

---

# PREDICTORES DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA PERTENECIENTES A GRUPOS ÉTNICOS DEL NORTE DE CHILE

*Predictors of cognitive impairment in patients diagnosed with Schizophrenia belonging to ethnic groups of Northern Chile*

*Preditores de deficiência cognitiva em pacientes diagnosticados com Esquizofrenia pertencentes a grupos étnicos do Norte do Chile*

---

RECIBIDO: 27 enero 2022

ACEPTADO: 12 marzo 2022

Felipe Ponce-Correa<sup>a</sup>

Alejandra Caqueo-Urizar<sup>b</sup>

a. Programa Doctorado en Psicología, Escuela de Psicología y Filosofía, Universidad de Tarapacá, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-4768-5057> b. Instituto de Alta Investigación, Universidad de Tarapacá, Chile. <http://orcid.org/0000-0002-4614-8380>

## RESUMEN

**Palabras Clave:** Deterioro cognitivo; Cognición Social; Grupos étnicos.

**Keywords:** Cognitive impairment; Social Cognition; Ethnic group.

**Palavras-chave:** Deficiência cognitiva; cognição social; grupos étnicos.

El deterioro cognitivo es un aspecto central en los trastornos psicóticos desde los estadios premórbidos y que empeora a lo largo del desarrollo del trastorno, siendo más graves los déficits cognitivos presentes en la Esquizofrenia. Utilizando los datos de 227 pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, en el presente estudio se examinan las implicancias de un grupo de variables clínicas sobre el deterioro cognitivo. El objetivo fue analizar un modelo de regresión diferenciado según la pertenencia a un grupo étnico utilizando componentes clínicos asociados al funcionamiento cognitivo como predictores del déficit. El modelo de regresión muestra que los síntomas positivos son un predictor fuerte del deterioro cognitivo en los pacientes con Esquizofrenia para la muestra general. La cognición social fue un predictor significativo del deterioro cognitivo para el grupo étnico. Los resultados confirman la pertinencia de un modelo sociocognitivo más amplio para comprender la relación entre el funcionamiento diferencial de los déficits cognitivos observados entre los pacientes con diferentes ascendencias étnicas.

**Correspondencia:** Dra. Alejandra Caqueo-Urizar, [acaqueo@academicos.uta.cl](mailto:acaqueo@academicos.uta.cl) Instituto de Alta Investigación, Universidad de Tarapacá, Calle Antofagasta 1520, Arica – Chile.



## ABSTRACT

Cognitive impairment is a central feature of psychotic disorders from the premorbid stages and worsens throughout the development of the disorder, with cognitive deficits being more severe in schizophrenia. Using data from 227 patients diagnosed with schizophrenia, the present study examines the implications of a group of clinical variables on cognitive impairment. The aim was to analyze a regression model differentiated by ethnicity using clinical components associated with cognitive functioning as predictors of deficit. The regression model shows that positive symptoms are a strong predictor of cognitive impairment in patients with schizophrenia for the overall sample. Social cognition was a significant predictor of cognitive impairment for the ethnic group. The results confirm the relevance of a broader socio-cognitive model to understand the relationship between differential functioning and cognitive deficits observed among patients with different ethnic backgrounds.

## RESUMO

A deficiência cognitiva é um aspecto central nos transtornos psicóticos desde os estados pré-mórbidos e que se agrava ao longo do desenvolvimento do transtorno, sendo mais grave os déficits cognitivos presentes na Esquizofrenia. No presente estudo se examinam as implicações de um grupo de variáveis clínicas sobre a deficiência cognitiva. O objetivo foi analisar um modelo de regressão diferenciado segundo a pertença a um grupo étnico utilizando componentes associados ao funcionamento cognitivo como preditores do déficit. O modelo de regressão mostra que os sintomas positivos são preditores fortes da deficiência cognitiva em pacientes com Esquizofrenia para a mostra geral. A cognição social foi um preditor significativo da deficiência para o grupo étnico. Os resultados confirmam a pertinência de um modelo sociocognitivo mais amplo para compreender a relação entre o funcionamento diferencial dos déficits cognitivos observados entre os pacientes com diferentes ascendências étnicas.

## Introducción

La Esquizofrenia se considera un trastorno neuropsiquiátrico grave caracterizado por una sintomatología heterogénea, el deterioro cognitivo y una disfunción significativa a nivel conductual (Owen et al., 2016; Ehrminger et al., 2019). Los estudios meta-analíticos aproximan la prevalencia del deterioro cognitivo dentro del 70-75% de la población de pacientes con Esquizofrenia (Heinrichs et al., 2013), en el que el deterioro promedio de las áreas cognitivas es de al menos una desviación estándar en comparación con los controles sanos (Dickinson et al., 2007, Schaefer et al., 2013). El deterioro cognitivo es un aspecto central en los trastornos psicóticos desde los estadios premórbidos, que va empeorando a lo largo del desarrollo del trastorno, siendo más graves los déficits cognitivos presentes en la Esquizofrenia en comparación con otros trastornos psicóticos como la Bipolaridad y la Depresión Psicótica (Sheffield, Karcher, & Barch, 2018; Gong et al., 2015).

Los déficits cognitivos en la Esquizofrenia son más prominentes en la velocidad de procesamiento, la memoria episódica, verbal y de trabajo, el aprendizaje, la atención y las funciones ejecutivas (Reichenberg, 2010, Reichenberg & Harvey, 2007, Schaefer et al., 2013), por tanto, éstos también se consideran un objetivo clave de los esfuerzos de tratamiento dada su fuerte asociación con el funcionamiento psicosocial (Green, 2016), la calidad de vida (Caqueo-Urizar et al. 2015), el ajuste premórbido (MacBeth y Gumley, 2008; Schmael et al., 2007; Stefanatou et al., 2018), los síntomas positivos y negativos (Keefe y Fenton, 2007, Kurtz et al., 2008, Nuechterlein et al., 2011). Además, la correlación del deterioro cognitivo con la capacidad de sostener un empleo, la vida independiente y el funcionamiento social enfatizan la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para la cognición (Mihaljević-Peleš, Bajs Janović, Šagud, Živković, Janović & Jevtović, 2019).

Recientemente un campo de interés para el estudio de los déficits cognitivos en la Esquizofrenia considera un enfoque socio cognitivo centrado en el conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y, por lo tanto, se relaciona con la capacidad de interpretar y predecir el comportamiento de los demás en diferentes contextos sociales (García, Aliste & Soto, 2018), a diferencia de los modelos cognitivos tradicionales de la Esquizofrenia que sólo toman en cuenta la visión que los individuos tienen de sí mismo y su entorno (Batinic, 2019). Geográficamente, América Latina comprende aproximadamente el 8% de la población mundial y enfrenta desafíos únicos, muchos derivados de variables demográficas y socioeconómicas específicas, como la violencia y la desigualdad. Si bien se ha descrito que tales factores influyen en los resultados en salud mental, no se han realizado estudios a gran escala con población latinoamericana (Czepielewski et al. 2021). Desde un enfoque sociocognitivo, la cognición se ve afectada por determinantes sociales y antecedentes genéticos, por lo que resulta necesario el estudio de los factores sociales y culturales propios de la población

diagnosticada con esquizofrenia como el nivel socio-económico, el nivel educativo, la pertenencia a minorías étnicas y su cosmovisión sobre el mundo (Caqueo-Urizar, Boyer, & Gilman, 2017), todos estos aspectos han sido escasamente estudiados en la población latinoamericana (Czepielewski et al., 2021).

La pertenencia a un grupo étnico puede afectar diferencialmente la forma en que los pacientes perciben y expresan sus necesidades (Mohr, 1999), además de que las transformaciones sociales y los procesos de aculturación que experimentan las personas con Esquizofrenia pertenecientes a grupos étnicos impactan negativamente en su calidad de vida, la adherencia a tratamientos y el funcionamiento social (Caqueo-Urizar et al. 2012) repercutiendo negativamente en la recuperación del trastorno. Los resultados de algunos trabajos que han estudiado los déficits cognitivos en grupos étnicos han encontrado diferencias en el perfil del deterioro cognitivo en la etnia Maori en Nueva Zelanda (Kake, Garrett & Te-Aonui, 2016). En la misma línea, un estudio que utilizó una muestra grande de pacientes con Esquizofrenia con diferentes características sociodemográficas y culturales reportó que la pertenencia étnica fue un predictor significativo del deterioro cognitivo (Mascio et al., 2021). En Chile en cambio, los estudios disponibles se han centrado en la evaluación neurocognitiva (Servat, Lehmann, Harari, Gajardo & Eva, 2005) o en la relación entre el funcionamiento cognitivo y aspectos asociados a la salud como la calidad de vida (Cavieres & Valdebenito, 2005), sin embargo no existen estudios que analicen el funcionamiento cognitivo en considerando aspectos culturales como la pertenencia a grupos étnicos, por lo que resulta necesario profundizar si existen diferencias en los déficits cognitivos de personas diagnosticadas con Esquizofrenia en función si pertenecen o no a grupos étnicos, sobre todo si se considera que la mayoría de las investigaciones disponibles provienen de poblaciones con realidades socioeconómicas y culturales diferentes.

## Método

### Participantes

La muestra consistió en 227 pacientes diagnosticados de Esquizofrenia según los criterios del DSM-V, usuarios de los dispositivos ambulatorios del Servicio de Salud Arica. Se utilizó un muestreo no probabilístico por disponibilidad. La edad media fue de 41,1 años (DE = 16,34) de los cuales 129 pacientes (56,8%) eran de sexo masculino, 181 (79,7%) no tenían pareja y 86 (37,9%) autodeclararon pertenecer a la etnia Aymara. La edad de inicio del primer episodio psicótico agudo fue de 21,4 años (DE = 8,4) y la edad de tratamiento fue de 25 (DE = 8,9). Todos los pacientes recibieron antipsicóticos, 65 (30,5%) psicoterapia y 44 (20,6%) terapia ocupacional. Sólo un participante (0,4%) presentaba síntomas psicóticos graves, 15 (6,6%) experimentaban síntomas psicóticos marcados, 33 (14,5%) síntomas psicóticos moderados y 176 (77,5%) síntomas leves. Para la selección de los pacientes se aplicó un conjunto de criterios de no inclusión (estar en estado de crisis psicótica o tener un trastorno sensorial o cognitivo que les impidiera ser evaluados) para asegurar su capacidad de participar plenamente en las entrevistas. Todos los pacientes tienen en su historia clínica pruebas médicas que descartan una causa orgánica del comportamiento psicótico.

### Instrumentos

Escala de Cognición Social para la Psicosis (GEOPTE, San Juan et al., 2003): Es un cuestionario de autoinforme compuesto por 15 ítems diseñados para medir la cognición social en la Esquizofrenia, definida como "la parte de la cognición que involucra la percepción, interpretación y procesamiento de señales sociales, así como la capacidad de responder adecuadamente a tales señales" (Ryckmans et al. 2009). El cuestionario recoge información de dos fuentes: la percepción subjetiva del propio paciente acerca de sus déficits y las de un informante clave. Los ítems del 1 al 7 miden las funciones neurocognitivas y los ítems del 8 al 15 miden la función cognitiva social. Cada ítem se califica en una escala de 5 puntos (1 = no, 2 = un poco, 3 = normal, 4 = suficiente y 5 = mucho). Las puntuaciones totales (GEOPTE total) tienen un mínimo de 15 puntos y un máximo de 75. Puntuaciones bajas indican una mejor percepción de cognición social.

Escala del Síndrome Positivo y Negativo para la Esquizofrenia (PANSS, Kay, Fiszbein, & Opler, 1987): La PANSS es una escala de autoinforme de 30 ítems desarrollada para evaluar los síntomas psicóticos en individuos con Esquizofrenia. Para los fines de este estudio, consideramos las cinco subescalas de la PANSS que miden los síntomas positivos (5 ítems), negativos (7 ítems), de excitación (5 ítems), de depresión (4 ítems) y cognitivos (3 ítems) (Lancon, Aghababian, Llorca, & Auquier, 1998). Los ítems se responden utilizando una escala Likert de 7 puntos (1 = "Ausente" a 7 = "Extremo"). Las puntuaciones se interpretaron de acuerdo con los puntos de corte de Leucht et al. (2005), donde 58-74 sugiere "sintomatología leve", 75-94 sugiere "sintomatología moderada", 95-115 sugiere "sintomatología marcada" y 116 y más sugiere "Sintomatología Grave". La PANSS ha sido traducida y validada en España (Peralta & Cuesta, 1994) y México (Fresán et al., 2005).

Escala de adaptación premórbida (PAS, Cannon-Spoor, Potkin, & Wyatt, 1982): Evalúa el grado en que una persona ha alcanzado con éxito ciertos hitos del desarrollo en varias etapas de la vida que preceden a la aparición inicial de los síntomas de la psicosis. Así, el funcionamiento se evalúa en cuatro periodos de edad o subescalas: infancia (hasta 11 años), adolescencia temprana (12-15 años), adolescencia tardía (16-18 años) y edad adulta (19 años y más), en cinco grandes dominios psicosociales: sociabilidad y retraimiento, relaciones con los compañeros, rendimiento escolar, ajuste escolar y ajuste sociosexual. La escala PAS incluye 26 ítems que tienen un rango de puntuación de 0 a 6, donde "0" denota un ajuste normal y "6" un deterioro severo. El evaluador selecciona el número que más se aproxima al enunciado descriptivo más cercano. La puntuación global del PAS se calcula promediando las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de desarrollo y en la sección general. Las puntuaciones más altas representan niveles más bajos de ajuste premórbido. La escala fue adaptada al español por Barajas et al. (2013).

Evaluación global del funcionamiento (GAF) (DSM-IV): Desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) es una evaluación del funcionamiento global en el eje V del diagnóstico de pacientes con trastornos mentales graves que se suele utilizar para pacientes ambulatorios y hospitalizados evaluando tres dominios: funcionamiento social, funcionamiento personal y funcionamiento psicológico. Presenta un único ítem que evalúa el funcionamiento global en múltiples actividades y se puntúa en una escala de 0 a 100, donde las puntuaciones más altas reflejan un mayor funcionamiento en todos los dominios<sup>48</sup>. Ha demostrado su fiabilidad para evaluar el nivel de funcionamiento en la Esquizofrenia (Hosseini, & Karkhaneh, 2011).

### **Consideraciones éticas**

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Tarapacá (18/2009) y el Servicio Nacional de Salud de Chile. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los pacientes y sus cuidadores principales. Se explicaron los objetivos del estudio, así como el carácter voluntario de la participación. No se ofreció ninguna compensación por la participación en el estudio.

### **Procedimiento**

En cada centro, durante una ventana de tres meses, se invitó a todos los pacientes a participar cuando acudían a sus controles mensuales. Dos psicólogos clínicos realizaron la evaluación de los pacientes en sus respectivos centros de salud mental, con una duración de entre 40 y 60 minutos. Las evaluaciones se realizaron bajo la supervisión del investigador principal.

Antes de iniciar la encuesta, se solicitó el consentimiento informado por escrito del paciente. A cada paciente y cuidador se le explicaron los objetivos del estudio y el carácter voluntario de la participación.

### **Análisis de datos**

Se calculó el índice de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach para todos los instrumentos del estudio. Se ejecutaron pruebas de Chi-cuadrado y pruebas *t de Student* para comparar la distribución de las variables clínicas y las características sociodemográficas de la muestra de pacientes. Se calculó la matriz de correlaciones de Pearson entre todas las variables del estudio para comprobar su relación con la variable dependiente. En última instancia se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando como método pasos sucesivos para examinar cómo las variables clínicas predicen el déficit cognitivo según la pertenencia a un grupo étnico.

Las pruebas de hipótesis estadísticas de los análisis de datos se realizaron a un nivel de significación del 5%. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software IBM SPSS versión 25.

## Resultados

Los resultados del análisis descriptivo de las variables del estudio y su distribución en la muestra de pacientes arrojaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en las principales características sociodemográficas, los síntomas cognitivos, los síntomas negativos, el ajuste pre mórbido, la cognición social y la funcionalidad entre el grupo con pertenencia étnica de los que no pertenecían a un grupo étnico. Sin embargo se observaron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas positivos ( $t = 2.704$ ;  $p < .01$ ), siendo mayor la sintomatología en el grupo de pacientes que no pertenecen a un grupo étnico. Las características descriptivas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características descriptivas de la muestra

<b>Media (d.t)</b>					
<b>Características Clínicas</b>		<b>Muestra total</b>	<b>Etnia</b>	<b>Sin Etnia</b>	<b>t</b>
Síntomas Cognitivos		6.20 (2.25)	5.9 (1.89)	6.42 (2.50)	1.574
Síntomas Positivos		7.62 (3.09)	7.02 (2.80)	8.13 (3.25)	2.704**
Síntomas Negativos		13.33 (5.63)	13.25 (5.33)	13.39 (5.90)	.174
Ajuste Pre mórbido		11.52 (4.45)	11.73 (4.07)	11.37 (4.70)	-.383
Cognición Social		39.08 (14.88)	40.03 (15.01)	38.29 (14.78)	-.873
Funcionalidad		67.26 (14.71)	68.65 (12.92)	66.09 (16.02)	-1.307
<b>Frecuencia (%)</b>					
<b>Características Sociodemográficas</b>		<b>Muestra total</b>	<b>Etnia</b>	<b>Sin Etnia</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Sexo	Masculino	129 (56.8%)	58 (25.6%)	71 (31.3%)	.088
	Femenino	98 (43.2%)	46 (20.3%)	52 (22.9%)	
Ocupación	Sin ocupación	164 (72.9%)	76 (33.8%)	88 (39.1%)	.077
	Con ocupación	61 (27.1%)	27 (12%)	34 (15.1%)	
Ingreso	Bajo el Mínimo	191 (92.3%)	8 (3.9%)	106 (51.2%)	.180
	Igual o Mayor al Mínimo	16 (7.7%)	8 (3.9%)	85 (41.1%)	
Hijos	Si	72 (31.7%)	35 (15.4%)	37 (16.3%)	.332
	No	155 (68.3%)	69 (30.4%)	86 (37.9%)	
Pareja	Si	45 (19.8%)	26 (11.5%)	19 (8.4%)	.292
	No	182 (80.2%)	97 (42.7%)	85 (37.4%)	

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

En la matriz de correlaciones (Ver tabla 2) se puede observar que todas las variables del estudio se correlacionan de manera significativa con el deterioro cognitivo. Particularmente la asociación de mayor magnitud se produjo con los síntomas positivos ( $r = .652$ ;  $p < .001$ ) y la funcionalidad ( $r = -.589$ ;  $p < .001$ ). Por otro lado, las asociación más débil se produjo con la cognición social ( $r = .279$ ;  $p < .001$ ). Los resultados muestran que resulta pertinente incluir todas las variables en el modelo de regresión múltiple.

**Tabla 2.** Matriz de correlaciones

	Síntomas Cognitivos
Síntomas Negativos	.366***
Síntomas Positivos	.652***
Ajuste Pre mórbido	.382***
Cognición Social	.279***
Funcionalidad	-.589***

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

En la tabla 3 se presentan los resultados de la regresión múltiple para el grupo de variables clínicas (Síntomas Positivos, Síntomas Negativos, Cognición Social, Ajuste Pre Mórbido y Funcionalidad) como predictores de la variable criterio (Deterioro Cognitivo). Para el caso de los pacientes con Esquizofrenia que no se identificaron con un grupo étnico, el modelo de regresión fue significativo ( $F = 10.704, p < .001$ ) explicando un 51% de la varianza del deterioro cognitivo ( $\Delta R^2 = .46$ ). El análisis de los coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) arrojó que tanto los síntomas positivos ( $\beta = .348, p < .01$ ) como la funcionalidad ( $\beta = -.405, p < .01$ ) fueron los predictores de mayor peso sobre la variable criterio. Del mismo modo, para el grupo de pacientes que se identificaron como pertenecientes a un grupo étnico, el modelo de regresión ( $F = 6.052, p < .001$ ) explicaba el 48% de la varianza del deterioro cognitivo ( $\Delta R^2 = .41$ ). El análisis de los coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) arrojó que tanto los síntomas positivos ( $\beta = .471, p < .01$ ) como la cognición social ( $\beta = .386, p < .01$ ) fueron las variables predictoras de mayor peso sobre la variable criterio.

**Tabla 3.** Resultados regresión múltiple

	Sin identificación Étnica		Con identificación Étnica	
	$R^2 = .51$		$R^2 = .48$	
	$\Delta R^2 = .46$		$\Delta R^2 = .41$	
	$F = 10.704^{***}$		$F = 6.052^{***}$	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$T$
Síntomas Negativos	-.065	-.584	.243	1.386
Síntomas Positivos	.348**	2.912	.471**	3.209
Ajuste Pre mórbido	.066	.495	.022	.141
Cognición Social	.122	.994	.386**	2.589
Funcionalidad	-.405**	-2.876	.082	.432

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

## Discusión

Utilizando los datos de 227 pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, el presente estudio analizó la relación entre un grupo de variables clínicas, el deterioro cognitivo y la pertenencia a un grupo étnico. Se procedió a elaborar un modelo de componentes individuales asociados al funcionamiento cognitivo como predictores del déficit cognitivo por medio del análisis de regresión lineal múltiple ejecutando modelos diferenciados según la pertenencia a un grupo étnico.

Los resultados arrojaron que los síntomas positivos, los síntomas negativos, el ajuste pre mórbido, la cognición social y el funcionamiento psicosocial fueron predictores significativos del deterioro cognitivo en los pacientes con Esquizofrenia, estos resultados fueron congruentes a los estudios previos (Green, 2016; MacBeth & Gumley, 2008; Schmael et al., 2007; Stefanatou et al., 2018; Keefe y Fenton, 2007, Kurtz et al., 2008, Nuechterlein et al., 2011). Particularmente, la sintomatología positiva fue el predictor de mayor peso en el modelo de regresión general para toda la muestra, este hallazgo realza la importancia del componente cognitivo asociado al significado que el individuo le atribuye a la experiencia psicótica, su comprensión de la misma y las formas de afrontar los síntomas positivos, recalando que el funcionamiento cognitivo es un elemento clave para reducir la angustia causada por la experiencia psicótica, corregir pensamientos y suposiciones que son incompatibles con la evidencia objetiva (Batinic, 2019).

Por otra parte, los resultados arrojaron diferencias en los predictores del déficit cognitivo en función de la pertenencia o no a un grupo étnico, lo que apoya la necesidad de explorar el funcionamiento cognitivo desde una perspectiva sociocognitiva (Kake, Garrett & Te-Aonui, 2016; Mascio et al., 2021). Es posible que las diferencias observadas en el deterioro cognitivo entre los subgrupos de la muestra de pacientes esté ligado a elementos internos característicos de su cosmovisión como las creencias culturales acerca de la naturaleza y el mundo social (Caqueo-Urizar, Breslau & Gilman, 2015). También es posible que existan otros aspectos externos a la cosmovisión, más relacionados con las dificultades o el desajuste que experimenta un grupo minoritario a la cultura dominante relacionado a experiencias negativas como el estigma, la discriminación, la pérdida de las tradiciones o las barreras culturales asociadas al acceso de la atención en salud (Caqueo-Urizar, Boyer, & Gilman, 2017). En esta línea, para los pacientes que se identificaron como pertenecientes a un grupo étnico, la cognición social fue un predictor de mayor peso en comparación al resto de variables que conformaban el modelo de regresión

general, esto puede significar que el deterioro cognitivo en este grupo de pacientes estará más relacionado con las dificultades para entender el mundo social, identificar emociones, sentirse conectado con los demás, inferir los pensamientos de las personas y reaccionar emocionalmente ante los demás, lo que puede acompañarse además de una pérdida significativa de la capacidad para mantener conexiones sociales y conservar el funcionamiento psicosocial (Green, Horan & Lee, 2015).

El presente estudio cuenta con distintas limitaciones y fortalezas. En primer lugar, el estudio emplea como método de categorización únicamente la autoidentificación a un grupo étnico por parte del paciente, este aspecto no permite diferenciar la diversidad en la adhesión a las tradiciones o prácticas propias de cada etnia. En segundo lugar, el deterioro cognitivo se midió utilizando el factor cognitivo del PANSS, si bien este puede reflejar déficits asociados a la capacidad verbal y a la memoria, no es lo suficientemente completo para la evaluación directa del funcionamiento cognitivo (Ehmann et al. 2004). Finalmente las características del muestreo por disponibilidad limitan la generalización de los resultados a la población de pacientes con esquizofrenia. A pesar de las limitaciones, los resultados de esta investigación realzan la necesidad de profundizar en el estudio de los déficits cognitivos en la Esquizofrenia desde una perspectiva sociocognitiva, donde el componente étnico refleja la necesidad de desarrollar abordajes terapéuticos diferenciales.

Los resultados de esta investigación proporcionan evidencia respecto a la relación entre los factores socio-culturales y el deterioro cognitivo en la misma línea que investigaciones previas en población latinoamericana (Czepielewski et al. 2021). Por lo que resulta necesario un abordaje específico para el deterioro cognitivo de la población con esquizofrenia en Chile. Futuras investigaciones deben profundizar en si las diferencias observadas en los perfiles cognitivos respecto al deterioro cognitivo se relacionan con aspectos culturales internos al grupo étnico o se relacionan con aspectos externos al grupo, relacionados con el ajuste al grupo o la cultura dominante.

## Conclusión

El deterioro cognitivo en la Esquizofrenia es un elemento central del trastorno y tiene un impacto significativo en la recuperación y los requerimientos del tratamiento. El modelo de regresión arrojó que los síntomas positivos fueron predictores del deterioro cognitivo en los pacientes con Esquizofrenia en la muestra general. También se observó un funcionamiento diferencial entre aquellos pacientes que se identificaron como pertenecientes a un grupo étnico de los que no, destacando la cognición social como un predictor significativo del deterioro cognitivo para el grupo de pacientes que se identificaron como pertenecientes a un grupo étnico. Los resultados arrojaron que los déficits cognitivos observados entre los pacientes y sus diferentes ascendencias étnicas se podrían beneficiar de un abordaje sociocognitivo en la planificación de los tratamientos.

## Agradecimientos

Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo ANID a través del Proyecto Fondecyt 1200785.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association Washington, DC.
- Barajas, A., Ochoa, S., Baños, I., Dolz, M., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Autonell, J., Sánchez, B., Cervilla, J. A., Foix, A., Obiols, J. E., Haro, J. M., & Usall, J. (2013). Spanish validation of the Premorbid Adjustment Scale (PAS-S). *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 187–194. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.007>
- Batinic B. (2019). Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 2), 181–184.
- Cannon-Spoor, H. E., Potkin, S. G., & Wyatt, R. J. (1982). Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 8(3), 470–484. <https://doi.org/10.1093/schbul/8.3.470>
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., & Gilman, S. E. (2017). Needs of Patients with Schizophrenia Among an Ethnic Minority Group in Latin America. *Journal of immigrant and minority health*, 19(3), 606–615. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0376-4>
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K., & Gilman, S. E. (2015). Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(11), 2753–2760. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1019-2>
- Caqueo-Urizar, A., Breslau, J., & Gilman, S. E. (2015). Beliefs about the causes of schizophrenia among Aymara and non-Aymara patients and their primary caregivers in the Central-Southern Andes. *The International journal of social psychiatry*, 61(1), 82–91. <https://doi.org/10.1177/0020764014544768>
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., & Fernández-Dávila, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.004>
- Cavieres F., A., & 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>
- Czepielewski, L. S., Alliende, L. M., Castañeda, C. P., Castro, M., Guinjoan, S. M., Massuda, R., Berberian, A. A., Fonseca, A. O., Gadelha, A., Bressan, R., Crivelaro, M., Louzã, M., Undurraga, J., González-Valderrama, A., Nachar, R., Nieto, R. R., Montes, C., Silva, H., Langer, Á. I., Schmidt, C., ... Gama, C. S. (2021). Effects of socioeconomic status in cognition of people with schizophrenia: results from a Latin American collaboration network with 1175 subjects. *Psychological medicine*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002403>
- Dickinson, D., Ramsey, M. E., & Gold, J. M. (2007). Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 532–542.
- Ehmann, T. S., Khanbhai, I., Macewan, G. W., Smith, G. N., Honer, W. G., Flynn, S., & Altman, S. (2004). Neuropsychological correlates of the PANSS Cognitive Factor. *Psychopathology*, 37(5), 253–258. <https://doi.org/10.1159/000081022>
- Ehrminger, M., Urbach, M., Passerieux, C., Aouizerate, B., Berna, F., Bohec, A. L., Capdevielle, D., Chereau, I., Clauss, J., Dubertret, C., Esselin, A., Faget, C., Fond, G., Honciuc, R. M., Jarroir, M., Mallet, J., Misdrahi, D., Pignon, B., Rey, R., Schürhoff, F., ... Roux, P. (2019). Modeling the Longitudinal Effects of Insight on Depression, Quality of Life and Suicidality in Schizophrenia Spectrum Disorders: Results from the FACE-SZ Cohort. *Journal of clinical medicine*, 8(8), 1196. <https://doi.org/10.3390/jcm8081196>
- Fresán, A., de la Fuente-Sandoval, C., Loyzaga, C., García-Anaya, M., Meyenberg, N., Nicolini, H., & Apiquian, R. (2005). A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 72(2–3), 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.03.021>
- García, R. R., Aliste, F., & Soto, G. (2018). Social Cognition in Schizophrenia: Cognitive and Neurobiological Aspects. *Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos*. Revista Colombiana de psiquiatría (English ed.), 47(3), 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.03.004>
- Green, M. F. (2016). Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional outcomes in patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(suppl 2), 8569.
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature reviews. Neuroscience*, 16(10), 620–631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
- Heinrichs, R. W., Miles, A. A., Ammari, N., & Muharib, E. (2013). *Cognition as a central illness feature in schizophrenia*. Cambridge University Press, New York, pp. 1–23.
- Hosseini, S. H.; & Karkhaneh Yousefi, M. (2011). Quality of Life and GAF in Schizophrenia Correlation Between Quality of Life and Global Functioning in Schizophrenia. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 5(2), 120–125.
- Keefe, T. R., Garrett, N., & Te Aonui, M. (2016). Cognitive neuropsychological functioning in New Zealand Māori diagnosed with schizophrenia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(6), 566–576. <https://doi.org/10.1177/0004867415607986>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Keefe, R. S., & Fenton, W. S. (2007). How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment?. *Schizophrenia bulletin*, 33(4), 912–920.
- Kurtz, M. M., Wexler, B. E., Fujimoto, M., Shagan, D. S., & Seltzer, J. C. (2008). Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. *Schizophrenia research*, 102(1-3), 303–311.
- LANCON, C., Aghababian, V., Llorca, P. M., & Auquier, P. (1998). Factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(5), 369–376. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10101.x>
- LEUCHT, S., KANE, J., KISSLING, W., HAMANN, J., ETSCHER, E., & ENGEL, R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2–3), 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.008>

- MacBeth, A., & Gumley, A. (2008). Premorbid adjustment, symptom development and quality of life in first episode psychosis: a systematic review and critical reappraisal. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 117(2), 85–99. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01134.x>
- Mascio, A., Stewart, R., Botelle, R., Williams, M., Mirza, L., Patel, R., Pollak, T., Dobson, R., & Roberts, A. (2021). Cognitive Impairments in Schizophrenia: A Study in a Large Clinical Sample Using Natural Language Processing. *Frontiers in Digital Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fgdth.2021.711941>
- Mihaljević-Peleš, A., Bajs Janović, M., Šagud, M., Živković, M., Janović, Š., & Jevtović, S. (2019). Cognitive deficit in schizophrenia: an overview. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 2), 139–142.
- Mohr, W. K. (1999). Discovering a dialectic of care. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 225-245.
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., Ventura, J., Asarnow, R. F., Gitlin, M. J., ... & Mintz, J. (2011). Neurocognitive predictors of work outcome in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(suppl\_2), S33-S40.
- Owen, M., Sawa, A. y Mortensen, P. (2016). Schizophrenia. *Lancet*, 388(10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
- Peralta Martín, V., & Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles [Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients]. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 22(4), 171–177.
- Reichenberg, A. A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 383.
- Reichenberg, A., & Harvey, P. D. (2007). Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychological bulletin*, 133(5), 833.
- Ryckmans, V., Kahn, J. P., Modell, S., Werner, C., McQuade, R. D., Kerselaers, W., Lissens, J., & Sanchez, R. (2009). Switching to aripiprazole in outpatients with schizophrenia experiencing insufficient efficacy and/or safety/tolerability issues with risperidone: a randomized, multicentre, open-label study. *Pharmacopsychiatry*, 42, 114–121.
- SanJuan, J., Prieto, L., Olivares, J. M., Ros, S., Montejo, A., Ferrer, F., et al. (2003). GEOPTE Scale of social cognition for psychosis. *Actas Esp Psiquiatr*, 31(3), 120–128.
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia research*, 150(1), 42-50.
- Schmael, C., Georgi, A., Krumm, B., Buerger, C., Deschner, M., Nöthen, M. M., Schulze, T. G., & Rietschel, M. (2007). Premorbid adjustment in schizophrenia--an important aspect of phenotype definition. *Schizophrenia research*, 92(1-3), 50–62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.01.016>
- Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L., & Eva, P. (2005). Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 43(3), 210-216.
- Sheffield, J. M., Karcher, N. R., & Barch, D. M. (2018). Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychology review*, 28(4), 509–533. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9388-2>
- Stefanatou, P., Karatosidi, C.-S., Tsompanaki, E., Kattoulas, E., Stefanis, N. C. y Smyrnis, N. (2018). Premorbid adjustment predictors of cognitive dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 267, 249–255. doi:10.1016/j.psychres.2018.0