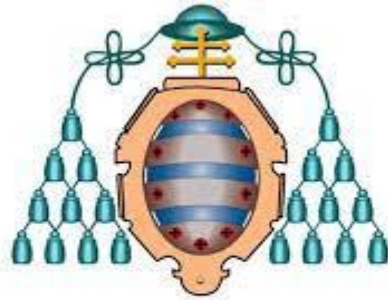


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

GRADO EN PSICOLOGÍA
CURSO ACADÉMICO 2020/2021

**Indicadores autoinformados y cognitivos de psicosis en un
grupo de riesgo**

**Self-reported and cognitive indicators of psychosis in a risk
group**

(Modalidad empírica)

ALUMNA: Carlota Coppen Suárez

Oviedo, junio 2021

INDICE

Introducción	página 3
- Síntomas psicóticos	
- Etapa prodrómica	
- Disfunciones cognitivas	
Objetivos	página 9
Hipótesis	página 9
Método	página 10
- Muestra	
- Instrumentos de medida	
- Análisis de datos	
- Resultados	
○ Estadísticos descriptivos	
○ Relación entre las medidas psicológicas autoinformadas de riesgo de psicosis.	
○ Relación entre las medidas resultantes de los tests neuropsicológicos.	
○ Relación entre las medidas psicológicas de riesgo autoinformadas y las variables neuropsicológicas.	
○ Relación global entre ambos tipos de variables. Resultados del análisis de Correlación canónica.	
Discusión y conclusiones	página 23
Bibliografía	página 26

RESUMEN:

La psicosis es un trastorno cuyos signos y síntomas afectan no solo a nivel conductual, sino también funcional, y es por ello por lo que la detección temprana es fundamental. En este estudio se pretende analizar variables, tanto de riesgo (como esquizotipia, pródromos o funcionamiento global) como neuropsicológicas (funciones básicas como la atención o la velocidad de procesamiento) en un grupo de riesgo de 27 adolescentes, para poder analizarlas y explicarlas. Se han encontrado correlaciones entre dichas variables, y los resultados indican que efectivamente las personas con riesgo de padecer este trastorno poseen ciertas características, tanto comportamentales como neuropsicológicas que se pueden detectar e intervenir a tiempo.

Palabras clave: psicosis, pródromos, déficits neuropsicológicos, riesgo, adolescencia.

ABSTRACT:

Psychosis is a disorder whose signs and symptoms affect not only behavioral, but also functional, and that is why early detection is essential. This study aims to analyze variables, both risk (such as schizotypy, prodromal or global functioning) and neuropsychological (basic functions such as attention or processing speed) in a risk group of 27 adolescents, in order to analyze and explain them. Correlations have been found between these variables, and the results indicate that indeed people at risk of suffering from this disorder have certain characteristics, both behavioral and neuropsychological, that can be detected and intervened in time.

Keywords: psychosis, prodrome, neuropsychological deficits, risk, adolescence.

1. INTRODUCCIÓN

Habitualmente la psicosis se define como un estado clínico, representado principalmente por la pérdida de contacto con la realidad. Según la CIE-10 (OMS, 2018) (Clasificación Internacional de Enfermedades), el término psicosis hace referencia a un “trastorno mental importante caracterizado por la presencia de alucinaciones, delirios o un número limitado de trastornos graves del comportamiento, tales como hiperactividad y excitación, inhibición psicomotriz marcada y comportamiento catatónico”.

Básicamente, se caracteriza por alterar funciones básicas relativas al ser humano, y según la naturaleza de los síntomas que predominen se pueden diferenciar varias formas clínicas de psicosis. Hay que tener en cuenta que habitualmente no es una condición clínica estable, sino que varía en función de la persona que la sufre (Arciniegas, 2015). Cuando esos síntomas característicos vuelven a aparecer, o se reactivan, se considera que la persona está sufriendo un "episodio o brote psicótico".

Los síntomas que tradicionalmente vienen siendo considerados centrales de la psicosis son los **síntomas positivos** (alucinaciones auditivas y delirios) (Castro-Fernández et al., 2015) y **negativos** (deterioro del funcionamiento normal en cuanto a las emociones, aparición de creencias extrañas, experiencias perceptivas no habituales) (Freudenreich, Brown y Holt, 2017). La presencia de síntomas negativos se suele asociar a un peor pronóstico en cuanto al trastorno psicótico, y existen instrumentos para medir ambos, como la *Evaluación de Síntomas Negativos-16 (NAS-16)* (García-Álvarez et al., 2018) o la *Escala de Evaluación de Síntomas Positivos (SANS)* (García-Valencia et al., 2013).

Los síntomas y signos que caracterizan a la psicosis en ocasiones se presentan en población normal no clínica de forma muy sutil, y cuesta distinguirlos del estado habitual (Heckers et al., 2013), aunque también hay que tener en cuenta que experimentar dichos síntomas, no significa inevitablemente que se presente el trastorno en sí (van Os, 2008), aunque sí son indicativos de una condición de riesgo.

Se han encontrado diferencias significativas relativas al género en algunas de estas expresiones más leves de los síntomas psicóticos, y lo que se demuestra es que las mujeres presentan unos niveles más elevados de síntomas positivos, mientras que pasa lo contrario con los hombres: éstos presentan más síntomas negativos (Fonseca-Pedrero et al., 2008).

Teniendo en cuenta el curso del trastorno desde su inicio, generalmente se pueden distinguir **tres estadios** principales de la psicosis. El primero se corresponde con la conocida como “fase prodrómica”, caracterizada por una duración entre 2 y 5 años incluso, y donde se presentan los llamados síntomas prodrómicos, esto es, estado donde los cambios conductuales son aparentes, pero la psicosis como tal todavía no ha emergido; alguno de los pródromos son: trastornos del estado del ánimo, síntomas neuróticos como ansiedad, cambios cognitivos e incluso síntomas físicos, como pérdida de sueño o apetito, o características como el aislamiento social o la desconfianza y susceptibilidad. (Vallina et al., 2012).

Posteriormente aparece el primer episodio psicótico, la “fase aguda”, donde aparecen las características fundamentales de la psicosis: alucinaciones, alteraciones de conducta y desorganización del pensamiento; y por último, está la “fase de recuperación”, o residual, donde el funcionamiento global del individuo vuelve a un estado normal, al estado previo a la fase prodrómica (Rebolleda y Soladana, 2008).

En la etapa pródrómica es frecuente también que aparezcan los llamados **síntomas psicóticos atenuados**, definidos como expresiones, más leves, sutiles, de los propios síntomas psicóticos. Estas manifestaciones se pueden prolongar durante varios meses, e incluso pueden llegar a durar años en algunos casos, dependiendo de la trascendencia y los rasgos característicos de dichos síntomas (Shapiro et al, 2011). Algunos estudios revelan que la edad suele ser un componente determinante a la hora de la aparición de estos síntomas atenuados referidos a la psicosis: generalmente cuanto más joven es el individuo, posee un mayor indicio de experiencias psicóticas en comparación con otros pares de mayor edad (Fonseca-Pedrero et al., 2009).

El análisis de la fase prodrómica es fundamental para especificar los probables marcadores de riesgo, teniendo en cuenta de que puede resultar primordial a la hora de optimizar los resultados a largo plazo, puesto que se puede llegar a minimizar la durabilidad de la enfermedad (Ramella y Raballo, 2015).

Para medir y evaluar estos síntomas prodrómicos se pueden utilizar diferentes tests y escalas, como por ejemplo el *Cuestionario Prodrómico (PQ-B)* (Loewy et al., 2005), una medida autoinformada utilizada para detectar el riesgo de psicosis, o la *Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS)*, compuesta por la *Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS)* (Lemos et al., 2006), un cuestionario personal sobre antecedentes familiares y una versión de la escala *Global Assessment of Functioning (GAF)*, y cuyo objetivo es valorar los tres síndromes prodrómicos principales de la psicosis (Lemos et al., 2006).

También relacionado con el riesgo de psicosis está el constructo denominado **esquizotipia**. A lo largo del tiempo ha tenido diferentes acepciones, ya sea relacionándola directamente con la esquizofrenia, y considerándola una expresión atenuada de la misma, o más enfocada a considerarla como un factor de vulnerabilidad de la psicosis (Fonseca-Pedrero et al., 2010) en función de cómo se manifieste: como “bienestar”, caracterizada por creatividad, espiritualidad, e incluso pensamiento divergente, o como trastorno, siendo influida por los acontecimientos vitales del individuo y el contexto ambiental en el que se encuentra (Alminhana et al., 2020). En general la podemos calificar como una característica propia de ciertas personalidades, que llegado el momento podría llegar a evolucionar hacia el trastorno psicótico (Fonseca-Pedrero et al., 2010). Uno de los instrumentos para poder evaluar estos síntomas esquizotípicos es el *ESQUIZO-Q - Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia* (Fonseca-Pedrero et al., 2010).

Los **síntomas básicos**, también estudiados como características de riesgo, son quejas subjetivas referidas a las deficiencias cognitivas que sufren los pacientes psicóticos (Zorita et al., 1995). Suelen ser difíciles de describir para la persona que las padece al ser anómalas, y normalmente es el primer indicio subjetivo del trastorno, aunque puede darse en todas las etapas, desde la fase de pródromos, hasta el primer episodio psicótico en sí (Miret et al., 2016).

Para poder evaluarlos, se han creado diferentes instrumentos, como por ejemplo el *Frankfurt-Pamplona Subjective Experience Scale (EEFP)* (Zorita et al., 1995), la *Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos* o la *Escala de Síntomas Subclínicos* (Zorita et al., 1995).

Algunos autores han definido la **autoconciencia** de diferentes formas, pero coinciden en la distinción entre uno mismo y la conciencia del mundo externo, así como la conciencia de identidad y la perspectiva de primera persona (Valle y Perales, 2019). Normalmente se puede observar en los individuos que padecen trastornos psicóticos la presencia de fenómenos de despersonalización. Son ideas que aparecen cuando el estado emocional normal se ve alterado, como por ejemplo en situaciones de sobrecarga, circunstancias nuevas, o cambios personales (como puede ser el paso de niño a adolescente), y por supuesto también se manifiestan en diferentes trastornos (Senín-Calderón, 2016).

Estas alteraciones generalmente también se presentan en la fase prodrómica del trastorno, precediendo al episodio de psicosis clínica como tal, y suele ir disminuyendo su aparición a medida que las fases principales del trastorno se van convirtiendo en crónicas (Luque-Luque et al., 2016).

Uno de los instrumentos que se utiliza para evaluar alteraciones de la conciencia del “yo” es el *Self-experience Lifetime Frequency Scale* (Heering et al., 2016), formado por dos componentes: *Autoconciencia alterada* y *Síntomas de despersonalización*. También existe otra medida de autoinforme, el *Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE* (Carver, 1997), compuesta por 28 ítems que miden la capacidad del individuo para gestionar situaciones adaptativas y desadaptativas (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Las psicosis no se reduce solo a los síntomas, sino que también guarda relación con la capacidad cognitiva de los individuos al verse afectada, creándose así déficits o **disfunciones cognitivas** que suponen una característica central de este trastorno, y se convierten en marcadores de riesgo.

Estos fallos funcionales también suelen aparecer antes que los síntomas psicóticos, lo que los convierte en un marcador, una alerta que sugiere un desarrollo neurológico anormal, que más adelante se traducirá en limitaciones funcionales, afectando a competencias como la velocidad de procesamiento y fluidez verbal, así como el comportamiento social (Sheffield y Barch, 2016), los procesos atencionales, de razonamiento y solución de problemas o la memoria visual y de trabajo (Mingote et al., 2007).

Estos marcadores de riesgo, son los déficits que afectan a ciertas capacidades cognitivas básicas tales como la atención y la memoria, y que a su vez, al verse perjudicadas interfieren con el rendimiento óptimos de otras funciones como la planificación ejecutiva, la percepción y el desarrollo social (Cavieres y Valdebenito, 2005), lo que obviamente provoca una de las situaciones características de los individuos psicóticos: mal funcionamiento o deterioro psicosocial (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020).

Pero estas funciones no son las únicas en verse afectadas, sino que el mal rendimiento cognitivo, ya sea de forma directa o indirecta, también afecta a la concentración y a la memoria (sobre todo la visual), así como al aprendizaje de nuevas destrezas (Cavieres y Valdebenito, 2005) como por ejemplo en lecto-escritura, que pueden dar lugar a alteraciones en el óptimo desarrollo del lenguaje, e incluso mutismo selectivo (Tizón et al., 2008).

Todo esto se puede resumir en los llamados **déficits funcionales**, que son aquellos que limitan las actividades del día a día, como el autocuidado, la comunicación interpersonal, los ciclos del sueño (entre otras), así como el funcionamiento social adecuado, la resiliencia, o capacidad de adaptación ante situaciones novedosas, y la concentración y perseverancia en las tareas o el trabajo (Mingote et al., 2007).

Por otro lado, la posibilidad de desarrollar un trastorno psicótico no es algo que se produzca meramente al azar, sino que, con la presencia de ciertas características, ya sean biológicas/genéticas o ambientales, pueden llegar a provocar su aparición. La investigación ha permitido identificar ciertos **factores de riesgo**, como por ejemplo el abuso de sustancias tóxicas (cannabis, alcohol, y otras drogas).

Existen ciertas teorías, como el modelo de “diátesis- estrés”, también conocido como “vulnerabilidad-estrés” (Zubin y Spring, 1977), que afirma que puede haber ciertos individuos con una predisposición genética para padecer los síntomas clásicos de la psicosis cuando se exponen a condiciones ambientales que pueden ser desencadenantes. Esto supone que debe haber una interacción entre el ambiente, donde se encuentran esos factores detonantes, y la genética del individuo (Antía Brañas, 2019).

Por lo general, se ha encontrado que las personas que padecen este trastorno suelen utilizar más estrategias para afrontar las situaciones estresantes centradas en las emociones, en vez de utilizar una forma de control más sana (MacDonald et al, 1998). Sin embargo, aquellos que utilizan fórmulas centradas en el problema en sí, resultan provechosas y parece que ayudan a mitigar el impacto de la vulnerabilidad asociada a este estrés (Pruessner et al, 2011).

2. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta el marco actual de la detección temprana de psicosis, mencionado en el apartado anterior, el objetivo general de este trabajo es tratar de realizar un perfil de las características psicológicas y del funcionamiento cognitivo del riesgo de psicosis de una muestra de adolescentes considerada ya un “grupo de riesgo” atendiendo a sus características psico-sociológicas (pertenecientes a un centro educativo de menores de riesgo o derivados a una unidad de salud mental infanto-juvenil) (*ver Participantes*).

Los objetivos específicos son:

1) Mediante el uso de autoinformes, explorar en dicho grupo de riesgo teórico, la prevalencia de características consideradas de riesgo de psicosis, en concreto: esquizotipia, pródromos, déficit de funcionamiento global, síntomas básicos y anomalías del “yo”.

2) Realizar un análisis individual de las funciones cognitivas mediante una selección de test de la batería de exploración neuropsicológica CANTAB.

3) Analizar la posible relación entre los resultados de las medidas psicológicas de riesgo autoinformadas y las anomalías cognitivas.

3. HIPÓTESIS

1) Los adolescentes de este grupo de riesgo teórico presentarán altas puntuaciones en las medidas de esquizotipia, pródromos, déficit de funcionamiento global, síntomas básicos y anomalías del “yo”.

2) Se observará en este grupo un índice alto de anomalías en funciones cognitivas como atención sostenida, memoria, funciones ejecutivas o reconocimiento de emociones.

3) Se hallará un alto grado de asociación entre las medidas de riesgo psicológico autoinformadas y los déficits cognitivos.

4. MÉTODO

4.1. Muestra

Los participantes fueron seleccionados por conformar un “grupo de riesgo” de desarrollar trastornos psicóticos, teniendo en cuenta sus características sociológicas y familiares, así como la posible presencia de estresores ambientales o psicosociales. La muestra está formada por 27 adolescentes de ambos sexos procedentes de dos ámbitos: 1) 19 pertenecen a un centro de menores de Oviedo, institución centrada en la intervención psicoeducativa con *menores y jóvenes que se encuentran en situación de alto riesgo social, o problemas graves de conducta*; 2) 8 adolescentes identificados como de “alto riesgo” de psicosis y derivados a los servicios de salud mental de una unidad hospitalaria de Cantabria.

Las edades están comprendidas entre los catorce y los veinte años. La mayoría eran varones (N= 19, 70.37%), de los cuales solo dos no poseían la nacionalidad española (N=2, 7.41%); mientras que un 29.63% (N=8) de la muestra son mujeres.

4.2 Instrumentos de medida

ESQUIZO-Q-A. Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia-Abreviado (Fonseca-Pedrero et al., 2010)

Creada por el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo. La finalidad de este test es evaluar los principales rasgos de la personalidad esquizotípica (*figura 1*), o en tal caso la predisposición a la psicosis de la población española en edad adolescente.

Está formado por tres dimensiones: Distorsión de la realidad, Anhedonia y Desorganización interpersonal, que demostraron un nivel de consistencia interna entre 0,62 y 0,71. A su vez, se compone de 23 ítems, de los cuales ningún presenta un funcionamiento diferente en función del sexo de los individuos (Fonseca-Pedrero et al., 2010).

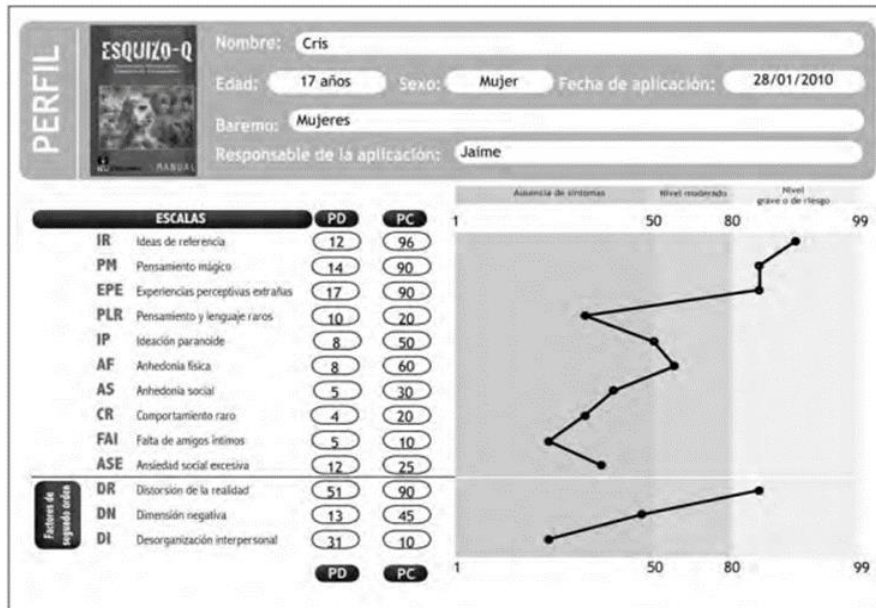


Figura 1: ejemplo de perfil creado con Esquizo-Q

Prodromal Questionnaire-Brief Version (PQ-B) (Lowey et al., 2005).

Se trata una medida de autoinforme, creada con el objetivo de constituir un proceso de detección de pródromos. La versión original se compone de por 92 ítems. Se utilizó la versión abreviada, que consta de un total de 25 ítems (de síntomas positivos) y dos preguntas de seguimiento de escala Likert. El nivel de fiabilidad ha sido estudiado, y el alfa de Cronbach es de 0,8.

Global Functioning: Social y Global Functioning: Rol (Cornblatt et al., 2007)

Se compone de dos escalas complementarias, donde la primera, GF social, fue creada para evaluar de forma cualitativa y cuantitativa las relaciones con los pares y los familiares, mientras que la función de la segunda (GF rol) es observar el desempeño general, ya sea en la escuela, en el trabajo... así como el nivel de independencia del individuo. Las puntuaciones de los ítems van del 1 al 10, donde el 10 indica el mejor funcionamiento, y el 1 revela posibles disfunciones. Estudios sobre la fiabilidad de estas escalas revelaron que la confiabilidad entre evaluadores es superior al 0,75 (Cornblatt et al., 2007).

Frankfurt-Pamplona Subjective Experience Scale (Cuesta, Peralta & Irigoyen, 1995)

La escala de experiencias subjetivas (EEFP) es una de las más utilizadas en Europa para la evaluación de síntomas básicos. Se compone de 18 ítems, y ha sido adaptada a varios idiomas (Loas et al., 2002). Esta escala ha mostrado una elevada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,91.

Self-Experience Lifetime Frequency Scale (Heering et al., 2016)

Esta escala se ha creado para evaluar alteraciones de la experiencia subjetiva referidas a la identidad propia del individuo. Se centra en medir principalmente la posible “autoconciencia alterada” (en la que destaca la hiperreflexividad y la disminución del afecto propio) y “despersonalización” (sensación de distorsión de la primera persona). Investigaciones han revelado que ambos componentes poseen una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach = 0.88 y 0.79 cada componente.

***Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB®)
(Cambridge Cognition, 2021)***

La batería CANTAB está compuesta por un conjunto de pruebas neuropsicológicas, cuyo objetivo es descubrir cambios significativos en diferentes ámbitos cognitivos. Una de sus principales ventajas es que es rápido de utilizar, sin dejar de lado la eficiencia, y al ser pruebas computerizadas se elimina el posible sesgo de interferencia del evaluador. A continuación, se explica brevemente en qué consiste cada prueba de las utilizadas en este estudio:

Test de Acentuación de Palabras (NART): Se utiliza como evaluación de la inteligencia premórbida de forma rápida, es decir, mide inteligencia general de una manera eficaz y ágil. Contiene una lista de 50 palabras, ordenadas de menor a mayor dificultad. La puntuación va desde 0 (peor ejecución posible) a 30 (mejor ejecución posible). La versión española es el TAP: Test de acentuación de palabras. Este índice se utiliza al aplicar las pruebas neuropsicológicas, para que el baremo esté adaptado al nivel intelectual del evaluado.

Test de Análisis Motor (MOT): prueba diseñada principalmente para habituar al sujeto al uso del ordenador y de la pantalla táctil, que se aplica al inicio del uso del Cantab, y a la vez se evalúan dificultades de visión, movimiento y comprensión. La tarea consiste en tocar el lugar de la pantalla donde aparece la cruz (*figura 2*). Las variables que arroja son las siguientes: media y mediana de la latencia de respuesta, y media de los errores.



Figura 2: pantalla de la prueba MOT

Test de Procesamiento Rápido de la Información Visual (RVP): mide atención sostenida. La prueba consiste en detectar y registrar secuencias de dígitos. Este test es sensible a las disfunciones que pueden existir en los lóbulos parietal y frontal, pero también se utiliza como una medida sensible al rendimiento en general (*figura 3*). Las variables que arroja son la media y la mediana de la latencia de respuestas.



Figura 3: pantallas de la prueba RVP

Test de Reconocimiento de Emociones (ERT): mide la habilidad para identificar emociones representadas en expresiones faciales. La prueba consiste en señalar la opción correcta de seis que aparecen tras la presentación de una cara, y una máscara que la cubre posteriormente (de unos 250ms de duración) (*figura 4*). Las variables que mide son el total de respuestas correctas, así como la media y la mediana de la latencia de respuesta.



Figura 4: pantalla de la prueba ERT

4.3 Análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico de las variables psicológicas autoinformadas de riesgo de psicosis y de las medidas de los tests neuropsicológicos aplicados. En segundo lugar, se analizaron las relaciones entre las subescalas utilizadas a través del Coeficiente de correlación de Spearman (r_s) en el caso de que las variables no se distribuyeran normalmente, y el Coeficiente de correlación Pearson (r_{xy}) en el caso de las variables con distribución normal. En tercer lugar, para estudiar el porcentaje de varianza asociada entre las medidas psicológicas de riesgo autoinformadas y las neurocognitivas, se utilizó un Análisis de correlación canónica; esta técnica multivariada indica el grado de asociación entre dos grupos de variables.

Para realizar el análisis de correlación canónica, dado el reducido tamaño de la muestra y el elevado número de variables a incluir, y teniendo en cuenta los datos de las aproximaciones al riesgo de psicosis más utilizadas, las variables psicológicas arrojadas por los tests se agruparon en tres medidas, basadas en los puntos de corte de los autoinformes: Riesgo_1: que combina las tres escalas de esquizotipia (Distorsión de la realidad, Anhedonia y Desorganización Interpersonal) con las dos escalas de pródromos (Frecuencia y Malestar asociado) y las dos escalas de Funcionamiento Global (GF Social y GF Rol); Riesgo_2: que combina la escala de Síntomas Básicos y las dos escalas de Funcionamiento Global (GF Social y GF Rol); y Riesgo_3: resultante de la combinación de la escala SELF y las dos escalas de Funcionamiento Global (GF Social y GF Rol). La contribución de cada variable a la correlación canónica se realizó utilizando los pesos estandarizados.

4.4 Resultados

Estadísticos descriptivos

La *tabla 1* indica el número de ítems, la media, desviación típica, asimetría, curtosis, rango de puntuaciones y el Alfa de Cronbach en las escalas originales correspondientes a las medidas de autoinforme, donde se puede observar que las dimensiones analizadas arrojaron índices de fiabilidad adecuados, con valores entre 0,77 de la escala *Desorganización* del cuestionario EQA y 0,98 de la subescala *SELF Autoconciencia alterada*, teniendo en cuenta la excepción de la dimensión *Negativa* del cuestionario EQA, que fue de 0,40.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas autoinformadas.

	Nº ítems	Media	DT	Asimetría	Curtosis	Rango	Alfa de Cronbach
EQ DIS	6	13,56	7,19	0,94	-0,23	6-30	0,87
EQ NEG	7	13,56	3,68	0,65	1,60	7-24	0,40
EQ DES	10	28,78	7,83	0,18	-0,04	12-46	0,77
PQ Total	21	9,11	5,61	0,06	-0,98	0-20	0,89
PQ Malestar	21	28,96	23,37	0,34	-1,21	0-77	0,88
GF Social	1	7,42	2,91	-0,94	-0,55	2-10	-
GF Rol	1	6,80	1,98	-0,75	-0,34	3-10	-
FRANK Total	18	20,85	17,58	0,50	-0,40	0-63	0,94
SELF Auto	12	9,56	14,68	1,60	1,65	0-48	0,98
SELF Desp	12	7,00	9,99	1,46	1,24	0-35	0,92

Nota. *EQ*: Cuestionario de Evaluación de Esquizotipia-Abreviado; *EQ DIS*: Esquizo-Q *Distorsión de la Realidad*; *EQ NEG*: Esquizo-Q *Negativa*; *EQ DES*: Esquizo-Q *Desorganización*; *PQ*: Cuestionario de Pródromos Versión Breve; *GF*: Funcionamiento Global; *FRANK*: Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona; *SELF Auto*: *Autoconciencia alterada* de la Escala de Frecuencia de Anomalías del Self; *SELF Desp*: *Despersonalización* de la Escala de Frecuencia de Anomalías del Self.

Las medias, desviaciones típicas y rango de puntuaciones de las variables neuropsicológicas del estudio se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de las variables neuropsicológicas resultantes de las pruebas de CANTAB utilizadas

	Media	DT	Rango
NART	31,52	8,01	20-50
MOT_media_errores	11,05	2,57	5,69-15,98
MOT_media_latencia	701,13	134,13	443-1023
MOT_mediana_latencia	625	104,15	395-836
PAL_total_errores_	10,85	15,58	0-62
PAL_total_errores_formas_	2,67	4,35	0-18
RVP_media_latencia	355,63	80,04	280,5-542,5
RVP_mediana_latencia	439,40	121,23	274,44-702,64
ERT_total_correctas	112,56	22,34	50-142
ERT_media_latencia	1738,45	566,34	1125,41-3634,54
ERT_mediana_latencia	1220,31	378,91	701,5-2243,5

Nota. NART: Test de Acentuación de Palabras; MOT: Test de Análisis Motor; PAL: tarea de Aprendizaje de Pares Asociados; RVP: tarea de Procesamiento Rápido de la Información Visual; ERT: Test de Reconocimiento de Emociones.

Relación entre las medidas psicológicas autoinformadas de riesgo de psicosis.

La *tabla 3* muestra las correlaciones entre las subescalas resultantes de los autoinformes de medida de variables psicológicas de riesgo de psicosis. Entre las correlaciones estadísticamente significativas, las llamativas son las que se ven entre las siguientes subescalas:

- La relación positiva y estadísticamente significativa entre las subescalas Esquizo-Q *Distorsión* y *Frecuencia* de PQ-B(0,66); *Distorsión* y *Malestar* (0,60); *Desorganización* y *Frecuencia* (0,60) y *Desorganización* y *Malestar* (0,52); por lo que a medida que aumentan las puntuaciones en dos de las escalas de esquizotipia, también lo hace la presencia de pródromos.

- También resultó significativa la relación entre la subescala GF Rol con el test de experiencias subjetivas (FRANKFURT) (-0,60) y con las dos subescalas de SELF (*Autoconciencia alterada*, -0,67, y *Despersonalización*, -0,41), de forma negativa: a medida aumentan los síntomas básicos y los síntomas de despersonalización y alteración de la conciencia, disminuye la capacidad del individuo para tener un desempeño óptimo en ámbito escolar o de trabajo.
- Se puede observar cómo a medida que aumenta la presencia de pródromos también lo hacen las anomalías del self: correlacionan *Frecuencia* con *Autoconciencia alterada* (0,77) y *Despersonalización* (0,57); *Malestar* con *Autoconciencia alterada* (0,76) y *Despersonalización* (0,51).

Cabe destacar que, al contrario que las dos subescalas que la complementan, la subescala Esquizo-Q *Negativa* no resultó tener ninguna relación, ni positiva ni negativa con ninguna de las otras medidas psicológicas autoinformadas.

Tabla 3: Correlaciones entre las escalas originales tipo autoinforme

	EQ DIS	EQ NEG	EQ DES	PQ Total	PQ Mal.	GF Social	GF Rol	FRANK Total	SELF Aut.	SELF Desp.
EQ DIS										
EQ NEG	-,22									
EQ DES	,58**	-,07								
PQ Total	,66**	-,19	,60**							
PQ Mal.	,60**	-,26	,52**	,95**						
GF Social	-,34	-,18	-,52**	-,24	-,25					
GF Rol	-,32	-,14	-,31	-,57**	-,54**	,24				
FRANK Tot.	,66**	-,13	,38	,68**	,65**	-,42*	-,60**			
SELF Aut	,65**	,02	,44*	,77**	,76**	-,46*	-,67**	,81**		
SELF Desp	,54**	-,08	,18	,57**	,51**	-,21	-,41*	,64**	,73**	

Nota. *EQ DIS*: Esquizo-Q *Distorsión de la Realidad*; *EQ NEG*: Esquizo-Q *Negativa*; *EQ DES*: Esquizo-Q *Desorganización*; *PQ Total*: *Frecuencia* asociada del Cuestionario de Pródromos Versión Breve; *PQ Malestar*: *Malestar* asociado del Cuestionario de Pródromos Versión Breve; *GF*: Funcionamiento Global; *FRANK*: total de la Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona; *SELF Auto*: *Autoconciencia alterada* de la Escala de Frecuencia de Anomalías del Self; *SELF Desp*: *Despersonalización* de la Escala de Frecuencia de Anomalías del Self. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Relación entre las medidas resultantes de los tests neuropsicológicos.

La *tabla 4* muestra las correlaciones entre las medidas arrojadas por los test neuropsicológicos. Los resultados indican que las correlaciones estadísticamente significativas son las que se dan entre los siguientes parámetros:

- La relación negativa y estadísticamente significativa encontrada entre la prueba de Acentuación de Palabras y el test de Reconocimiento de Emociones (-0,47), según la cual, a mayores puntuaciones en inteligencia general, menor latencia de respuesta en el reconocimiento de emociones.
- También se observa relación entre el test de Reconocimiento de Emociones y el de Análisis Motor (-0,53), donde a medida que aumenta la latencia de la prueba de coordinación visomotora, disminuye el número de emociones reconocidas.

Una de las relaciones con mayor significación estadística ($p < 0,01$) es la existente entre la tarea de Aprendizaje de Pares Asociados y la de Procesamiento Rápido de la Información Visual (0,55), donde se observa que a medida que aumenta la mediana de la latencia de respuesta de la tarea de memoria, también lo hacen los errores de la tarea de atención sostenida.

Tabla 4: Correlaciones entre las escalas originales de los test neuropsicológicos

	NART	MOT Media	MOT Mediana	MOT Media Error	PAL Total Errores	RVP Media	ERT Media	ERT mediana	ERT Total Correctas
NART									
MOT Media	-,23								
MOT Mediana	-,09	,86**							
MOT Media error	-,48*	-,02	-,26						
PAL total errores	-,47*	-,06	-,06	,11					
RVP mediana	-,5*	,12	-,08	,32	,55**				
ERT media	-,46*	,23	,05	,25	,11	,24			
ERT mediana	-,47*	,22	,02	,25	,28	,46*	,89**		
ERT Total	,23	-,40*	-,53**	,06	-,08	-,09	,16	,00	
Correctas									

Nota: NART: Test de Acentuación de Palabras; MOT: Test de Análisis Motor; PAL: Aprendizaje de Pares Asociados; RVP: tarea de Procesamiento Rápido de la Información Visual; ERT: Test de Reconocimiento de Emociones. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Relación entre las medidas psicológicas de riesgo autoinformadas y las variables neuropsicológicas.

Los resultados de los análisis de correlación entre las medidas de riesgo clínico y las medidas cognitivas confirman la relación entre ambos grupos de variables, aunque de manera desigual (ver *Tabla 5*). Así, se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la latencia de respuesta del Test de análisis motor (MOT) y la subescala *GF Rol* (-0,50), así como con la subescala *Frecuencia* del Cuestionario de Pródromos (PQ-B) (-0,41). Además, las correlaciones con mayor significación estadística ($p < 0,01$) entre ambos grupos de variables, corresponden a las encontradas entre las dos subescalas del Cuestionario de Pródromos y el número de respuestas correctas en la tarea de identificación de emociones (ERT): *Total*, -0,53 y *Malestar*, -0,49. También se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la tarea de identificación de emociones (ERT), y la subescala *Total* de síntomas básicos (FRANK) (-0,39), así como con las subescala de SELF *Despersonalización* (-0,44).

Cabe destacar por tanto dos aspectos del estudio de la relación entre ambos tipos de variables: por un lado, se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas, con valores entre 0,41 y 0,52, sólo con algunas de las medidas. Las variables psicológicas de riesgo autoinformadas que han correlacionado con alguna medida neuropsicológica han sido las correspondientes al Cuestionario de pródromos, déficit de funcionamiento global, síntomas básicos y anomalías del self. Y las medidas neuropsicológicas que han arrojado alguna correlación estadísticamente significativa con dichas variables han sido medidas del Test de Análisis Motor, y del Test de Reconocimiento de Emociones.

Y, por otro lado, la nula relación encontrada entre las subescalas de esquizotipia medidas con el ESQUIZO-Q-A y los indicadores neuropsicológicos, no habiendo encontrado ninguna correlación estadísticamente significativa (*Tabla 5*).

Tabla 5: Extracto de las correlaciones que han resultado relevantes entre las medidas psicológicas de riesgo autoinformadas y las medidas neuropsicológicas (ver Anexo I).

	PQ Total	PQ Mal.	GF Social	GF Rol	FRANK Total	SELF Aut.	SELF Desp.	MOT MDL	PAL TEA	RVP MDL	ERT MDL	ERT TC ₂
PQ Total												
PQ Mal.	,95**											
GF Social	-,24	-,25										
GF Rol	-,57**	-,54**	,24									
FRANK	,68**	,65**	-,42*	-,60**								
SELF Aut	,77**	,76**	-,46*	-,67**	,81**							
SELF Desp	,57**	,51**	-,21	-,41*	,64**	,73**						
MOT MDL	-,41*	,39*	,04	-,50*	,32	,27	,22					
PAL TEA	,05	,15	-,18	-,14	,20	,02	-,11	,31				
RVP MDL	-,06	-,04	-,06	,15	-,04	-,15	,03	-,08	,29			
ERT MDL	-,04	-,10	,16	,15	,12	-,09	-,16	,02	,29	,46*		
ERT TC	-,53**	-,49*	,03	,24	-,39*	-,37	-,44*	-,53**	-,16	-,09	,00	

Nota. *PQ*: Cuestionario de Pródromos Versión Breve; *GF*: Funcionamiento Global; *FRANK*: Escala de Experiencia Subjetiva Frankfurt-Pamplona; *SELF*: Escala de Frecuencia de Anomalías del Self; *MOT*: Test de Análisis Motor; *PAL*: Aprendizaje de Pares Asociados; *RVP*: Procesamiento Rápido de la Información Visual; *ERT*: Test de Reconocimiento de Emociones. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Relación global entre ambos tipos de variables. Resultados del análisis de Correlación canónica.

El coeficiente de correlación canónica entre las tres variables de riesgo resultantes de las distintas combinaciones de las medidas psicológicas autoinformadas (realizadas para poder compensar el reducido tamaño de la muestra y el elevado número de variables a incluir) fue 0,739, lo que representa el 59,5% de la varianza asociada (Wilks = 0,41, $F < 0,05$). Para ver las medidas con mayores coeficientes estandarizados consultar la *tabla 6*.

En el caso de las tres medidas de riesgo, las dos medidas con mayores coeficientes son Riesgo_1 (0,96) y Riesgo_3 (0,98), no encontrándose correlación para Riesgo_2 (que combina síntomas básicos). Por lo que respecta a las medidas neuropsicológicas, estas fueron NART (0,66), MOT_media errores (-0,72), RVP_latencia de respuesta (-0,15) y ERT_total (-0,46), lo que quiere decir que cuanto más altas sean las puntuaciones en la prueba de inteligencia general (NART), mayores son también en las medidas neuropsicológicas; sin embargo, cuanto menos puntúen los individuos en los errores del test de Análisis Motor (MOT), en la latencia de respuestas de la prueba de rapidez visual (RVP) y el total de respuestas correctas en reconocimiento de emociones (ERT), más puntuación habrá en el resto de las "medidas neuropsicológicas" utilizadas.

Tabla 6: Coeficientes estandarizados de las medidas de riesgo y neuropsicológicas. Correlación canónica: 0,739

Set 1: Medidas de riesgo (combinaciones)		Set 2: Medidas neuropsicológicas	
Riesgo 1	0,96	NART	0,66
Riesgo 3	0,98	MOT errores	-0,72
		RVP latencia	-0,15
		ERT total errores	-0,46

Nota. RIESGO_1: Combinación de las escalas de Esquizotipia (Distorsión de la realidad, Anhedonia y Desorganización) con las dos escalas de Pródromos (Frecuencia y Malestar asociado); *RIESGO_3:* Combinación de la escala SELF y las dos escalas de Funcionamiento Global (GF Social y GF Rol); *NART:* Test de Acentuación de Palabras; *MOT:* Test de Análisis Motor; *ERT:* Test de Reconocimiento de Emociones; *PAL:* Aprendizaje de Pares Asociados; *RVP:* Procesamiento Rápido de la Información Visual

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación revelan que, tal y como se esperaba, el trastorno psicótico no sólo presenta síntomas o marcadores de riesgo, tales como los pródromos, alteraciones de la conciencia, o la esquizotipia, sino que también hay consecuencias a nivel neuropsicológicos, tanto a nivel emocional, como visual o motor, y que estas variables se relacionan entre sí. De esta manera, se han podido cumplir los objetivos de este trabajo: por un lado, evaluar y analizar las variables mencionadas, y por el otro, una vez hecho esto, observar si correlacionan entre sí.

La esquizotipia es considerada como un factor atenuado de la psicosis, y se puede manifestar de varias formas, por eso existen las tres diferentes subescalas del ESQUIZO-Q-A. Se ha encontrado que no todas se relacionan de la misma manera con las demás medidas: mientras que generalmente las subescalas *Distorsión* y *Desorganización* correlacionan positivamente con las subescalas *Total* y *Malestar* del Cuestionario de Pródromos (PQ-B), la dimensión Anhedonia por el contrario no tiene relación con la aparición de los pródromos (Fonseca-Pedrero et al., 2016), considerados una atenuación de los síntomas psicóticos como tal, y que se manifiestan en una etapa previa al episodio clínico.

En línea con otros autores se ha encontrado que las experiencias de despersonalización, consideradas alteraciones de la conciencia (tanto sobre el exterior como sobre uno mismo), aparecen con mayor frecuencia en las primeras fases del trastorno, en la etapa prodrómica (Luque-Luque et al., 2016), como se puede observar en correlación significativa hallada en este estudio entre las puntuaciones del Cuestionario Prodrómico (PQ-B) y la Escala de Frecuencia de Anomalías del Self, utilizada para evaluar dos dimensiones: *Autoconciencia alterada* y *Despersonalización*.

Las puntuaciones de esta escala (SELF) generalmente son altas, y están asociadas a los síntomas clínicos característicos del trastorno psicótico (Heering et al., 2016); también se ha encontrado que correlaciona significativamente con las demás medidas de autoinforme que se han utilizado en esta investigación.

Las pruebas neuropsicológicas utilizadas para evaluar las posibles anomalías en funciones cognitivas, y medidas con la *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* también resultaron estar relacionadas entre sí, tal y como se puede comprobar en estudios clínicos experimentales en los que las puntuaciones en los grupos clínicos en las tareas de velocidad de procesamiento, los tiempos de reacción (Ruiz-Toca, 2018), la atención sostenida y la memoria de trabajo y visual se ven afectadas, y resultan más bajas de las que tienen los grupos de control (Zabala et al., 2008, influyendo a su vez en el rendimiento de las demás variables, correlacionando significativamente entre ellas (Ruiz-Toca, 2018).

Tal y como se esperaba a la hora de realizar esta investigación, se han encontrado correlaciones significativas entre las medidas de riesgo psicológicas y las neuropsicológicas, y coinciden con los datos de algunas investigaciones, donde se ha encontrado relación entre la atención y los síntomas positivos (en la que la presencia de los mismos implica un peor rendimiento en atención y memoria) (García de Jalón, 2015), así como su influencia en el deterioro en la capacidad laboral (relacionada con la subescala *GF Social*, donde se evalúa el desempeño general del individuo, tanto individualmente como en sociedad), arrojando puntuaciones que se asociaban con percentiles de deterioro en atención dividida (analizada con la tarea de *Trail Making Test*) (Murcia, 2015). También se hallaron correlaciones entre la memoria de trabajo y el funcionamiento global en un estudio sobre una muestra de pacientes del Hospital General de Perú (evaluado con el *Functioning Assessment Short Test (FAST)*) (Huarcaya-Victoria, 2020).

Otros autores han intentado evaluar y crear un proceso de detección precoz de trastornos como la psicosis y la esquizofrenia, pero se han encontrado con que, pese a la gran información que tenemos sobre marcadores tempranos (como los pródromos, por ejemplo), eso no implica que ya se pueda hacer un diagnóstico fiable del trastorno (Tizón et al., 2008). Sin embargo, sí que se puede hacer una predicción (sobre todo centrándose en los síntomas prodrómicos y en el funcionamiento, o en su caso deterioro, de la conducta social) que ponga un punto de referencia con el que poder trabajar antes de que se dé el primer episodio psicótico (Cannon et al., 2008).

Como línea futura de investigación es necesario seguir estudiando los marcadores de riesgo que se encargan de alertar de un funcionamiento neurológico y psicológico incorrecto, y poder crear así un mecanismo de prevención y detección más específico que ayude a reducir los casos de individuos que llegar a padecer este trastorno.

La principal limitación del presente estudio es el pequeño tamaño de la muestra; es posible que el estudio no tuviera el poder estadístico suficiente para detectar tamaños de efecto moderados.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alminhana, L. O., Sanseverino, M. A., Farias, M., dos Santos, O. V., Machado, W. D. L., & Claridge, G. (2020). A dimensional measure of schizotypy: Cross-cultural adaptation and validation of the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences short version for Brazilian Portuguese (O-LIFE-S). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(4), 348–357. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0013>
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21, 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.con.0000466662.89908.e7>
- Brañas, A. (2019). *Interacción entre factores de riesgo y vulnerabilidad en el desarrollo de psicosis*. [Tesis doctoral, Universidad de Alcalá]. Recuperado de <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/42788>
- Cambridge Cognition (sin fecha). *CANTAB: Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery*. Recuperado el 17 de mayo de 2021 de <http://www.cambridgecognition.com/>
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., Seidman, L. J., Perkins, D., Tsuang, M., McGlashan, T., & Heinsen, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: A multisite longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 28-37. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.3>.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K.(1989). Evaluación de estrategias de afrontamiento: un enfoque basado en la teoría. *Revista de personalidad y psicología social*, 56 (2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Castro-Fernández, M., Perona-Garcelán, S., Senín-Calderón, C., & Rodríguez-Testal, J. (2015). Relationship of trauma, dissociation, and positive psychotic symptoms. *Acción Psicológica*, 12(2), 95-108. <https://doi.org/10.5944/ap.12.2.15824>

- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Bearden, C. E., & Cannon, T. D. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(3), 688–702. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm029>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Muñiz, J., García-Cueto, E., & Campillo-Álvarez, N. (2008). Schizotypy in adolescence. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *196*(2), 161–165. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318162aa79>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U., Sierra-Baigrie, S., & Muñiz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente. *Papeles del Psicólogo*, *30*, 63–73. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1657.pdf>
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U. (2010). *ESQUIZO-Q. Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia*. TEA
- Fonseca-Pedrero, E., Gooding, D. C., Ortuño-Sierra, J., & Paino, M. (2016). Assessing self-reported clinical high risk symptoms in community-derived adolescents: A psychometric evaluation of the Prodromal Questionnaire-Brief. *Comprehensive Psychiatry*, *66*, 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.01.013>
- Freudenreich, O., Brown, H., & Holt, D. Psicosis y esquizofrenia. *Massachusetts General Hospital: tratado de psiquiatría clínica*, 2. Recuperado de <https://snpharma.com/wp-content/uploads/2020/10/28.-Psicosis-y-esquizofrenia.pdf>
- García-Alvarez, L., García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Fonseca-Pedrero, E., Bobes-Bascaran, M. T., Gomar, J., Muñiz, J., & Bobes, J. (2018). Validación española de la escala de evaluación de los síntomas negativos-16 (NSA-16) en pacientes con esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *11*(3), 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.001>
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Garcés, I., Arbeláez, P., Sánchez, R., López, C., Montoya, G., González, N., González, A., & Ospina-Duque, J. (2013). Inferencias fenomenológicas y nosológicas en la esquizofrenia a partir de la validación de las escalas de síntomas positivos (SAPS) y síntomas negativos (SANS) en Colombia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *66*(3), 195–214. <https://doi.org/10.20453/rnp.v66i3.1545>

- García de Jalón, M. E. (2015). *Evaluación longitudinal clínica, neuropsicológica y motora en primeros episodios psicóticos no tratados previamente con antipsicóticos*. [Tesis doctoral, Universidad Pública de Navarra]. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/18332>
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 11–14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.039>
- Heering, H., Goedhart, S., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R., Meijer, C., Myin-Germeys, I., van Os, J., Wiersma, D. (2016). Disturbed experience of self: Psychometric analysis of the Self-experience Lifetime Frequency Scale (SELF). *Psychopathology*, *49*(2), 69-76. <http://doi.org/10.1159/000441952>.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Factores Asociados al Funcionamiento Global en Pacientes con Esquizofrenia de un Hospital General del Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.03.002>
- Joyce, E., Hutton, S., Mutsatsa, S., Gibbins, H., Webb, E., Paul, S., Robbins, T., & Barnes, T. (2002). Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study. *The British journal of psychiatry*. Supplement, *43*, 38–44. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s38>
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J. A., García, P., Gutiérrez, A., García, A., Bobes, J., & Miller, T. (2006). Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, *34*(4).
- Loas, G., Yon, V., & Brien, D. (2002). Dimensional structure of the Frankfurt Complaint Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(5), 397–403. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33487>
- Loewy, R. L., Bearden, C. E., Johnson, J. K., Raine, A., & Cannon, T. D. (2005). The prodromal questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophrenia Research*, *79*(1), 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.03.007>

- Luque-Luque, R., Chauca-Chauca, G. M., Alonso-Lobato, P., & Jaen-Moreno, M. J. (2016). Depersonalisation and schizophrenia: Comparative study of initial and multiple episodes of schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 9(3), 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.06.003>
- MacDonald, E. M., Pica, S., McDonald, S., Hayes, R. L., & Baglioni, A. J. (1998). Stress and coping in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172(33), 122–127. <https://doi.org/10.1192/s0007125000297778>
- Mingote, J. C., Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., Miguel, I., & Gálvez, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(208), 29-51. Recuperado en 02 de junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es&tlng=es.
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V., & Fañanás, L. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.10.007>
- Murcia, J. B. (2015). *Neuropsicología en la esquizofrenia : relación entre el funcionamiento Cognitivo y el desempeño psicosocial*. [Trabajo de fin de máster, Universidad Jaime I]. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/147146>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es>
- Pruessner, M., Iyer, S. N., Faridi, K., Joobar, R., & Malla, A. K. (2011). Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 129(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.022>
- Rebolleda, C., & Soladana, L. (2008). Propuestas de abordaje en la intervención precoz de la Psicosis con usuarios de un CRPS y sus familias. *Informaciones Psiquiátricas*, 194. Recuperado de http://www.informacionepsiquiaticas.com/antiores/info_2008/04_194_03.htm

- Ruiz-Toca, A. (2018). Función reflexiva y neurocognición en psicosis: un estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 7(3), 189. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v7i3.206>
- Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J. F., & Perona-Garcelán, S. (2016). Las ideas de referencia y la preocupación por su presencia: estudio sobre su relevancia para la caracterización de las psicosis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.004>
- Shapiro, D., Cubells, J., Ousley, O., Rockers, K., & Walker, E. (2011). Prodromal symptoms in adolescents with 22q11.2 deletion syndrome and schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 129(1), 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.030>
- Sheffield, J. M., & Barch, D. M. (2016). Cognition and resting-state functional connectivity in schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.12.007>
- Tizón, J., Artigue, J., Parra, B., Sorribe, M., Ferrando, J., Pérez, C., Pareja, F., Gomá, M., & Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), 27-58. Recuperado en 25 de mayo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100002&lng=es&tlng=es.
- Valle, R. (2020). Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: Propuesta de implementación en Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.11.001>
- Valle, R., & Perales, A. (2019). Alteraciones del yo en las fases iniciales del espectro esquizofrénico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.02.003>
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S., & Fernández Iglesias, P. (2012). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología. Número especial: 30 años de Apuntes de Psicología.*, 30 (1–3), 435–457. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/424/344>

van Os, J., Linscott, R., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder.

Psychological Medicine, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/s0033291708003814>

Zabala, A., Eguiluz, J. I., Segarra, R., Enjuto, S., Ezcurra, J., Elizagarate, E., González Pinto, A. M., & Gutiérrez, M. (2008). Curso del funcionamiento cognitivo en primeros episodios psicóticos: estudio comparativo entre esquizofrenia y otros diagnósticos psicóticos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1(1), 18–25.

[https://doi.org/10.1016/s1888-9891\(08\)72512-6](https://doi.org/10.1016/s1888-9891(08)72512-6)