

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Cognición social e inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Malan, Estefania.

Cita:

Malan, Estefania (2016). *Cognición social e inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/150>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/VnN>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

COGNICIÓN SOCIAL E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA

Malan, Estefania

Universidad Europea Miguel de Cervantes. España

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno asociado con perturbaciones cognitivas, conductuales, sociales y emocionales. Este trabajo analiza las diferencias en la Inteligencia Emocional (IE) y la Cognición Social (CS) entre pacientes que asisten al Instituto de Rehabilitación Psicosocial de Colonia, Uruguay (IRPC), y pacientes que no asisten. Un área en la que se observan déficits en éstos pacientes es la CS, definida como las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, incluyendo la habilidad para percibir las intenciones y los planes de otros. Para analizar los déficits emocionales presentes en la esquizofrenia, se analiza la IE, definida como la capacidad para percibir, comprender y regular las emociones propias y de los demás. RESULTADOS. La CS no presenta diferencias entre ambos grupos incluso los pacientes que asisten al IRPC presentan menos CS. Esto podría deberse a que la asistencia al IRPC favorece la conciencia de enfermedad del paciente, pudiendo admitir y reconocer sus limitaciones. En cuanto a la IE, el grupo de pacientes que asiste a rehabilitación presenta una media mayor que el grupo que no asiste. Esto podría deberse a que las habilidades emocionales que allí se trabajan, favorecerían un funcionamiento social más adecuado, incluso en ciertos aspectos cognitivos.

Palabras clave

Cognición Social, Inteligencia Emocional, Esquizofrenia

ABSTRACT

SOCIAL COGNITION AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DIAGNOSTIC

Schizophrenia is a disorder associated with cognitive, behavioural, social and emotional disturbances. This paper analyses the differences in Emotional Intelligence and Social Cognition between patients that assist to the Institute for Psychosocial Rehabilitation of Colonia, Uruguay (IRPC), and patients who do not assist. One area in which these patients present deficits is the Social Cognition, defined as the mental operations underlying social interactions, including the ability to perceive the intentions and plans of others. To analyse the emotional deficits present in schizophrenia, this study applies the Emotional Intelligence, defined as the ability to perceive, understand and regulate their own and other emotions. RESULTS. There is no difference in Social Cognition between both groups even patients that assist to the IRPC have fewer SC. This could be because IRPC assistance promotes awareness of disease so the patients may admit and recognize their limitations. For Emotional Intelligence, the group of patients that assists to rehabilitation has a higher average than the group that does not assist. This could be because emotional skills that are worked there, would favour a better social functioning, even in certain cognitive aspects.

Key words

Social Cognition, Emotional Intelligence, Schizophrenia

Entre las enfermedades mentales, la esquizofrenia es la más paradigmática. En la clínica se traduciría por comportamientos incomprensibles, y sus síntomas más llamativos fueron agrupados en el siglo XIX. Kraepelin (1907) a todos estos síntomas los reúne en una entidad clínica a la que denomina “Demencia Precoz” y los definió como un conjunto de síndromes clínicos, cuyo denominador común es la destrucción de la armonía interna de la personalidad con una participación preferente de la voluntad y afectividad. Años después, Bleuler (1924) propuso el término esquizofrenia (mente escindida), y distingue entre síntomas fundamentales o primarios y secundarios o accesorios, siendo para él lo fundamental, la ruptura del psiquismo. Aunque propuesto hace más de cien años, el término esquizofrenia, sigue resistiendo y sufriendo los ataques desde distintas posiciones. Actualmente Esquizofrenia, se refiere al conjunto de desórdenes que se caracterizan por: síntomas positivos (síntomas psicóticos: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, síntomas conductuales como catatonía, discurso desorganizado) y síntomas negativos (expresión emotiva disminuída o abulia, apatía, etc.). Desde el comienzo del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más de los ámbitos principales, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses, se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar con características psicóticas y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (American Psychiatric Association, 2013). La esquizofrenia es un trastorno mental grave que, entre otros aspectos, se caracteriza por presentar una serie de déficits cognitivos a los que en las últimas décadas se ha prestado más atención. La mayoría de los estudios neuropsiquiátricos durante este tiempo, se han centrado en los déficits en procesos cognitivos no sociales: atención, memoria y funcionamiento ejecutivo. Desde mediados de los 90, sin embargo, la investigación ha dado un vuelco en su foco de atención, redirigiéndose hacia la cognición social (Brüne, 2005). Las referencias respecto al déficit cognitivo en la esquizofrenia no son nuevas, incluso ya en las primeras descripciones clínicas del cuadro se apuntaba a que no sólo estos pacientes tienen delirios y alucinaciones, sino también alteraciones en la atención, pensamiento y volición (Higuera y Sagastagoitia, 2006). Los déficits en el funcionamiento social o los problemas comportamentales son característicos en pacientes con esquizofrenia y de manera muy frecuente preceden también al desencadenamiento de la psicosis, contribuyen a aumentar el número de recaídas y suelen empeorar el transcurso de la enfermedad (Pinkham, Penn, Perkins y Liberman, 2003). Este gran cambio en la investigación se ha fundamentado en la hipótesis de que la cognición social podría explicar en gran medida, el deterioro que se da en la esquizofrenia en el funcionamiento social (Ruiz, García y Fuentes, 2006). Podríamos definir la cognición social, como una parte de la cognición que implica la percepción, interpretación y el procesamiento de las señales sociales, así como la capacidad de responder en forma adecuada ante ellas. Partimos de la premisa de que las funciones cognitivas básicas tienen una

repercusión directa en la cognición social y la distorsión de esta cognición social sería lo que tendría relevancia específica en la esquizofrenia (Sharma y Harvey, 2000).

La gran relevancia que ha alcanzado la cognición social, está fundamentada por las siguientes razones, entre otras cosas: la evidencia empírica que relaciona el funcionamiento social con la cognición social (Brüne, 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Green et al., 2000), su protagonismo como una variable que media entre la neurocognición o cognición social básica y el funcionamiento social (Vauth et al., 2004), la aparición de nuevas investigaciones que muestran un sustrato neural de la cognición social (Pinkham et al., 2003) y la importancia que se le está dando al desarrollo de programas de intervención centrados en la cognición social en esquizofrenia (Ruiz et al., 2006). Además de que el hombre es un ser inteligente y social, también es un ser emocional. Las distintas formas de comportarnos, relacionarnos y comunicarnos, implican inteligencia, que aunque de manera inherente, a su vez, está impregnada de algún tipo de emoción (González Rodríguez, 2008). Una de las definiciones más ampliamente aceptada actualmente en la comunidad científica, incluye en una persona emocionalmente inteligente, habilidades básicas como “la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de los demás” (Mayer & Salovey, 1997 p. 5). Tanto Bar On (1997) como Goleman (2000) añaden al concepto, otros componentes adicionales tales como rasgos de personalidad o habilidades de tipo social o afectivo (Extremera et al., 2004). Respecto a las expresiones emocionales en pacientes con esquizofrenia, las diversas investigaciones vienen mostrando la vinculación entre el funcionamiento social y el reconocimiento de emociones (Couture et al., 2006) y es que en cierto grado, obtener interacciones sociales efectivas depende de la habilidad para reconocer expresiones emocionales (Hooker y Park, 2002). Son las emociones las que nos permiten vincularnos con nuestro alrededor, reconociendo las emociones en los otros y regulando las propias acorde a ellas. Una evidencia permanente de las emociones es nuestro cuerpo, por lo que estas reacciones fisiológicas pueden influir grandemente en el estado psicológico de las personas, llevándolas desde un estado de estabilidad hasta uno menos ajustado. Esto se puede observar cuando surgen enfermedades en donde se imposibilita la capacidad de reconocer los estados emocionales de otros, lo que acarrea como consecuencia el no poder vincularnos con los otros por la falta de empatía, lo cual es propio de un mayor desajuste de algunas enfermedades como por ejemplo, la esquizofrenia (Cereceda et al., 2010).

Este trabajo analiza las diferencias en la Inteligencia Emocional y la Cognición Social entre pacientes que asisten al Instituto de Rehabilitación Psicosocial de Colonia, Uruguay, y pacientes que no asisten. El Instituto funciona hace cinco años, y su gran objetivo de inicio fue la reinserción social de estos pacientes. Comenzó con talleres de Rehabilitación Psicosocial en grupo, trabajando intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudarlos a recuperar o adquirir las habilidades y capacidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma, así como el desempeño y manejo de las diferentes funciones tanto sociales como emocionales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse. Con el paso del tiempo, el grupo de pacientes se iba agrandando, había diferentes demandas, lo que hizo que comenzaran diferentes instancias, una es el taller de Rehabilitación Cognitiva (o “Gimnasia Cerebral”, como ellos lo nombran), trabajando con intervenciones que apuntan tanto al desarrollo cognitivo, especialmente, atención, memoria y funciones ejecutivas como también a aspectos de la cognición social, que de manera conjunta se van trabajando

en grupo. Otro taller fue el de Arte y por último Musicoterapia.

Consultando con la bibliografía del tema, se ha demostrado que los pacientes que reciben de manera simultánea farmacoterapia y psicoterapia, obtienen mejores resultados que aquellos que sólo reciben fármacos (Rojas, 2011).

MÉTODO

Participantes

La muestra total estuvo compuesta por 20 pacientes con esquizofrenia de 22 a 52 años ($M = 35,15$; $DE = 8,92$); de la cual se desprendieron dos grupos: uno constituido por 10 pacientes con esquizofrenia que asisten al Instituto de Rehabilitación Psicosocial de Colonia además de recibir el tratamiento farmacológico correspondiente con el Psiquiatra del Hospital, y otro integrado por 10 pacientes con esquizofrenia que no asisten al Instituto si bien reciben el tratamiento farmacológico correspondiente con el Psiquiatra del Hospital. La edad de comienzo de la enfermedad del total de la muestra oscila entre los 14 y 29 años ($M = 19,21$; $DE = 4,302$).

Instrumentos de Evaluación

Para evaluar algunos datos sociodemográficos se utilizó un breve cuestionario que incluía datos como: nombre, edad, edad de inicio de la enfermedad, años de tratamiento, etc. Para evaluar la Cognición Social de los participantes se utilizó el Cuestionario: GEOPTE (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia) (SanJuan et al., 2003). Es una medida de autoinforme que pretende relacionar los déficits cognitivos básicos (más concretamente la percepción subjetiva de los mismos) con la cognición social. El instrumento consta de 15 ítems que están formulados como preguntas cortas que son respondidos por medio de una escala con cinco opciones de respuesta (1= No; 2= Un Poco; 3= Regular; 4= Bastante y = Mucho). De éstos 15 ítems se recogen dos tipos de información: del ítem 1 al 7, se hace referencia a funciones cognitivas básicas y del ítem 8 al 15 se hace referencia a preguntas respecto a la cognición social. En la Escala GEOPTE, se recoge información de dos fuentes diferentes: 1) La Percepción subjetiva del propio paciente: asumiendo que aquí puede presentarse una distorsión provocada sobre todo por su estado de ánimo y su grado de conciencia de la enfermedad (insigth). 2) La evaluación del informante (los familiares o cuidadores): si bien también podría estar distorsionada, esta información es primordial al momento de tener una idea respecto del funcionamiento cotidiano del paciente y permite contrastarla con la visión que el propio paciente tiene respecto de sí mismo. También puede ser importante para planificar intervenciones familiares y programas de Rehabilitación.

Para evaluar la inteligencia emocional de los participantes se utilizó el Cuestionario: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), (Fernández-Berrocal; Extremera; Ramos, 2004). Es la primera medida de autoinforme para evaluar la Inteligencia Emocional desde el modelo de Inteligencia Emocional de Salovey & Mayer (1990, Mayer & Salovey, 1997). El TMMS-24, está compuesto por tres dimensiones que son claves: Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional y Reparación de las Emociones. Se le pide a la persona que valore cuanto de acuerdo está con cada uno de los ítems sobre una escala tipo Likert de 5 puntos (1= Totalmente desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo). 1) La atención a los sentimientos: es el grado que creen las personas que prestan atención a sus sentimientos y emociones. 2) Claridad emocional, alude a como creen las personas percibir sus emociones. 3) Reparación de las emociones, hace referencia a la creencia de la persona en su habilidad para impedir y regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos.

RESULTADOS

La prueba *t* para muestras independientes obtuvo los siguientes resultados ($t = -0,373$; $p = 0,714$). Esto nos permite concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales de Cognición Social según sean pacientes que asisten al Instituto de Rehabilitación ($M = 35,34$; $DE = 6,97$) o que no asisten al Instituto ($M = 36,79$; $DE = 10,13$). (Ver Tabla 1)

Tabla 1. *Medias y desvíos de los puntajes de Cognición Social en función de asistencia al Instituto.*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Asisten	35,34	6,97	-0,373	0,714
No Asisten	36,79	10,13		

La prueba *t* para muestras independientes obtuvo los siguientes resultados ($t = 0,820$; $p = 0,423$). Esto nos permite concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales de Inteligencia Emocional según sean pacientes que asisten al Instituto de Rehabilitación ($M = 82,10$; $DE = 23,24$) o que no asisten al Instituto ($M = 74,30$; $DE = 19,08$). (Ver Tabla 2)

Tabla 2. *Medias y desvíos de los puntajes de Inteligencia Emocional en función de asistencia al Instituto.*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Asisten	82,10	23,24	0,820	0,423
No Asisten	74,30	19,08		

La prueba *t* para muestras independientes obtuvo los siguientes resultados en cuanto a cada una de las dimensiones de la Inteligencia Emocional: en el factor Atención Emocional ($t = 1,325$; $p = 0,202$); en el factor Claridad Emocional ($t = 0,307$; $p = 0,763$) y en el factor Reparación de las Emociones ($t = 0,543$; $p = 0,594$). Esto nos permite concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las dimensiones de la Inteligencia Emocional según sean pacientes que asisten al Instituto de Rehabilitación (Atención Emocional ($M = 29,80$; $DE = 8,13$); Claridad Emocional ($M = 24,30$; $DE = 8,52$) y Reparación de las Emociones ($M = 28,00$; $DE = 8,27$)) o que no asisten al Instituto (Atención Emocional ($M = 25,30$; $DE = 7,00$); Claridad Emocional ($M = 23,10$; $DE = 8,97$) y Reparación de las Emociones ($M = 25,90$; $DE = 9,01$)). (Ver Tabla 3)

Tabla 3. *Medias y desvíos de los puntajes de cada dimensión de la Inteligencia Emocional en función de asistencia al Instituto.*

Dimensión	Asiste		No Asiste		Prueba <i>t</i>	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Atención Emocional	29,80	8,13	25,30	7,00	1,325	0,202
Claridad Emocional	24,30	8,52	23,10	8,97	0,307	0,763
Reparación Emocional	28,00	8,27	25,90	9,01	0,543	0,594

Cabe aclarar, que si bien no existe una diferencia estadísticamente significativa, sí se podría concluir que hay una tendencia estadística, ya que el grupo que asiste a rehabilitación presenta una media general y en cada dimensión de la Inteligencia Emocional, mayor al grupo que no asiste. Podría ser que el tamaño tan pequeño de la

muestra limite este resultado, pero que al aumentarlo, sí se observen diferencias en ambos grupos. Cuando los efectos son pequeños y el tamaño de la muestra es reducido, la potencia del contraste se reduce, por lo tanto, la capacidad para detectar diferencias significativas disminuye.

Y aquí es donde se encuentra uno de los problemas que están bajo la mira de los investigadores últimamente, sobre todo a raíz de la publicación de un artículo en donde se cuestiona la validez de muchas de las conclusiones obtenidas en el campo de las neurociencias (Button et al., 2013). ¿Por qué este cuestionamiento? Porque se emplean muestras pequeñas y esto lleva a una pérdida de potencia en los contrastes de hipótesis. Si bien la investigación en neurociencias se ha visto directamente afectada por este problema, no se trata de algo exclusivo de esta disciplina, sino de todos aquellos estudios que se basan en un tamaño muestral pequeño.

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que la Cognición Social no presenta diferencias entre los pacientes que asisten y no asisten al grupo de Rehabilitación. Teniendo en cuenta lo anterior, los términos, definiciones y subáreas que conforman la cognición social, en el contexto de la esquizofrenia, sigue siendo un objeto de debate. Wyer y Srull (1994, citado en Ruiz, García y Fuentes, 2006) señalan que existen más de cien definiciones diferentes de cognición social. A su vez, es escaso y limitado el número de medidas estandarizadas de cognición social y hasta cierto punto se desconoce el número de programas de intervención para pacientes con esquizofrenia, centrados en la atención a la cognición social (Ruiz, García y Fuentes, 2006). Los autores plantean que el término “cognición social” es multidimensional, lo cual es un desafío para su estudio y evaluación ya que no siempre se evalúan todas las dimensiones cuando la cognición social es el blanco de una investigación. En la actualidad, no se cuenta con ningún instrumento que brinde una puntuación de cognición social que resulte de la valoración en conjunto de todos los dominios de la cognición social (Fuentes, García, Ruíz, Dasi y Soler, 2011). La disponibilidad de escalas diseñadas para evaluar las distintas áreas de la cognición social está muy limitada en países de habla hispana, por un lado por la ausencia de escalas desarrolladas en español, y por otro por la falta de adaptaciones de escalas disponibles en inglés. A su vez, los servicios de rehabilitación demandan cada vez más la necesidad de instrumentos para evaluar los déficit en cognición social, primero, porque puede ser muy útil la evaluación de la cognición social en la valoración de la participación o no de un paciente en un programa de rehabilitación de la cognición social; y segundo, surge una necesidad de evaluar la efectividad de los programas de rehabilitación psicosocial (Fuentes, et al., 2011). Una posible hipótesis explicativa para este resultado que no dio diferencias en la cognición social en función de la asistencia a rehabilitación, podría ser que viendo las puntuaciones de cada grupo, se observa que el grupo que asiste a Rehabilitación incluso presenta menos cognición social (se observa en las medias) que el grupo que no asiste, es decir puntúa más alto. Esto podría deberse a que la asistencia a rehabilitación psicosocial y cognitiva, favorezca la conciencia de enfermedad del paciente y que el mismo sea capaz de admitir y reconocer sus limitaciones, ya que incluso ellos mismos se veían peor que como los veían sus propios informantes. Teniendo en cuenta lo anterior, Awad (2008) plantea que a pesar de que las intervenciones farmacológicas son efectivas, se ha comprobado la importancia de complementarlas con medidas de soporte psicosocial y programas de rehabilitación. Según investigaciones recientes, en promedio “un paciente que recibe tratamiento

combinado (psicológico y farmacológico) tiene mejor pronóstico que el 65% de los pacientes con tratamiento farmacológico solo” (Pfammatter, Dieter y Junghan, 2006, p. 66).

También, los resultados mostraron que la Inteligencia Emocional no presenta diferencias entre los pacientes que asisten y no asisten al grupo de Rehabilitación. Igualmente cabe mencionar que si bien no existe una diferencia estadísticamente significativa, sí se podría concluir que hay una tendencia estadística, ya que el grupo que asiste a rehabilitación presenta una media general y en cada dimensión de la Inteligencia Emocional, mayor al grupo que no asiste. Una posible explicación para este resultado, es que una gran limitación puede ser el pequeño tamaño de la muestra, probablemente, al aumentar la muestra sí lleguen a ser significativos los resultados. Sin embargo, es preciso destacar que la limitación de la muestra en estos estudios se relaciona, con que se trabaja con personas que sufren de una enfermedad, que no todas son diagnosticadas correctamente, y que no todas las diagnosticadas correctamente aceptan participar. Relacionado a lo anterior, Palmero y Mestre (2004) mencionan que las emociones pueden convertirse en poderosos reforzadores primarios aversivos o apetitivos que modifiquen o mantengan, no sólo comportamientos, sino también cogniciones como las que están implicadas en la Inteligencia Emocional. Como se puede apreciar, nuestras emociones también provocan cambios en nuestras cogniciones, y las convierte en negativas si una persona está triste o en positivas si está feliz. Estos cambios hacen que el sistema cognitivo, obligatoriamente vea las cosas desde una perspectiva diferente (Salovey y Birnbaum, 1989). Las personas con esquizofrenia, tal como se menciona en el proyecto MATRICS (Green et al., 2005) presentan déficits en distintos aspectos cognitivos: atención, memoria en funcionamiento, velocidad de procesamiento, memoria verbal, aprendizaje, etc., éstos déficits cognitivos, también se reflejan en el procesamiento emocional, más en concreto, en su Inteligencia Emocional. Y son estas limitaciones en sus habilidades emocionales las que ocasionan serios problemas en su funcionamiento social normal. Lo antes mencionado, hace pensar en los resultados obtenidos, pese a que no llegamos a una diferencia significativa, el grupo de pacientes que asiste a rehabilitación, presenta una media mayor en su Inteligencia Emocional en general y por dimensión que el grupo que no asiste. Teniendo en cuenta lo anterior, se podría hipotetizar que quizás éstas habilidades emocionales que presentan el grupo de Rehabilitación, podrían influir en un correcto funcionamiento social, incluso en ciertos aspectos cognitivos. Ya que como sostiene la bibliografía en muchas ocasiones, son nuestras emociones las que provocan cambios en las cogniciones, este resultado puede ser muy prometedor ya que si se trabajan los aspectos emocionales de nuestros pacientes, quizás se lograría una mejoría en su funcionamiento cognitivo y por consiguiente en su desenvolvimiento social. Kee y cols., (2003, citado en Selma, 2008) menciona que al parecer, el procesamiento emocional ejerce un papel de suma importancia entre las habilidades neuropsicológicas “de base” y el éxito de las mismas en una adaptación social funcional adecuada al entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia: conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista psiquiátrica de Uruguay*, 72(2), 121- 129.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-I): A test of emotional Intelligence*. Toronto, Canada: Multi Health Systems, Inc.
- Bleuer E. (1924). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Calpe; 1924.
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, „theory of mind? and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133, 135-147.
- Button K, Ioannidis J, Mokrysz C, Nosek B, Flint J, Robinson E & Munafò M. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience* 14, 365-376 (May 2013) | doi:10.1038/nrn3475
- Cereceda S, Pizarro I, Valdivia V, Ceric F, Hurtado E, Ibáñez A. (2010). Reconocimiento de emociones: Estudio Neurocognitivo. *Praxis . Revista de Psicología* N° 18 (29- 64), II Sem. 2010 ISSN 0717-473-X
- Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull*. 2006; 32 (1): 44-63.
- Extremera Pacheco, N.; Fernández Berrocal, P.; Mestre Navas, J. M. & Guil Bozal, R. (2004). Medidas de Evaluación de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, (002), 209-228.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fuentes I, García S, Ruíz, JC, Dasí C, Soler MJ (2011). La Escala de Cognición Social (ECS): Estudio piloto sobre la evaluación de la cognición social en las personas con esquizofrenia. *Rehabilitación Psicosocial* 2011; 8 (1 y 2): 2-7
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Buenos Aires, Argentina: Javier Vergara Editor S.A.
- González Rodríguez, O. (2008). Tesis Doctoral: Análisis y Validación de un Cuestionario de Inteligencia Emocional en diferentes Contextos Deportivos. Universidad del País Vasco.
- Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. (2000) Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the “Right Stuff”? *Schizophr Bull* 2000; 26:119-136
- Green MF, Nuechterlein KH.(1999) Should Schizophrenia Be Treated as a Neurocognitive Disorder? *Schizophr Bull* 1999; 25:309-318.
- Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the MATRICS new approaches conference. *Schizophr Bull*. 2005; 31: 882-887.
- Higuera, J, Sagastagoitia, E. (2006) Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 2006, Vol. 24, número 1-3, 72ágs.. 245-266. ISSN 0213-3334
- Hooker C, Park S. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 2002;112(1):41-50.
- Kraepelin E. (1907). *Introduction a la psychiatrie clinique*. Paris (France): Vigon; 1907.
- Mayer, J.D. & Salovey, P (1997). “What is Emotional Intelligence?” *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. New York: Basic Books.
- Palmero, F. y Mestre, J. M. (2004). Emoción. En J. M. Mestre y F. Palmero (Eds.), *Procesos Psicológicos Básicos* (pp. 215-247). Madrid: McGraw-Hill.
- Pfammatter, M., Junghan, U. & Dieter, H. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Metaanalyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 64- 80.
- Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O. y Lieberman, J.A. (2003). Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 815-824.

- Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O. y Lieberman, J.A. (2003). Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 815-824.
- Rojas A M (2011). Eficacia de la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia. *Revista de Psicología – Universidad Viña del Mar* Vol. 1, Nº 1, Año 2011
- Ruiz, J.C, García, S, Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 2006, Vol. 24, número 1-3, 76ágs.. 137-155. ISSN 0213-3334.
- Salovey, P & Mayer, J.D (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, cognition and personality*. Pág. 185-211.
- Salovey, P. y Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health related cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 539-551.
- San Juan J, Prieto L, Olivares JM, Ros S, Montejo A, Ferre F, Mayoral F, González-Torres MA y Bousoño M. (2013). Escala GEOPTe de Cognición Social para la psicosis. GEOPTe (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia). *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31 (3): 120-128.
- Selma Sánchez, Hugo (2008). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Cuad. Neuropsicol.* Vol. 2 Nº 2; Noviembre 2008, pp. 79-134.
- Sharma, T., & Harvey, P. (2000). *Cognition in schizophrenia: Impairments, importance, and treatment strategies*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Vauth R, Rüsç N, Wirtz M, Corrigan PW. (2004) Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Res.* 2004; 128: 155-165.