis**

El presente estudio tiene como **objetivo principal** evaluar el rendimiento cognitivo y la calidad de vida subjetiva, en personas con trastorno esquizofrénico y trastorno esquizoafectivo, según la edad. Los **objetivos específicos** del estudio son:

1. Evaluar el rendimiento cognitivo en personas con trastorno esquizofrénico y esquizoafectivo.
2. Conocer la calidad de vida subjetiva en personas con trastorno esquizofrénico y esquizoafectivo.

3. Determinar las posibles diferencias entre el rendimiento neuropsicológico y la calidad de vida subjetiva en personas con trastorno esquizofrénico.
4. Determinar las posibles diferencias entre el rendimiento neuropsicológico y la calidad de vida subjetiva en personas con trastorno esquizoafectivo.
5. Identificar en qué edad se observa un mayor deterioro neuropsicológico y una peor calidad de vida subjetiva en personas con trastorno esquizofrénico y esquizoafectivo.

La **hipótesis general** del estudio indica que las personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo presentan un menor rendimiento cognitivo, disminuyendo así la calidad de vida subjetiva. Las **hipótesis específicas** del estudio son:

1. Las personas con el trastorno esquizofrénico presentan un rendimiento neurocognitivo más deteriorado en relación con las personas con trastorno esquizoafectivo.
  - 1.1 La memoria de trabajo y el aprendizaje verbal inmediato se observan más deteriorados en personas con trastorno esquizofrénico con respecto a las personas con trastorno esquizoafectivo.
  - 1.2 Existe una correlación en la disminución de la atención y la memoria con el deterioro de la velocidad de procesamiento. Presentándose más deterioradas en el trastorno esquizofrénico.
2. Las personas con trastorno esquizoafectivo presentan mayor calidad de vida subjetiva respecto a las personas con esquizofrenia.
3. Las personas con esquizofrenia presentan menor rendimiento cognitivo, observándose una disminución significativa en la calidad de vida subjetiva.
4. Las personas con trastorno esquizoafectivo presentan menor rendimiento cognitivo, observándose una disminución significativa en la calidad de vida subjetiva.

5. A medida que aumenta la edad en las personas con psicosis se constata mayor deterioro en el rendimiento cognitivo.

## **Método**

### **Diseño**

El estudio se realiza a través de una metodología selectiva. La recogida de datos se lleva a cabo a través de un muestreo no probabilístico intencional, debido a los criterios de inclusión que se han detallado para formar la muestra del estudio.

### **Participantes**

La muestra del presente estudio forma parte del Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) del Centro de Psicoterapia de Barcelona (CPB), una fundación de Salud Mental fundada por el Dr. Fàbregas, con el objetivo de atender a personas con enfermedades mentales graves. Para la muestra, las personas se seleccionaron en base a los siguientes *criterios de inclusión*: 1) Diagnóstico del trastorno esquizofrénico o trastorno esquizoafectivo según los criterios de la CIE-9 2) Curso clínico superior a 5 años 3) Edad comprendida entre los 18 y 65 años 4) Buena capacidad de comprensión verbal para entender las instrucciones 5) No padecer o haber padecido otros trastornos psiquiátricos y 6) Haber firmado el consentimiento informado. Las personas que forman parte de la muestra han hecho rehabilitación tanto en el área cognitiva como en actividades de la vida diaria, entre otras áreas. El estudio se lleva a cabo en población clínica con una muestra total de 36 personas con psicosis, entre las cuales, 23 padecen esquizofrenia y 13 trastorno esquizoafectivo. En las personas con trastorno esquizofrénico, 12 son hombres (52,17%) y 11 son mujeres (47,82%), y en las personas con trastorno esquizoafectivo 7 son hombres (53,84%) y 6 son mujeres (46,15%). El rango de edades fluctúa entre 30 y 65 años; siendo la mínima edad en la

esquizofrenia de 30 años y en el trastorno esquizoafectivo de 31 años. La mediana de edad es de 46 años, siendo la edad más común 49 años.

**Tabla 1.** *Datos sociodemográficos*

	Trastorno Esquizofrénico (n=23)	Trastorno Esquizoafectivo (n=13)	Total (n=36)
<b>Sexo</b>			
Hombre	12	7	19
Mujer	11	6	17
<b>Edad (años)</b>	46,52 (9,12)	52,92 (12,18)	-

### Instrumento

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el rendimiento cognitivo y calidad de vida en personas con psicosis. La evaluación se ha llevado a cabo a partir del *Screen for Cognitive Impairment for Psychiatry* (SCIP-S) para realizar una evaluación neurocognitiva y el *World Health Organization Quality of Life - brief version* (WHOQOL-BRIEF) para evaluar la calidad de vida subjetiva en las personas con psicosis. Ambos instrumentos se han llevado a cabo de forma presencial, en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria.

El *Screen for Cognitive Impairment for Psychiatry* (SCIP-S) tiene como objetivo principal evaluar el rendimiento cognitivo en personas adultas que padecen algún trastorno mental severo, especialmente, trastorno del espectro psicótico. No obstante, el test también ha sido baremado en población comunitaria (Pino et al., 2014). El tiempo estimado de administración es de 15 minutos (Castaño Ramírez et al., 2015). Tal como describe Pino et al. (2014), el test está compuesto por tres formatos paralelos e independientes, estructurado en cinco pruebas cognitivas. La composición general de cada prueba es la misma, únicamente varían los estímulos específicos. En el presente estudio se ha administrado la forma 1 del test

SCIP, ya que se trata de un estudio transversal. El test evalúa aprendizaje verbal inmediato (AV-I), memoria de trabajo (MT), fluidez verbal (FV), aprendizaje verbal diferido (AV-D) y velocidad de procesamiento (VP). La estructura de cada área evaluada es específica, en aprendizaje verbal inmediato (AV-I) se realiza a partir de una serie de 10 palabras reproducidas durante tres ensayos consecutivos. El objetivo de la prueba es que la persona recuerde tantas palabras como sea posible. La memoria de trabajo (MT) se evalúa a través de 6 series de 3 consonantes intercalando un estímulo numérico con una duración de 3, 9 y 18 segundos. El objetivo principal de la prueba es recordar la secuencia de consonantes. Por otra parte, la fluidez verbal (FV), se evalúa a partir de la cantidad de palabras que la persona logre decir con las iniciales L y C durante 30 segundos. En el aprendizaje verbal diferido (AV-D), se evalúan las palabras que la persona logre recordar de la anterior prueba de aprendizaje verbal inmediato (AV-I). Por último, la velocidad de procesamiento (VP), se evalúa a partir de 36 letras con su código morse correspondiente. El objetivo de dicha prueba es relacionar la mayor cantidad posible de letras con su código morse correspondiente en un tiempo estimado de 30 segundos. La puntuación obtenida del test está compuesta por las puntuaciones individuales de cada prueba cognitiva y por la puntuación global de las cinco pruebas. La puntuación directa está transformada en percentil 75, asimismo los resultados están distribuidos en rangos cualitativos.

El test *World Health Organization Quality of Life - brief version* (WHOQOL-BRIEF) fue creado por la OMS en el 2014 con el objetivo de evaluar la calidad de vida subjetiva de las personas en población tanto general como clínica. No obstante, al haber diversas versiones del WHOQOL, en el presente estudio se administra de forma presencial la WHOQOL-BRIEF. Según *Mental Health and Substance Use* (2012), el test consta de 26 ítems a partir de una evaluación de escala Likert siendo uno nada y cinco mucho. El test

comprende 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. La puntuación obtenida está compuesta por la puntuación independiente de cada dimensión y por la puntuación global de todas ellas. La evaluación de la calidad de vida subjetiva, se entiende como a mayor puntuación del resultado mejor es el perfil de calidad de vida de la persona.

### **Procedimiento**

Los datos se recogieron en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) a finales del 2021. Ambos tests fueron administrados por la investigadora de forma presencial e individual con cada paciente, en formato papel. Inicialmente, se proporcionó el consentimiento informado. En este, se detallan los objetivos del estudio, la voluntad de participar y la confidencialidad de datos y respuestas. Los resultados obtenidos fueron introducidos a formato digital en un Excel, para realizar a posteriori el análisis de datos.

### **Análisis de datos**

El análisis de datos se lleva a cabo con el programa estadístico JASP versión 0.14 en inglés. Se realiza un análisis descriptivo en edad y sexo con relación al diagnóstico. Posteriormente, se realiza la prueba de normalidad en las variables edad y las diferentes subescalas de los test SCIP-S y WHOQOL. El presente estudio se realiza con un grado de significación del 0.05 para la evaluación de todas las variables y la relación entre estas. Se pretende comparar el tipo de diagnóstico en relación con los diversos dominios neurocognitivos. Se aplica la prueba T-Student en las funciones de aprendizaje verbal inmediato ( $p = 0,073$ ), memoria de trabajo ( $p = 0,367$ ) y velocidad de procesamiento ( $p = 0,346$ ) al presentar una distribución normal. En cambio, se aplica una prueba U de Mann-Whitney en las funciones de fluidez verbal ( $p = 0,047$ ), aprendizaje verbal diferido ( $p = 0,021$ ) y el rendimiento cognitivo total ( $p = 0,014$ ) al presentar una distribución no normal

de las varianzas. Para analizar los diferentes trastornos en comparación a la calidad de vida ( $p = 0,182$ ), se utiliza la prueba T-Student. Por último, para relacionar la edad y los diagnósticos con el rendimiento cognitivo y calidad de vida se utiliza la Correlación Spearman y Pearson.

### **Resultados**

En la evaluación neuropsicológica del test SCIP-S se realiza la interpretación de los resultados en relación con percentil 75. Esto indica que las personas del Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) que padecen trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, presentan un rendimiento cognitivo medio comprendido por un porcentaje del 31 al 69. Las personas con trastorno esquizoafectivo presentan mayor deterioro cognitivo ( $M = 49,15$ ) en relación con las personas que padecen esquizofrenia ( $M = 50,78$ ). Sin embargo, el análisis estadístico indica una normalidad ( $p = 0,817$ ), por lo que las patologías no presentan diferencias significativas entre sí en relación al rendimiento cognitivo evaluado.

La tabla 2, indica el rendimiento cognitivo evaluado a través del test neuropsicológico SCIP-S en relación a las patologías. Entre los diversos dominios cognitivos evaluados, ambas patologías puntúan de forma elevada en memoria de trabajo. Es decir, tanto las personas con esquizofrenia ( $M = 53,26$ ) como las personas con trastorno esquizoafectivo ( $M = 52,23$ ), muestran la memoria de trabajo como el dominio cognitivo mejor conservado. Asimismo, el análisis de normalidad ( $p = 0,798$ ) indica que las variables no presentan una relación significativa, entre sí.

**Tabla 2.** Medias, desviaciones típicas y grados de significación de las patologías respecto a la evaluación cognitiva (SCIP-S)

Rendimiento Cognitivo (SCIP-S)	Trastorno Esquizofrénico	Trastorno Esquizoafectivo	Significación
Aprendizaje Verbal - Inmediato	<b>50,95 (11,24)</b>	47,15 (11,89)	p = 0,346 (n.s.)
Memoria de Trabajo	<b>53,26 (9,71)</b>	52,23 (14,27)	p = 0,798 (n.s.)
Fluidez Verbal	50,39 (7,65)	<b>51,46 (7,94)</b>	p = 0,608 (n.s.)
Aprendizaje Verbal - Diferido	<b>50,26 (12,87)</b>	49,00 (12,12)	p = 0,830 (n.s.)
Velocidad Procesamiento	47,87 (8,55)	47,92 (13,50)	p = 0,988 (n.s.)
Total	<b>50,78 (8,47)</b>	49,15 (10,29)	p = 0,817 (n.s.)

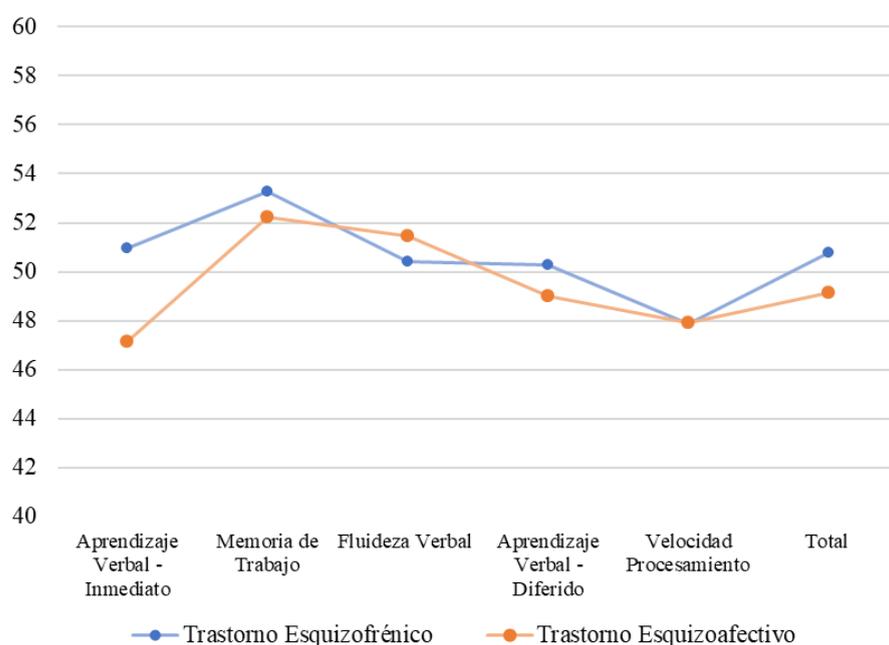
*Nota: (n.s.) no significativo*

El aprendizaje verbal inmediato es el dominio cognitivo que presenta más diferencias entre ambas patologías. Las personas que presentan esquizofrenia presentan un mejor aprendizaje verbal inmediato ( $M = 50,95$ ) que las personas que padecen trastorno esquizoafectivo ( $M = 47,45$ ). Aunque las diferencias estadísticas no sean significativas ( $p = 0,346$ ), se puede observar una mayor deterioro en las personas con trastorno esquizoafectivo.

Por otro lado, la fluidez verbal ( $p = 0,608$ ) y el aprendizaje verbal diferido ( $p = 0,830$ ) no muestran diferencias estadísticamente significativas. Del mismo modo, tampoco se observan diferencias significativas en rendimiento cognitivo en relación con las patologías. En fluidez verbal, el trastorno esquizoafectivo ( $M = 51,46$ ) presenta una ligera mejora en relación al trastorno esquizofrénico ( $M = 50,39$ ). En cambio, las personas que conservan mejor el aprendizaje verbal diferido, son las personas con trastorno esquizofrénico ( $M = 50,26$ ) en relación a las personas con trastorno esquizoafectivo ( $M = 49$ ).

El dominio cognitivo más deteriorado en ambas patologías es la velocidad de procesamiento. El trastorno esquizofrénico ( $M = 47,87$ ) no muestra un deterioro significativo respecto al trastorno esquizoafectivo ( $M = 47,92$ ). No obstante, ambas patologías muestran una diferencia significativa con relación a la resta de dominios cognitivos evaluados. Asimismo, el análisis estadístico confirma que no existen diferencias significativas entre las variables ( $p = 0,988$ ).

**Figura 1.** Resultados de la evaluación neuropsicológica SCIP-S



La Figura 1 representa la evaluación neuropsicológica con relación a los trastornos. Siendo el dominio más deteriorado en ambas patologías la velocidad de procesamiento, y la más conservada la memoria de trabajo. Según la Hipótesis 1.1 la memoria de trabajo y el aprendizaje verbal inmediato se conserva mejor en personas con trastorno esquizoafectivo. Sin embargo, en la Figura 1 observamos que ambos dominios se conservan mejor en el trastorno esquizofrénico. Las personas con esquizofrenia, solo presentan un menor rendimiento con relación al trastorno esquizoafectivo en fluidez verbal.

Por último, la hipótesis 1.2 indica que existe una correlación significativa, entre memoria de trabajo y atención con relación a la velocidad de procesamiento. Es decir, cuando la memoria de trabajo y atención se ven alteradas en consecuencia la velocidad de procesamiento también se ve afectada. Asimismo, se ha podido observar a través del análisis estadístico una correlación entre memoria de trabajo y velocidad de procesamiento ( $r = 0,390^*$ ;  $p = 0,019$ ). En cambio, la atención que es evaluada a través de aprendizaje verbal inmediato ( $r = 0,014$ ;  $p = 0,935$ ) y diferido ( $r = 0,127$ ;  $p = 0,495$ ) no prestan una correlación significativa con la velocidad de procesamiento. Sin embargo, ambos aprendizajes ( $r = 0,536^{***}$ ;  $p = 0.001$ ) presentan una correlación significativa, entre sí.

**Tabla 3.** *Medias y desviaciones típicas : resultados de WHOQOL en relación al diagnóstico*

Calidad de Vida (WHOQOL)	Trastorno Esquizofrénico	Trastorno Esquizoafectivo	Intervalo Calidad de Vida
Calidad de Vida	3,47 (0,66)	3,61 (1,38)	1 - 5
Salud Psicológica	32,82 (5,73)	31,76 (6,87)	9 - 45
Salud General	3,13 (0,86)	3,07 (1,26)	1 - 5
Total	96,13 (12,92)	95 (18,19)	27 - 135

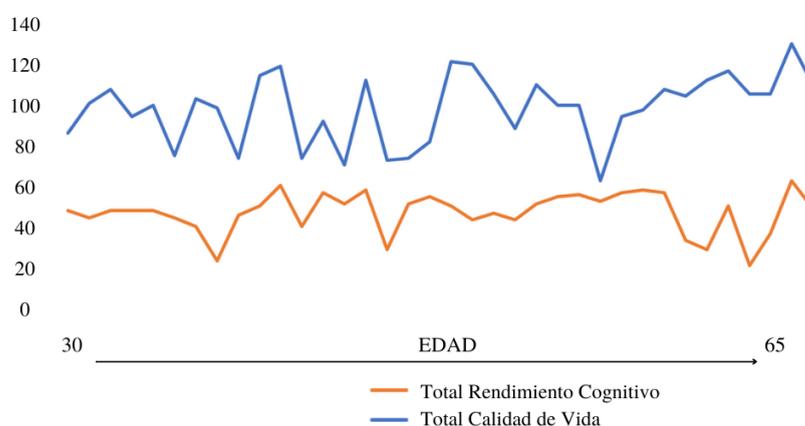
En la tabla 3, se presentan las puntuaciones obtenidas en el test de calidad de vida WHOQOL con relación a los diagnósticos. Las personas con trastorno esquizoafectivo presentan un ligero aumento de calidad de vida subjetiva ( $M = 3,61$ ) con relación a las personas con trastorno esquizofrénico ( $M = 3,47$ ). Ambos grupos muestran una calidad de vida subjetiva por encima de la media, considerándose en nivel cualitativo como muy buena. No obstante, en la puntuación total de las escalas se observa que las personas con mejor percepción de calidad de vida subjetiva son las personas con esquizofrenia ( $M = 96,13$ ) en relación a las personas con trastorno esquizoafectivo ( $M = 95$ ), ambos grupos presentan una calidad de vida subjetiva por encima de la media. El análisis estadístico sobre la calidad de

vida ( $p = 0,515$ ) y la puntuación total de las escalas ( $p = 0,132$ ) muestran unos resultados no significativos, es decir, no existe una relación significativa entre las variables.

La salud psicológica ( $p = 0,856$ ) fue una de las subescalas valoradas en ambos grupos, a partir del análisis se muestra que no es estadísticamente significativo. No obstante, se puede observar una ligera variación en la obtención de los resultados. Presentan mejor salud psicológica las personas con trastorno esquizofrénico ( $M = 32,82$ ) con relación a las personas con trastorno esquizoafectivo ( $M = 31,76$ ).

Por otro lado, se evaluaron diferentes subescalas de la calidad de vida. Entre ellas encontramos salud general ( $p = 0,856$ ), salud física ( $p = 0,644$ ), relaciones sociales ( $p = 0,172$ ) y ambiente ( $p = 0,112$ ), las subescalas no muestran diferencias significativas. Asimismo, tampoco presentan diferencias significativas en los resultados obtenidos, mostrándose dentro de la normalidad. En conclusión, la salud psicológica, la salud física y las relaciones sociales puntúan dentro de la normalidad, en cambio, la subescala ambiente puntúa en ambos grupos por encima de la media, considerándose buena.

**Figura 2.** Puntuación total de cada paciente en relación al Rendimiento cognitivo (SCIP-S) y la Calidad de vida (WHOQOL) respecto a la edad



La Figura 2 representa el total del rendimiento cognitivo y de la calidad de vida en relación con la edad. Primeramente, al realizar el análisis estadístico se observa que no existe

una correlación entre rendimiento cognitivo y calidad de vida ( $r = 0,124$ ;  $p = 0,236$ ). Por tanto, a menor rendimiento no existe una relación directa con la alteración de calidad de vida subjetiva, de este modo, las hipótesis 3 y 4 no cumplen lo esperado.

El análisis estadístico, tanto de calidad de vida con relación a la edad ( $r = 0,281$ ;  $p = 0,09$ ) como el rendimiento cognitivo en relación con la edad ( $r = 0,146$ ;  $p = 0,395$ ), muestran una correlación no significativa entre las variables.

No obstante, la correlación no es significativa. En la figura 2 se representa el rendimiento cognitivo y la calidad de vida en relación con la edad para ver la evolución de estas variables. Se observa que la calidad de vida presenta un ligero aumento en la adultez, no obstante, se muestra variante en las diferentes edades. Por ello, se define que a medida que aumenta la edad se percibe una mejor calidad de vida subjetiva. Por otro lado, se observa que el rendimiento cognitivo, varía desde los 30 hasta los 65 años, no obstante, se observa un ligero declive cognitivo a partir de los 58 años. Por lo tanto, en ambas patologías los dominios que presentan un mayor deterioro son la velocidad de procesamiento iniciándose en los 50 años, la memoria de trabajo a partir de los 59 años y el aprendizaje verbal inmediato en los 58 años. En cambio, los dominios cognitivos mejor preservados son la fluidez verbal y el aprendizaje verbal diferido.

### **Discusión**

Como se ha descrito anteriormente, el objetivo principal del presente estudio es evaluar el rendimiento cognitivo y la calidad de vida en las personas del Servicio de Rehabilitación Comunitaria con trastorno esquizofrénico y trastorno esquizoafectivo.

Acorde con la literatura, diversos estudios demuestran la existencia de un declive neurocognitivo en las etapas precoces de ambas patologías, mostrando un mayor deterioro en la esquizofrenia (Lermanda et al., 2013). Asimismo, la hipótesis 1 indica que el trastorno

esquizofrénico muestra un mayor deterioro cognitivo en relación con el trastorno esquizoafectivo. Sin embargo, la evaluación cognitiva muestra que ambos grupos están dentro de la normalidad, presentándose un mayor deterioro cognitivo en las personas con trastorno esquizoafectivo, por ello podemos indicar que la hipótesis 1, no se cumple. Tal como indica la CIE (2022), ambos trastornos están caracterizados por múltiples factores que afectan en la vida cotidiana de la persona. Estos abarcan factores de riesgo que agravan el cuadro clínico y la evolución de esta, o, por el contrario, factores de protección como la rehabilitación cognitiva, que favorecen el mantenimiento de la cognición, dentro de la normalidad clínica.

Entre los diversos dominios evaluados, la memoria de trabajo es la mejor conservada en ambas patologías. Como indica la hipótesis 1.1, la memoria de trabajo y el aprendizaje verbal inmediato se observan más deteriorados en personas con trastorno esquizofrénico con respecto a las personas con trastorno esquizoafectivo. El punto de vista que sustenta la literatura es que los pacientes esquizofrénicos presentan mayor deterioro, tanto en memoria de trabajo como memoria verbal (Lozano, 2009). Del mismo modo, Gouzoulis-Mayfrank et al. (2003) y Boyer et al. (2007) afirman que las funciones que se observan afectadas en la memoria de trabajo son almacenamiento, secuenciación y reproducción de información verbal. Sin embargo, los resultados obtenidos muestran la memoria de trabajo dentro de la normalidad. En cambio, el dominio más deteriorado es la velocidad de procesamiento. Por ello se concluye que la hipótesis 1.1 no se cumple, ya que entre ambas patologías, el trastorno esquizoafectivo presenta un ligero deterioro en comparación con el trastorno esquizofrénico.

El lenguaje es una de las principales afectaciones en la psicosis (Zegers, 2010). Ésta se puede manifestar a través de la sintomatología negativa, presentando ralentización del pensamiento y lenguaje desorganizado (Sanz et al., 2012). Según Toro y Andres (2020), la

dificultad más característica es el descarrilamiento verbal afectando directamente a la comprensión del mensaje. En los resultados obtenidos del estudio, la fluidez verbal se muestra dentro de la normalidad. Uno de los factores descritos en la memoria de trabajo es la reproducción de la información verbal, el cual hace referencia al dominio de fluidez verbal. De acuerdo con la literatura se presenta un mayor deterioro en el trastorno esquizofrénico que en el trastorno esquizoafectivo (Lermanda et al., 2013). Este deterioro se relaciona con una desorganización sináptica en el hipocampo afectando así a la alteración del córtex medial temporal, a más a más, se relaciona estrechamente con las funciones ejecutivas es decir, que a menor fluidez verbal, peor rendimiento en las funciones prefrontales (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2003; Boyer et al., 2007; Lozano, 2009).

El aprendizaje verbal inmediato se relaciona estrechamente con la memoria a corto plazo y el aprendizaje verbal diferido con la memoria a largo plazo. Estos dominios se pueden relacionar con factores que intervienen en la memoria de trabajo, como el almacenamiento y la secuenciación. Posiblemente, los diversos dominios se han visto modificados por la rehabilitación. No obstante, están dentro de la normalidad, el aprendizaje verbal inmediato se observa más deteriorado en el trastorno esquizoafectivo. Como se ha confirmado anteriormente la hipótesis 1.1 no se cumple debido a que el trastorno esquizoafectivo es el más deteriorado en ambos dominios, tanto en la memoria de trabajo como en el aprendizaje verbal inmediato.

El dominio cognitivo más deteriorado en ambos trastornos es la velocidad de procesamiento. Según la hipótesis 1.2 existe una correlación en la disminución de la atención y la memoria con el deterioro de la velocidad de procesamiento. Presentándose más deterioradas en el trastorno esquizofrénico. Asimismo, se ha podido afirmar la hipótesis 1.2 con los resultados obtenidos, presentando una correlación entre la memoria y la atención.

Según Ardila et al. (2015) la velocidad de procesamiento interfiere tanto en el procesamiento cognitivo como en la respuesta motora. Asimismo, el manual del test SCIP afirma que a menor velocidad de procesamiento mayor déficit en el funcionamiento psicomotor.

Durante el proceso de las funciones ejecutivas se ven implicadas numerosas funciones cognitivas, entre ellas la memoria, la atención, la fluidez verbal y velocidad de procesamiento. Estas funciones se observan alteradas en diferentes grados dependiendo de diversos factores en ambas patologías (Lozano et al., 2009). Estas alteraciones se localizan en el lóbulo prefrontal (Portellano y García, 2014). Según, Pardo (2005) las funciones más afectadas son la planificación y las acciones complejas, relacionándose directamente con el deterioro que presentan ambas patologías en la velocidad de procesamiento.

La calidad de vida es un factor que interviene en la percepción subjetiva tanto del estado de vida actual, como en la satisfacción que produce en relación con los objetivos, expectativas e inquietudes personales (OMS, 2012; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). Según la hipótesis 2, las personas con trastorno esquizoafectivo presentan mayor calidad de vida subjetiva respecto a las personas con esquizofrenia. A través de los resultados obtenidos se observa que las personas con trastorno esquizoafectivo presentan mayor calidad de vida en términos generales respecto a las personas con esquizofrenia, por el contrario, en el factor de calidad de vida subjetiva en los que se contempla las diferentes subescalas como salud psicológica, salud general, salud física, ambiente y relaciones sociales, las personas con trastorno esquizoafectivo presentan menor calidad de vida que las personas con trastorno esquizoafectivo. Por lo tanto, la hipótesis 2, es correcta si se entiende como calidad de vida general. En cambio, si contemplamos la calidad de vida con todos los factores que intervienen esta no se cumple.

La esquizofrenia es un trastorno mental severo caracterizado por múltiples factores que afectan en la vida cotidiana de la persona (CIE, 2022). Esto implica que hay factores que actúan como variables extrañas, como se ha comentado anteriormente. Podrían ser factores de riesgo como el consumo de sustancias o factores de protección como la rehabilitación. La hipótesis 3, indica que las personas con esquizofrenia presentan menor rendimiento cognitivo, observándose una disminución significativa en la calidad de vida subjetiva. Se observa a partir del análisis estadístico que no existe correlación entre las variables, por lo que la hipótesis no es cierta. No obstante, encontramos ciertos dominios deteriorados en el trastorno esquizofrénico, que concuerdan con el cuadro clínico y la evolución. Los dominios más deteriorados en la esquizofrenia son la fluidez verbal y la velocidad de procesamiento. Tal como se ha explicado anteriormente, la fluidez verbal se puede ver alterada por distorsiones del pensamiento, perturbaciones en la percepción de la realidad y alteración en el habla (Bermeo-Méndez, 2015; CIE, 2022). Por otro lado, la velocidad de procesamiento, se ha visto relacionada en diversos estudios con la atención y memoria, en consecuencia esta se ha visto más deteriorada en comparación con los otros dominios evaluados, afectando así a un deterioro psicomotor de las personas (CIE, 2022). Por último, la evolución clínica del paciente es un factor predictor del rendimiento cognitivo. Para iniciar una intervención cognitiva, el paciente debe cumplir unos criterios de ingreso, entre ellos, encontramos presentar una autonomía suficiente para realizar los talleres y estar clínicamente estable (CPB, 2022). La muestra seleccionada del estudio presenta estas características, ya que pertenecen al Servicio de Rehabilitación Comunitaria, esto beneficia a que el rendimiento cognitivo se mantenga dentro de la normalidad. Según Alanen (2003), la sintomatología puede evolucionar significativamente, disminuyendo el malestar de la persona o bien puede remitir de forma crónica en diversos grados. Al disminuir el malestar de la persona aumenta

la percepción de calidad de vida subjetiva, por lo tanto, vemos una interrelación entre los diversos factores que influyen en la patología.

El trastorno esquizoafectivo se considera un trastorno complejo debido a la simultaneidad de trastornos (CIE, 2022). La complejidad del cuadro clínico influye en la evolución clínica, al igual que los factores que intervienen en ella. En la hipótesis 4, indica que las personas con trastorno esquizoafectivo presentan menor rendimiento cognitivo, observándose una disminución significativa en la calidad de vida subjetiva. Aunque no exista una correlación significativa entre ambas variables, se observa en comparación al trastorno esquizofrénico un mayor deterioro en el trastorno esquizoafectivo. Los dominios más deteriorados, son aprendizaje verbal inmediato, diferido y velocidad de procesamiento. En los tres dominios se ven principalmente implicados la atención y la memoria, en las cuales también se observa un ligero deterioro en comparación con el trastorno esquizofrénico. La sintomatología que acompaña los diversos episodios que padece una persona con trastorno esquizoafectivo, se puede observar que la atención está influenciada por esta. Por un lado, se observa en el episodio maníaco, irritabilidad, euforia y aumento de alegría (Gomez, 2008). Por lo que se ve alterada la atención de la persona, influyendo en sus actividades diarias. En cambio, en el episodio depresivo se presenta, abulia, anhedonia y ralentizamiento del pensamiento (CIE, 2022). Se observa una alteración en la motivación y en las expectativas de la persona, que afectan al rendimiento cognitivo debido a la disminución de atención y ralentización del pensamiento. Asimismo, la calidad de vida se altera debido a las expectativas e inquietudes personales (OMS, 2012; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). Por lo tanto, podemos concluir que el cuadro clínico y la evolución, influyen en cierta medida en el rendimiento cognitivo y en la calidad de vida subjetiva.

En conclusión, podemos decir que la muestra presenta un rendimiento cognitivo normal, condicionado por diversos factores como la rehabilitación. Así pues, se observa mediante la evaluación del rendimiento cognitivo que los dominios más deteriorados presentan una relación con el cuadro clínico y la evolución de dicha patología.

El envejecimiento es uno de los campos más investigados en el ámbito de la psicología, el deterioro que se presenta debido al paso del tiempo es uno de los grandes enigmas. Se describe en la hipótesis 5 que a medida que aumenta la edad en las personas con psicosis se constata mayor deterioro en el rendimiento cognitivo. Se ha podido observar a partir de la evaluación cognitiva, que el rendimiento cognitivo fluctúa durante las diversas etapas de la vida de las personas con psicosis. Se observa una disminución del rendimiento cognitivo desde los 30 hasta los 40 años. Existe un aumento del rendimiento cognitivo entre los 40 y los 57 años, y a partir de los 58 años se vuelve a producir un deterioro del rendimiento cognitivo. En ambas patologías, en relación a la edad, el dominio cognitivo más alterado es el aprendizaje verbal inmediato y diferido y el más preservado es la fluidez verbal. Esta fluctuación puede estar influenciada por diversos factores de la evolución clínica de la persona. Estos factores pueden ser múltiples brotes psicóticos, alteración de la sintomatología o tratamiento farmacológico, entre muchos otros. De la misma manera que los factores clínicos intervienen alterando el rendimiento cognitivo, hay factores de protección que ayudan a la persona a mantener su estado cognitivo activo y dentro de la normalidad. Por otro lado, la calidad de vida se observa muy fluctuante a lo largo de las diferentes etapas de la vida. No obstante, se observa una mayor calidad de vida entre los 56 y 65 años. Existen tantas evoluciones clínicas como personas padezcan el trastorno. Lo que se intenta explicar es que cada persona se debe adaptar a su patología de la forma en la que la esté viviendo, ya que, está siempre fluctúa debido a la propia evolución de la patología. No obstante, a medida

que pasan los años las personas van creando estrategias personales que les ayudan a convivir con ella de la mejor manera posible. Este es uno de los factores que interviene en el aumento y equidad de la calidad de vida en las personas más adultas. En conclusión, el rendimiento se presenta alterado durante todo el ciclo vital debido al curso clínico de cada persona y todo lo que esto conlleva. Sin embargo, el deterioro cognitivo aumenta en las etapas de edad más avanzadas. Por otro lado, la calidad de vida, queda influenciada por los factores que intervienen tanto en el cuadro clínico como en la evolución de esta, considerándose que a medida que pasan los años las personas crean estrategias para hacer frente a sus dificultades, aumentando así la calidad de vida en las etapas más avanzadas.

En conclusión, la hipótesis general indica que las personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo presentan un menor rendimiento cognitivo, disminuyendo así la calidad de vida subjetiva. Se ha observado a través de los resultados la diversidad de factores que intervienen en la alteración de ambas variables, por lo se cumple la hipótesis general.

### **Limitaciones**

Las limitaciones del presente estudio se centran principalmente en las variables extrañas que presenta la muestra. Los criterios de inclusión fueron descritos para definir y concretar la muestra seleccionada del estudio, intentando controlar las variables que influyen en esta. No obstante, al realizar el estudio se ha observado que la patología se considera una variable extraña. Además, intervienen factores de riesgo, como por ejemplo, consumo de sustancias tóxicas o familia desestructurada. También, factores de protección como por ejemplo rehabilitación o ayudas comunitarias. En el Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), se lleva a cabo la rehabilitación en diversas áreas, entre ellas rehabilitación cognitiva y actividades de la vida diaria. La rehabilitación que llevan a cabo algunas personas del SRC,

influye en los resultados obtenidos del estudio. Por ello, se considera la rehabilitación como una variable extraña, que influye en los resultados obtenidos.

En tercer lugar, se considera una limitación tanto la escasa muestra seleccionada como la diversidad sociodemográfica de esta. Si la muestra fuera obtenida de diversos centros de Barcelona, las características de los pacientes serían diferentes, proporcionando unos resultados más complejos.

En la misma línea, el hecho de no tener grupo control reduce la riqueza de los resultados, ya que no se pueden contrastar los resultados de la evaluación del grupo que no hace rehabilitación con los que sí que la realizan. De esta forma, no ha sido posible observar si realmente existe un deterioro en las personas que no realizan rehabilitación cognitiva y por lo tanto conocer la importancia de esta. Si se obtuvieran resultados entre las personas que realizan rehabilitación y las que no se podrían proponer intervenciones cognitivas más específicas.

En contraposición, el estudio presenta puntos fuertes, como poder entender y evaluar el rendimiento cognitivo y la calidad de vida de los pacientes que realizan rehabilitación, mostrando una clara imagen de su estado actual. Esto suscita a replantearse cuestiones como, tipos de intervención, evaluación, seguimiento, duración, entre muchos otros factores que intervienen en la rehabilitación de una persona con psicosis.

Por último, los resultados de este estudio pueden ser de gran utilidad a nivel clínico, por tal de crear intervenciones más específicas con la muestra empleada, y de esta manera mejorar su rendimiento cognitivo y su calidad de vida en consecuencia.

### **Líneas de futuro**

Tal como destaca Rodríguez-Vidal (2011), la importancia de conocer los factores que afectan negativamente en la calidad de vida de los pacientes con psicosis es fundamental para crear nuevas intervenciones que potencien la calidad de vida de estas personas.

Por ello se apuesta por la continuación del estudio, a fin de conocer las diferencias que existen entre las personas que realizan rehabilitación y las que no lo hacen. Con el objetivo de crear intervenciones cognitivas específicas de mantenimiento y mejora del rendimiento cognitivo en las personas con trastorno esquizofrénico y trastorno esquizoafectivo. Además de conocer los factores que intervienen en la vida de las personas con psicosis, con la finalidad de crear talleres para mejorar la calidad de vida de estas personas, a partir de actividades de la vida diaria, como ejercicio, alimentación, vestuario, entre muchas otras.

### **Conclusiones**

En conclusión, podemos observar que el rendimiento cognitivo y la calidad de vida en las personas con trastorno esquizofrénico y trastorno esquizoafectivo dependen de múltiples factores.

1. Las personas con trastorno esquizoafectivo presentan un ligero deterioro del rendimiento cognitivo en relación a las personas con trastorno esquizofrénico
2. El dominio cognitivo mejor preservado en ambas patologías es la memoria de trabajo. En cambio, el dominio más deteriorado es la velocidad de procesamiento.

2.1 La memoria y la atención influyen altamente en otros dominios cognitivos.

2.2 Los dominios cognitivos más deteriorados están estrechamente relacionados con el cuadro clínico y evolución de la patología en ambos diagnósticos.

3. Existe una diferencia significativa entre la percepción de calidad de vida subjetiva y el total de esta.

3.1 Mayor percepción de calidad de vida en las personas con trastorno esquizoafectivo en comparación a las personas con trastorno esquizofrénico.

3.2 El trastorno esquizofrénico muestra una mayor calidad de vida subjetiva total en comparación al trastorno esquizoafectivo.

4. La calidad de vida subjetiva se ve influenciada por el cuadro clínico y la evolución de la patología.

5. Fluctuación del rendimiento cognitivo y de la calidad de vida a lo largo del ciclo vital.

5.1 Se presenta una deterioró entre los 58 y 65 años en el rendimiento cognitivo.

5.2 Se constata una mejor calidad de vida entre los 58 y 65 años en ambas patologías.

### Referencias Bibliográficas

- Aguado, L. (2001). Aprendizaje y memoria. *Revista de Neurología*, 32(04), 373.  
<https://doi.org/10.33588/rn.3204.2000154>
- Alanen, Y. (2003). *Aspectos generales de la esquizofrenia*. La esquizofrenia (pp. 23–132). Janssen-Cilag.
- Ardila, A., Rodríguez, W., & Labos, E. (2015). Diccionario de neuropsicología:  
<https://www.researchgate.net/publication/268926205>
- Bermeo-Méndez, J. (2015, 1 enero). *Tratamiento de la esquizofrenia en el primer episodio psicótico. Revisión de la literatura | Revista de Medicina e Investigación*. ELSEVIER.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-tratamiento-esquizofrenia-el-primer-episodio-S2214310615000242>
- Bilder, R. M et al. (2000). *Neuropsychology of first-episode schizophrenia: Initial characterization and clinical correlates*. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 549–559. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.549>
- Boyer, P., Phillips, J. L., Rousseau, F. L., & Ilivitsky, S. (2007). *Hippocampal abnormalities and memory deficits: New evidence of a strong pathophysiological link in schizophrenia*. *Brain Research Reviews*, 54(1), 92–112.  
<https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2006.12.00>
- Carlson, N. R., y Birkett, M. A. (2018). *Fisiología de la conducta* (1.a ed.). Pearson.
- Carvalho, N. R. D., & Costa, I. I. D. (2008). *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares*. *Psicologia Clínica*, 20(1), 153–164.  
<https://doi.org/10.1590/s0103-56652008000100010>
- Castaño Ramírez, O. M., Martínez Ramírez, Y. A., Marulanda Mejía, F., Díaz Cabezas, R., Valderrama Sánchez, L. A., Varela Cifuentes, V., & Aguirre Acevedo, D. C. (2015). Validación de la escala para cribar alteración cognitiva en psiquiatría (SCIP–S) en

pacientes con trastorno bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 20–27.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.08.002>

Cavieres F., A., y Valdebenito V., M. (2005). *Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(2).  
<https://doi.org/10.4067/s0717-92272005000200003>

Centre de Psicoteràpia de Barcelona. (2019, febrero). *Pla funcional: Servei de Rehabilitació Comunitària «Dreta de l'Eixample»* (N.º 05). CPB.

*CIE-11 : Clasificación Internacional de Enfermedades : estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud* (11a edición). (2022). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

DeLisi, L. E., Szulc, K. U., Bertisch, H. C., Majcher, M., et al. (2006). *Understanding structural brain changes in schizophrenia*. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 8(1), 71-78.

García, M. A., Moya, L. M., & Quijano, M. C. (2015). Cognitive performance and the quality of life in older adults participating in a group of seniors. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398–403. <https://doi.org/10.22379/2422402258>

Gomez, A. (2008, junio). *Enfermedad bipolar: Clínica y etiopatogenia*. Elsevier.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13123518>

Gouzoulis-Mayfrank, D., Voss, T., Mörth, D., Thelen, B., Spitzer, M., Meincke U. (2003). *Semantic hyperpriming in thought - disordered patients with schizophrenia: state or trait? A longitudinal investigation*. *Schizophrenia Research*. 2003; 65-73.

Guilera, G., Pino, O., Gómez-Benito, J., Rojo, J. E., Vieta, E., Tabarés-Seisdedos, R., Segarra, N., Martínez-Arán, A., Franco, M., Cuesta, M. J., Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Purdon, S. E., Díez, T., & Rojas, J. (2009). Clinical usefulness of the screen for cognitive impairment in psychiatry (SCIP-S) scale in patients with type I

- bipolar disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1).  
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-28>
- Iñiguez, L. Y. (2019, 31 enero). *Repositorio Universidad de Guayaquil: Deterioro cognitivo y su relación con la esquizofrenia, medido por SCIP-S*. Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/37852>
- Jarne, A., y Talam, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica*. (2.<sup>a</sup> ed.). Herder Editorial.
- Lahera, G., Ruiz, A., Brañas, A., Vicents, M., & Orozco, A. (2017, 7 julio). *Tiempo de reacción, velocidad de procesamiento y atención sostenida en esquizofrenia: impacto sobre el funcionamiento social*. ELSEVIER.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989117300691>
- Lermanda S, V., Holmgren G, D., Soto-Aguilar B, F., & Sapag S, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo: ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 46–60. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272013000100007>
- Lozano, C., Lyda, M., y Acosta, R. (2009). *Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia*. *Revista Med*, 17(1), 87–94. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91020345013>
- Martin, M., Secades, R., López-Goñi, J., & Tirapu, J. (2017). Empathy, social cognition and subjective quality of life in schizophrenia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(2), 211–219. <https://doi.org/10.23938/assn.0025>
- Mental Health and Substance Use. (2012, 1 marzo). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- Miller JN, Black DW. Schizoaffective disorder: A review. *Ann Clin Psychiatry*. 2019 Feb;31(1):47-53. PMID: 30699217.
- Miret, S., Fatjo-Vilas, M., Peralta, V., & Fañanas, L. (2016). *Síntomas básicos en la*

*esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación*. ELSEVIER.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989115001925>

Mondragón-Maya, A., Flores-Medina, Y., Ramos-Mastache, D., Vales, M. R., Olivares Neumann, J. L., Escamilla-Orozco, R., & Saracco-Álvarez, R. (2019). Processing speed differences between schizophrenia and schizoaffective disorder: A pilot study. *Psiquiatria Danubina*, 31(3), 355–357. <https://doi.org/10.24869/psyd.2019.355>

Rodríguez-Vidal, M. (2011). *Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos*. Scielo.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972011000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100006)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Esquizofrenia*. Recuperat de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Owoso A., Carter, C. S., Gold J. M., MacDonald, A. W., Ragland, J. D., Silverstein, S. M., et al.(2013). Cognition in schizophrenia and schizoaffective disorder: impairments that are more similar than different. *Psychol Med*, 43(12), 2535–45.

Pardo, V. (2005). *Trastornos cognitivos en la esquizofrenia*. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 69(1), 71–83. [http://spu.org.uy/revista/jun2005/04\\_edm\\_02.pdf](http://spu.org.uy/revista/jun2005/04_edm_02.pdf)

Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J. y Purdon, S. E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: TEA Ediciones.

Portellano Pérez, J. A., & García Alba, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, memoria y funciones ejecutivas*. Editorial síntesis: Madrid-España.

Sánchez, R., Téllez, G., & Jaramillo, L. E. (2012). Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico. *Biomédica*, 32(2). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v32i2.423>

Sanz, D et al., (2012). Teoría de la mente en esquizofrenia: su relación con síntomas positivos y negativos. *Introducción a las experiencias en redes de atención*, 46(10), 393-403. [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Rebolleda-Gil/publication/318815517\\_Ex](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Rebolleda-Gil/publication/318815517_Ex)

periencias\_en\_redes\_de\_atencion/links/59803189458515687b4f9cdb/Experiencias-en-redes-de-atencion.pdf#page=105

Schultze-Lutter, F. (2009, 1 enero). *Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept*. OUP Academic.

<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/35/1/5/1929205>

Servat P., M., Lehmann S., Y., Harari A., K., Gajardo I., L., y Eva C., P. (2005). *Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 43(3), 210–216. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272005000300005>

Soriano, M. F., Jiménez, J. F., & Martínez, R. (2004). *Cognitive distortions in Schizophrenia: Beyond basic research*. Cuadernos Psiquiatría Comunitaria, 4(2), 131–145. <https://www.researchgate.net/publication/28303165>

Stagnaro, J. C. (2003). *Síntomas tempranos y prodrómicos de la esquizofrenia*. Vertex, XIII(53), 199–206. <http://editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex53.pdf#page=34>

Stip, E., Sepehry, A. A., Prouteau, A., Briand, C., Nicole, L., Lalonde, P., & Lesage, A. (2005). Cognitive discernible factors between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Brain and Cognition*, 59(3), 292–295. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2005.07.003>

Thompson, P. M., Vidal, C., Giedd, J.N., Gochman, P., et al. (2001) *Mapping adolescent brain change reveals a dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early onset schizophrenia*. *Proceedings of the National Academy of Science, USA*, 98, 11650-11655.

Toro, M., & Andres, S. (2020). *Esquizofrenia y alteraciones del lenguaje: Revisión integrativa*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7839430>

Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61–71. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>

Velazco, Y., Quintana, I., Caridad, M., Alfonso, A., y Zamora, E. (2018). *Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso*. Revista Médica Electrónica, 40(4), 1–9.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000400022](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022)

Zegers, O. D. (2010). Esquizofrenia, lenguaje y evolución. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(1), 1-7.

Anexo

**Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - Spanish Version (SCIP-S) (F1)**

**AV-I. Aprendizaje verbal inmediato**

Instrucciones: en cada uno de los 3 ensayos lea en voz alta la lista de 10 palabras con un intervalo de unos 3 segundos entre palabras. Después pida al evaluado que diga todas las palabras que recuerde, sin importar el orden. Registre cuantas palabras ha recordado en cada ensayo. Después de que el evaluado haya recordado todas las palabras que pueda, diga: "Trate de recordar estas palabras lo mejor que pueda porque voy a pedirle la lista otra vez dentro de algunos minutos"

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1											→ → → =
E2											
E3											

Intrusiones	Perseveraciones											
E1	E1	<input type="radio"/>	=									
E2	E2	<input type="radio"/>	AV-I									
E3	E3	<input type="radio"/>										

**Memoria de Trabajo (MT)**

Instrucciones: Lea cada una de las triadas y pida al evaluado que las repita. A partir de la tercera triada introduzca una tarea de interferencia consistente en que el evaluado cuente hacia atrás a partir del número que se indica (columna "inicio" de la tarea de interferencia). La tarea de interferencia tiene una duración distinta en cada ítem, indicada en la columna "Demora" (3, 9 o 18 segs)

Tarea de interferencia				Tarea de interferencia					
Estímulo	Inicio	Demora (seg)	Respuesta	PD	Estímulo	Inicio	Demora (seg)	Respuesta	PD
Q - L - X					F - X - B	53	3		
H - J - T					J - C - N	46	9		
X - C - P	94	18			B - G - Q	117	18		
N - D - J	109	9			K - M - C	48	3		

TOTAL (PD)	
MT	

**Fluidez verbal (FV)**

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como pueda que empiecen por la letra que se indica en cada uno de los 2 ensayos (letra estímulo). El evaluado dispone de 30 segundos en cada ensayo.

Estímulo C

---

Estímulo L

TOTAL C	+	TOTAL L	=	
				FV

Intrusiones	/	
Perseveraciones	/	

**Aprendizaje verbal diferido (AV-D)**

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como recuerde de las que se leyeron en la prueba AV-D. No las lea otra vez.

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1											AV-D
Intrusiones											
E1 =	E1	<input type="radio"/>									

**Velocidad de procesamiento (VP)**

Instrucciones: Pida al evaluado que traduzca a código Morse lo más rápido posible las letras que aparecen en cada casilla. Dispone de una tabla de correspondencias en la parte superior. La prueba tiene varios elementos de entrenamiento (sombreados).

	A	V	C	U	G	Y
	. -	. . . -	- . - .	. . -	- - .	- . - -

Practice						Test			
G	U	C	Y	A	V	C	A	G	TOTAL
V	Y	U	G	U	A	Y	C	V	
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V	
U	G	A	V	C	G	A	V	Y	

VP	
----	--

**Cuestionario de valoración subjetiva de la Calidad de Vida  
(WHOQOL-BREF)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<u>AREAS</u>	Puntuación	P. anterior (      )
• <b>Calidad de vida global</b> (ítem 1) _____	_____	_____
• Salud general (ítem 2) _____	_____	_____
• Salud física (ítems 3, 4, 10,15, 17,18) _____	_____	_____
• Salud psicológica (ítems 5, 6, 7, 8,11, 14, 16, 19, 27) _____	_____	_____
• Relaciones sociales (ítems 20, 21, 22, 23) _____	_____	_____
• Ambiente / entorno (ítems, 9, 12, 13, 24, 25,26) _____	_____	_____
• <b>Puntuación media global</b> _____	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

INTERPRETACION (Valoración subjetiva de la calidad de vida)

A mayor puntuación mayor calidad de vida.

**Marca con un círculo la respuesta que creas más adecuada**

1. ¿Cómo valoras en general tu calidad de vida en cuanto a tu salud, relaciones sociales, autoestima, entorno social?

Muy mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

2. ¿En que medida te sientes satisfecho con tu salud en general?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

3. ¿Tu salud física te permite llevar una vida normal?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

4. Aparte de la medicación psiquiátrica, ¿necesitas algún otro tipo de tratamiento para poder llevar una vida normal?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
5	4	3	2	1

5. ¿Estás satisfecho con el tipo de vida que llevas?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

6. ¿Le encuentras sentido a las actividades que realizas en tu vida diaria?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

7. ¿Te resulta fácil mantener la atención y concentración en las diferentes actividades que realizas durante el día?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

8. ¿Te sientes seguro en el lugar en el que vives y con las personas de tu entorno (familia, amigos, vecinos..)?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

9. ¿Te resulta saludable el lugar en el que vives, casa, barrio, ciudad..?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

10. ¿Te sientes con suficiente energía física para realizar tus actividades diarias?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

11. ¿Cuidas tu aspecto físico, higiene, ropa..?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

12. ¿Dispones del dinero suficiente para tus gastos diarios?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

13. ¿Te resulta fácil acceder a la información que puedas necesitar?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

14. ¿Realizas actividades de ocio, (leer, ver la tele, escuchar música, ir al cine, pasatiempos varios)?

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

Responde ahora en que medida estás satisfecho con los siguientes aspectos de tu vida:

15. Con la capacidad de desplazarte por tus propios medios de un lugar a otro

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

16. Con el descanso nocturno (despertarte descansado).

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

17. Con tu capacidad física para realizar las actividades de la vida diaria (levantarte, vestirse, asearte, caminar..)

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

18. Con tu capacidad para realizar una actividad física de manera continuada (ejercicio, deporte..)

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

19. Contigo mismo

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

20. Con tus relaciones familiares

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

21. Con tus relaciones sociales (amigos, compañeros, conocidos)

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

22. Con tu vida sexual.

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

23. Con el apoyo que recibes de tus amigos

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

24. Con el lugar en el que vives

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

25. Con la asistencia sanitaria (médicos, psiquiatras, psicólogos..)

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

26. Con los medios de transporte que utilizas (metro, autobús, tren, coche,..).

Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

27. ¿Con que frecuencia, en las últimas 2 semanas, has tenido sentimientos negativos como mal humor, desespero, ansiedad, depresión,..?

Nunca	Algunas veces	Frecuentem.	Muy frecuentem.	Siempre
5	4	3	2	1

Gracias por tu colaboración

**MODEL DE FULL D'INFORMACIÓ AL/A LA PACIENT I DOCUMENT DE  
CONSENTIMENT INFORMAT ESTUDI**

**FULL D'INFORMACIÓ AL / A LA PACIENT (FIP)**

Títol de l'estudi	Avaluació de les funcions cognitives i qualitat de vida en persones adultes amb esquizofrènia
Investigador/a principal	Jana Jiménez Abdellaoui
Servei i/o Centre	Servei de Rehabilitació Comunitària Dreta Eixample
Telèfon de contacte	634539257

**Presentació**

Us informem sobre un estudi de recerca en el qual us convidem a participar.

La nostra intenció és que tingueu la informació suficient per poder decidir si voleu participar o no en l'estudi. En aquest document us expliquem la finalitat de l'estudi i què implica participar-hi. Llegiu aquest full informatiu amb atenció i preneu tot el temps que necessiteu. L'equip investigador està a la vostra disposició per aclarir-vos tots els dubtes o respondre a totes les preguntes relacionades amb l'estudi que puguin sorgir. A més podeu consultar-ho amb el vostre metge, la vostra metgessa, familiars o amb qui ho considereu oportú abans de prendre la decisió.

**Per què se'm convida a participar-hi?**

Us convidem a participar en aquest estudi per tal d'avaluar les funcions cognitives i qualitat de vida en persones adultes amb esquizofrènia.

**Estic obligat/da a participar en l'estudi?**

No. La participació en aquest estudi és totalment voluntària i podeu decidir no participar-hi. Si decidiu participar-hi podeu canviar la vostra decisió en qualsevol moment, sense donar explicacions, i retirar el vostre consentiment. En cap cas això repercutirà en l'atenció que rebeu ni en la relació amb el vostre metge-metgessa o l'equip que us atén al centre.

En cas que decidiu retirar-vos de l'estudi, no es recollirà informació nova sobre les vostres dades després que hagueu retirat el vostre consentiment, però sí que s'utilitzarà la informació que s'hagués recollit anteriorment.

**Per què es fa aquest estudi?**

L'objectiu d'aquest estudi es avaluar la relació entre les funcions cognitives i la qualitat de vida, per futures d'investigacions, poder desenvolupar nous programes de rehabilitació. Es tracta d'un Treball de Final de Grau en Psicologia, on posteriorment es presenta en un tribunal universitari. No es presenta cap dada identificativa en el treball ni en la defensa.

**Com es farà l'estudi? Què s'espera de mi?**

Un cop hagueu donat el vostre consentiment, l'equip investigador iniciarà la recollida de les dades clíniques necessàries per a l'estudi que estan registrades en la vostra història clínica. Durant l'estudi rebreu l'atenció mèdica habitual i no es farà cap prova extra ni tampoc haureu de visitar el vostre metge-metgessa per raó d'aquest estudi.

Les dades que es recolliran seran: dades personals (edat i sexe), sobre la vostra malaltia (diagnòstic), sobre el tractament (activitats, període d'ingrés i resultats dels tests psicomètric)

Es vol recollir informació de com a mínim 37 usuaris/pacients de Servei de Rehabilitació Comunitària Dreta Eixample en un període de dues setmanes.

**Hi ha riscos associats a aquest estudi?**

No hi han riscos associats a l'estudi.

**Participar en aquest estudi em comportarà beneficis?**

Aquest estudi no us aportarà cap benefici directe, però amb la vostra participació contribuïu a ampliar els coneixements sobre la relació de les funcions cognitives i la qualitat de vida per tal de millorar la qualitat de vida a les persones malaltes d'esquizofrènia.

**Hi ha alguna compensació econòmica per participar en l'estudi?**

No, aquest estudi no requereix visites extres o esforços extres per part vostra, per la qual cosa no hi haurà cap compensació econòmica per participar en l'estudi.

Us informem que:

- Ni el Centre, ni la Universitat ni les persones investigadores rebran cap compensació econòmica per fer l'estudi.

**Cóm es protegirà la meva identitat i la meva informació sanitària?**

Per protegir la vostra identitat, el vostre nom no estarà en cap moment associat a les vostres dades clíniques. Substituirem el vostre nom per un codi numèric per poder identificar-lo (dades codificades). El document que relacioni el vostre nom amb el codi numèric quedarà arxivat en un entorn segur en el Centre amb un accés restringit. Les vostre dades estaran protegides contra l'accés no autoritzat. Tindran accés a les vostres dades personals els/les professionals del Centre que participen en l'estudi i les autoritats sanitàries; totes elles estan obligades a mantenir la confidencialitat.

S'utilitzaran les dades codificades per fer les anàlisis pertinents per a l'obtenció dels resultats de l'estudi. En cas que els resultats de l'estudi es publiquin o es presentin a congressos, jornades, etc. no es vincularan en cap moment amb la identitat de les persones participants.

**Dades de contacte del Delegat de Protecció de Dades**

Les dades de contacte del Delegat de Protecció de Dades són les següents:

Adreça electrònica: [dpo@cpbssm.org](mailto:dpo@cpbssm.org)

**Informació relativa al tractament de dades personals**

Centre de Psicoteràpia de Barcelona amb NIF A-08661977 i domicili Mare de Déu del Coll 20 08023, Barcelona com a responsable del tractament de les seves dades, i en compliment del que estableix l'article 13 Reglament UE 2016/679 del Parlament i del Consell de 27 d'abril, relatiu a la protecció de dades de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades (RGPD) l'informa que les mateixes seran tractades amb la finalitat de realitzar l'estudi d'Avaluació de les funcions cognitives i qualitat de vida en persones adultes amb esquizofrènia.

La base legitimadora pel tractament de les seves dades resideix en el que estableix l'article 6.1a) i, donat que es tractaran dades de salut, també en el que estableix l'article 9.2a) RGPD. Això és, les seves dades seran tractades en virtut del seu consentiment el qual es recull en aquest acte.

Les seves dades seran conservades durant tota la durada del projecte d'investigació, aplicant criteris de codificació anteriorment mencionats. Un cop finalitzat l'estudi, les dades recollides per l'estudi així com el present Consentiment Informat seran conservades per un termini mínim de 15 anys en aplicació del que estableix la legislació sanitària aplicable (Llei 21/2000, d'autonomia del pacient). Addicionalment, les dades recollides per a la realització de l'estudi podran ser conservades per terminis superiors en funció de la matèria de l'estudi. En cas que vostè retiri el seu consentiment, la revocació no afectarà als tractaments realitzats abans de que es produeixi aquesta i a partir de la revocació es deixaran de tractar les seves dades.

Les seves dades no seran comunicades a tercers tret d'aquells casos en que sobre el responsable del tractament recaigui obligació legal, com podria ser comunicacions de dades a autoritats sanitàries i administracions públiques competents. Les seves dades no seran transferides a entitats o organitzacions ubicades fora de l'Espai Econòmic Europeu.

Vostè té dret a exercir el seus drets d'accés, rectificació, oposició, supressió, limitació del tractament així com retriari el consentiment prestat en qualsevol moment mitjançant l'enviament de comunicació escrita a l'adreça postal del responsable del tractament o bé mitjançant correu electrònic dirigit al delegat de protecció de dades ([dpo@cpbssm.org](mailto:dpo@cpbssm.org)). En ambdós casos se li sol·licita que adjunti fotocòpia del seu DNI o document equivalent acreditatiu de la seva identitat.

Per últim, l'informem que en cas que vostè consideri que els seus drets han estat vulnerats té l'opció de presentar una reclamació front l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades ([https://apdcat.gencat.cat/ca/drets\\_i\\_obligacions/reclamar\\_i\\_denunciar/](https://apdcat.gencat.cat/ca/drets_i_obligacions/reclamar_i_denunciar/)).

**CONSENTIMENT INFORMAT (CI)****Avaluació de funcions cognitives i qualitat de vida en persones adultes amb esquizofrènia**

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, confirmo que:

- He llegit i entès el Full d'Informació al / a la Pacient que se m'ha proporcionat sobre l'estudi;
- M'han explicat els procediments de l'estudi i he tingut temps suficient per fer preguntes i obtenir respostes satisfactòries;
- Entenc que la meua participació és voluntària i que soc lliure de retirar el meu consentiment en qualsevol moment, sense donar explicacions, i sense que es vegin afectats la meua assistència mèdica o els meus drets legals.
- Dono permís a l'equip investigador perquè tractin les meves dades tal com es descriu en el Full d'Informació al / a la Pacient.

Entenc que rebré una còpia signada i datada d'aquest document de Consentiment Informat. Aquest consentiment és vàlid, tret que el retiri i fins a aquest moment

Nom del/de la pacient	Signatura	Data
Nom investigador-a que obté el CI	Signatura	Data
Jana Jiménez Abdellaoui		
Nom representant legal/ familiar/ testimoni	Signatura	Data

**Declaración de autoría**

Declaro que este trabajo es original y ha sido realizado por mi misma, sin haber utilizado otras fuentes o ayudas diferentes a las referidas. También he señalado la procedencia de los fragmentos literales, o de contenido, que he tomado de terceros.

Barcelona, 24 de Mayo del 2022

*Jana Jiménez Abdellaoui*