



Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

Cognición social y sintomatología en esquizofrenia

-Trabajo de Final de Máster-

Autora: Jessica Serret Llobet

Tutor: Josep Pena Garijo

11 de Noviembre de 2015

Curso 2014-2015

Cognición social y sintomatología en esquizofrenia

RESUMEN.

Introducción: En las dos últimas décadas hay un interés creciente en el estudio de la cognición social en pacientes con esquizofrenia. La cognición social se define como las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales. La evidencia empírica relaciona la cognición social con el funcionamiento social, su papel como variable mediadora entre la cognición social básica o neurocognición y el funcionamiento social y la atención que se ha dado y se está dando al desarrollo de programas de intervención en esquizofrenia centrados en la cognición social. La cognición social incluye cuatro dominios: reconocimiento de emociones, teoría de la mente, estilo atribucional y percepción y conocimiento social.

Material y métodos: El estudio se desarrolló con una muestra de 8 pacientes a los que se pretendía evaluar la relación existente entre sintomatología del espectro psicótico y tres dimensiones de la cognición social: reconocimiento de emociones, teoría de la mente y estilo atribucional.

Resultados: Resultó estadísticamente significativa la relación entre la puntuación de la PANSS y reconocimiento emocional y estilo atribucional. También fue significativa la puntuación obtenida en la Prueba de Reconocimiento de Evaluación de Emociones y años de evolución de la enfermedad.

Conclusión: En trabajo se demostró que hay una relación clara entre la gravedad de la sintomatología psicótica y dos dominios de la cognición social (reconocimiento de emociones y estilo atribucional). Relación que se viene demostrando en los últimos años en la literatura y que demuestra la importancia de realizar intervenciones en este ámbito para la recuperación integral del paciente.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, cognición social, sintomatología, estilo atribucional, teoría de la mente, reconocimiento de emociones.

Social cognition and symptoms in schizophrenia

ABSTRACT

Introduction: Over the past two decades there has been a growing interest in the study of social cognition in patients with schizophrenia. Social cognition is defined as the mental operations underlying social interactions. The empirical evidence linking cognitive social with social functioning, her role as intermediary variable between social cognition or neurocognition and social functioning, and the attention that it has been given to the development of intervention programmes focused on schizophrenia social cognition. Social cognition includes four domains: recognition of emotions, theory of mind, attributional style and perception and social knowledge.

Material and methods: The study was conducted with a sample of 8 patients which were aimed to assess the connection between psychotic symptoms and three domains of social cognition: *recognition of emotions, theory of mind, attributional style.*

Results: It turned out statistically significant the connection between PANSS and emotional recognition and attributional style. Also significant was the score on the Test of Emotion Recognition and evaluation and years of disease progression.

Conclusion: This study showed that there is a clear connection between the gravity of psychotic symptoms and two domains of social cognition (recognition of emotions and attributional style). A connection in recent years in the literature and which proves the importance of interventions in this area for the full recovery of the patient.

KEY WORDS: Schizophrenia, Social Cognition, attributional style. theory of mind, recognition of emotions.

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág. 3-8
2. Método:	
a. Participantes.....	Pág. 8
b. Procedimientos.....	Pág. 8-9
c. Medidas de evaluación.....	Pág. 9-11
d. Análisis estadístico.....	Pág. 11
3. Resultados:	
a. Estadística descriptiva.....	Pág. 11-14
b. Estadística inferencial.....	Pág. 14-15
4. Discusión.....	Pág. 15-17
5. Bibliografía.....	Pág. 18-20
6. Anexo I.	

1. Introducción.

En las dos últimas décadas existe un interés creciente en el estudio de la cognición social en las personas con esquizofrenia. Uno de los primeros investigadores que desarrolló de forma extensa el estudio de la cognición social fue Frith en la década de 1990 cuando en su libro *Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia* describe el modelo explicativo en el que señala que los pacientes esquizofrénicos presentan dificultades en la interpretación de su conducta, como resultado de sus propias intenciones y pueden interpretar sus actos bajo control ajeno.

El estudio de la cognición social empieza a tener mayor relevancia cuando, desde el proyecto MATRICS (Investigación en la mediación y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia) se identificaron en su reunión de Abril de 2003, siete ámbitos cognitivos críticos en que los pacientes con esquizofrenia presentaban déficits: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas, y cognición social.

La relevancia que ha alcanzado la cognición social está originada, entre otras, por las siguientes razones: la evidencia empírica que relaciona la cognición social con el funcionamiento social (Brüne, 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Green, Kern, Braff y Mintz, 2000), su papel como variable mediadora entre la cognición social básica o neurocognición y el funcionamiento social (Brekke, Kay, Lee y Green, 2005; Vauth, Rüschi, Wirtz y Corrigan, 2004), la aparición de trabajos que muestran un sustrato neuronal de la cognición social (Adolphs, 2001; Insel y Fernald, 2004; Pinkham, Penn, Perkins y Lieberman, 2003) y la atención que se ha dado y se está dando al desarrollo de programas de intervención en esquizofrenia centrados en la cognición social (Andres, Benner, Pfammatter y Roder, 2001; Penn, Jones y Munt, 2005).

Cognición social

En el momento actual no existe un consenso acerca de la definición del término cognición social. Un reciente trabajo del National Institute of Mental Health la ha definido como las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, incluyendo los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros. Otra definición propuesta por Adolphs (2011) considera la cognición social como la capacidad de construir representaciones entre uno mismo y otros y usar estas representaciones flexiblemente para guiar los comportamientos sociales. En otros términos, se define como el conjunto de habilidades necesarias para desenvolverse de forma efectiva en las interacciones sociales.

Entendemos que la cognición social es un constructo multidimensional que incluye varios dominios. Según la literatura estos dominios son cuatro: procesamiento emocional, teoría de la mente, estilo atribucional y percepción social y conocimiento social.

El *procesamiento emocional* hace referencia a la habilidad de la persona de inferir información social (por ejemplo, lo que una persona siente) a partir de expresiones faciales, inflexiones de la voz o alguna combinación de ellas. El conocimiento en este dominio se ha nutrido de estudios de percepción del afecto facial, los cuales utilizan tareas en las que se presentan fotografías de caras de personas para identificar en ellas las seis emociones básicas (alegría, miedo, tristeza, asco, sorpresa o vergüenza). En la literatura está descrito que los pacientes con esquizofrenia muestran un deterioro en comparación con sujetos control en este tipo de tareas. Se ha postulado una relación entre el estado clínico y la capacidad de reconocer las expresiones faciales. Los pacientes estabilizados tendrían un mejor desempeño respecto al de las fases agudas. Sin embargo, parece ser que la dificultad para reconocer las emociones es una característica permanente desde el inicio de la enfermedad. En numerosos estudios se ha demostrado que los pacientes tienen mayor dificultad para reconocer emociones negativas, como el miedo y el asco, así como en el reconocimiento de caras neutras, ante las cuales suelen identificar emociones negativas. El miedo es la emoción que con menos precisión se percibe. Respecto a los hallazgos significativos de cognición social y género, Weiss et al (2007) encontraron una diferencia significativa respecto al género en el reconocimiento de expresiones neutras. Las mujeres interpretaban erróneamente los rostros neutros como tristes, y los varones señalaban como enfadados los rostros neutros.

El término *teoría de la mente* (ToM es sus siglas en inglés; Theory of Mind) fue utilizado por primera vez por Premack y Woodruff para hacer referencia a la capacidad de hacer inferencias sobre los estados mentales de otros, como por ejemplo, intenciones, disposiciones y creencias (Brune, 2005; Mazza, de Rasio, Surian, Roncote y Casacchia, 2001; Schenkel, Spaulding y Sivlerstein, 2005). Según la «hipótesis del cerebro social» de Brothers, la ToM es una respuesta evolucionista a los cambios que presenta el cerebro frente a un entorno social cada vez más complejo. Los estudios iniciales y más importantes sobre la ontogenia de la ToM se han llevado en el campo de los trastornos del espectro autista (Baron-Cohen, 1989), aunque hay estudios recientes en pacientes con demencia frontotemporal y trastorno bipolar, entre otros. Frith (1992) hace una analogía entre el autismo y la esquizofrenia para explicar los síntomas ante una lesión de la ToM; el paciente con esquizofrenia sabe que existen estados mentales del otro, pero pierde la capacidad de deducirlos; sin embargo, el niño autista no sabe que existen dichos estados mentales, porque el déficit está presente desde su nacimiento.

Existen diferentes modelos explicativos de la teoría de la mente. Los modelos más conocidos se enumeran a continuación:

1. *Perspectiva modular* (Fodor, 1983). En ella se presupone que la ToM se limita al procesamiento únicamente de la información con contenido social. Desde esta perspectiva surge el llamado «procesador de selección» que separa la información contextual relevante de la irrelevante. La falta de este procesador en la

esquizofrenia podría explicar la dificultad de filtrado que se observa en estos pacientes.

2. *Perspectiva teoría-teoría o «metarepresentacional»* (Perner, 1991). Durante la infancia se adquieren distintos niveles de habilidades representacionales, lo que permite teorizar acerca de las representaciones de los otros.
3. *Modelo de Hardy-Baylé* (1994). Hipotetiza que una ToM deficitaria estaría relacionada con un déficit ejecutivo. Según esta hipótesis, los pacientes con desorganización del pensamiento, el lenguaje y las habilidades sociales son los que peor realizarían las tareas de ToM. Siguiendo este modelo, solo se presentaría déficit en ToM en aquellos pacientes con predominio de la desorganización; sin embargo, hay estudios controvertidos al respecto.
4. *Teoría de la simulación* (Gallese y Goldman, 1998). Se basa en la existencia de neuronas espejo encargadas de la empatía, localizadas en la corteza inferior izquierda, que se activan cuando se observan en los demás determinados movimientos en las manos o boca.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia tienen comprometida su capacidad para inferir cuáles son los estados mentales de otras personas y para atribuirse ellos mismos estados mentales o atribuirlos a otros (Brune, 2003, 2005). Esta carencia, según el modelo de Firth (1992), sería responsable de problemas para monitorizar los pensamientos e intenciones de otros y de problemas para explicarse y predecir su propia conducta.

Sin embargo, la literatura no aporta datos concluyentes al respecto, pues algunos autores indican que es necesario tener una ToM sin deterioro para posteriormente poder desarrollar ideas delirantes de persecución (Walston, 2000). Se ha postulado que estos pacientes pudieran compensar este déficit en la Tom mediante la utilización de la inteligencia general.

Otro de los debates es la consideración del déficit ToM como rasgo estable de la esquizofrenia, o se trata más bien de una variable estado que mejora cuando remite la sintomatología, principalmente la positiva.

El *estilo atribucional* hace referencia a las explicaciones o razones que uno da a las causas de resultados negativos o positivos. La mayor parte de la investigación en esta área, considera la relación entre errores de atribución y síntomas específicos. (Lysaker, 2004). Los estudios sobre estilo atribucional en relación al delirio se han centrado en la dimensión de internalidad. En los primeros que se realizan al respecto, utilizando el *Attributional Style Questionnaire* (ASQ) con diferentes muestras de sujetos, se encuentra que los sujetos delirantes mostraban una tendencia totalmente contraria a los depresivos, mostrando un estilo atribucional causal completamente opuesto que consiste en la externalización de la causa de los eventos negativos en los sujetos paranoides y la internalización de la causa de los eventos negativos en los sujetos deprimidos, y un estilo atribucional que se

encuentra en medio de los dos en el grupo de pacientes paranoides con depresión (Kaney y Bentall, 1989; Candido y Rommey, 1990; Kinderman, Kaney, Morley y Bentall, 1992; Fear, Sharp y Healy, 1996; Won y Lee, 1997; Sharp, Feary Healy, 1997).

Finalmente otro de los sesgos atribucionales que aparece en las personas con esquizofrenia es su tendencia a saltar a conclusiones de forma precipitada, sin permitir que sus juicios se basen exclusivamente en su evidencia (Penn, Jones y Munt, 2005). Algunos estudios indican que el salto a conclusiones es estable en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia; y es más frecuente en familiares y personas con alto riesgo a desarrollar psicosis que en la población general (Peters et al., 1999; Peters and Garety, 2006; Van Dae et al., 2006; Broome et al., 2007). Sin embargo otros estudios sugieren que este sesgo atribucional mejora tras intervenciones psicofarmacológicas y psicológicas (Menon et al., 2008; Moritz et al., 2011).

Bentall et al. (2001) sugieren que tal vez los déficit en la teoría de la mente no estén asociados de forma tan directa a la fenomenología delirante pero sí puedan ser un factor importante asociado a algunos de los mecanismos que desencadenan este síntoma. Así, los procesos atribucionales, tan relacionados con las creencias delirantes, reflejan nuestra capacidad para entender las situaciones sociales, lo que implica el manejo de una teoría de la mente que nos ayude a entender a los otros. Kinderman, Dunbar y Bentall (1998) llevan a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre estilos atribucionales y capacidades de mentalización en la población normal. Los resultados muestran que aquellos sujetos que cometían más fallos a la hora de evaluar estados mentales de los otros, mostraban una mayor tendencia a realizar atribuciones personalizantes (atribuir la causa de los eventos a las personas) que los que ejecutaban bien estas tareas, que realizaban más atribuciones situacionales (atribuir la causa de los eventos a las situaciones y no a los demás). Aunque los resultados de estos estudios, hasta la fecha, se muestran difíciles de materializar en una hipótesis específica sobre los déficit de mentalización en relación con la creencia delirante, y no se sabe qué papel están desempeñando en su formación y/o mantenimiento, sí muestran que existe un fallo en este tipo de capacidades relacionado con la sintomatología psicótica.

La *percepción social* y el *conocimiento social* se presentarán juntos dada su clara conexión la una con la otra. La percepción social se asocia a las capacidades para valorar reglas y roles sociales, así como para valorar el contexto social. Dichos procesos ayudan a situar e interpretar adecuadamente las situaciones en las que pueda verse envuelto uno.

La percepción social implicaría dos fases, la primera encargada de la identificación o categorización inmediata de la conducta y la segunda, ocupada en decidir si la conducta observada se debe a estados estables o a factores situacionales. Esta última fase es más

costosa ya que requiere un análisis inferencial y en ella en donde los pacientes presentan mayores déficit por sus dificultades para modificar primeras impresiones.

El conocimiento social hace referencia al entendimiento de la persona de los roles sociales y de las reglas y convenciones sociales.

Bases neuroanatómicas en la cognición social.

El creciente interés por la cognición social también ha dado lugar a un incremento de estudios basados en la búsqueda de las estructuras neuroanatómicas implicadas en la cognición social.

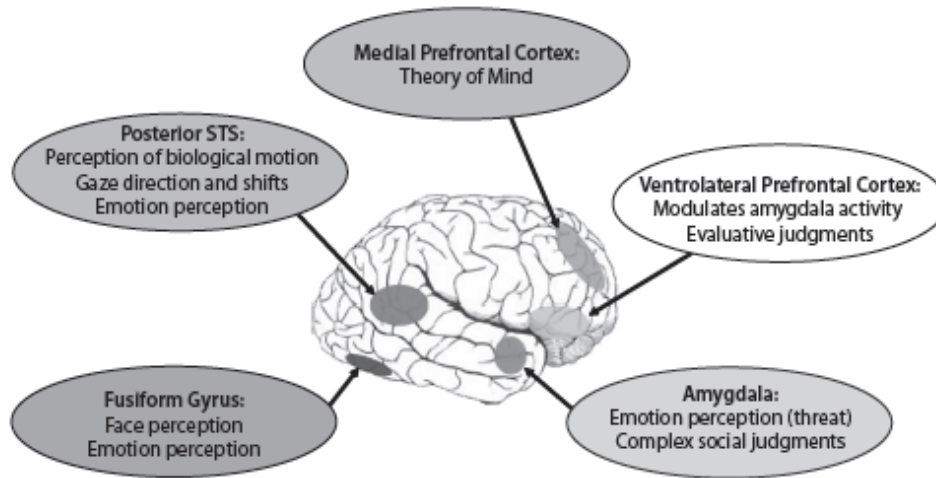
A continuación se describen las principales áreas implicadas (Figura 1):

1. El giro fusiforme (FG) y el surco superior temporal (STS) están implicados el procesamiento de las expresiones faciales. El FG se encarga de las tareas centradas en reconocimiento facial y el STS de los aspectos cambiantes en la cara, como pueden ser los movimientos de ojos y boca.
2. La amígdala es la responsable de dirigir la atención a estímulos y ha sido específicamente vinculada con las emociones negativas y conductas amenazantes.
3. La cuarta región implicada es el córtex prefrontal medial (CPM) que está implicado en la ToM y puede estar específicamente relacionado con la autorreflexión.
4. Y por último, el córtex prefrontal ventrolateral (CPVL) que modula la actividad de la amígdala durante el proceso de evaluar los estímulos faciales.

A pesar de que cada región se encarga de una tarea específica es importante remarcar que hay evidencias científicas que constatan conexiones entre las diferentes áreas implicadas en la cognición social.

Debido al reciente interés del estudio de la cognición social y ante la falta de estudios que aporten datos más concluyentes, nos proponemos evaluar en el presente trabajo de investigación la relación entre la cognición social y la sintomatología en la esquizofrenia con el objetivo de poder ampliar nuestro conocimiento y emplear las estrategias más adecuadas para conseguir la recuperación de los pacientes con esquizofrenia.

Figura 1. Bases neuroanatómicas de las cognición social^a



^a Basado en datos de Pinkham et al (2003)

2. Metodología.

El diseño del presente estudio es de tipo observacional, transversal y analítico. En él pretendemos evaluar la relación existente entre sintomatología del espectro psicótico y tres dimensiones de la cognición social: reconocimiento de emociones, teoría de la mente y estilo atribucional.

a. Participantes

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Media Estancia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón durante el mes de agosto de 2015. Para la elección de la muestra se revisaron las historias clínicas de los cuarenta pacientes ingresados y se seleccionaron ocho pacientes para participar en el estudio siguiendo los criterios de inclusión. (Tabla 1)

Tabla 1. Criterios de inclusión:

- Edad > 18 años y < 65 años.
- Diagnóstico de esquizofrenia según criterios DSM-5
- Coeficiente intelectual > 100.

b. Procedimiento.

Para la recogida de datos se elaboró un cuaderno donde constaban las diferentes variables a estudio así como información del trabajo para el paciente y el consentimiento informado (anexo 1).

Las variables a recoger fueron: sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, estado laboral), clínicas (años de evolución, número de ingresos hospitalarios, duración de los ingresos, antecedentes de consumo de tóxicos, tratamiento farmacológico, tratamiento rehabilitador) y resultados de cinco pruebas psicométricas (escala de síntomas positivos y negativos, prueba de evaluación de reconocimiento de emociones, Test de las insinuaciones, cuestionario sobre el estilo atribucional, y la *beads task*).

Una vez reclutada la muestra se informó a los pacientes de su participación en el estudio, a través del psiquiatra de referencia de la unidad y si estos aceptaban participar se les citaba para la recogida de datos y pase de escalas. Los ocho pacientes seleccionados colaboraron en el estudio.

La recogida de datos se realizó en una sola sesión, con un descanso de una hora y tuvo lugar en la Unidad de Media Estancia.

En la primera parte se informó al paciente del estudio, se le invitaba a leer la información sobre el mismo, firmaba el consentimiento informado y se procedía a la recogida de datos sociodemográficos y clínicos. Éstos últimos fueron contrastados, más tarde, con la historia clínica informatizada del paciente.

En la segunda parte se realizó la entrevista con la escala de síntomas positivos y síntomas negativos (PANSS), la prueba de evaluación del reconocimiento de emociones, el test de insinuaciones, el cuestionario de estilo atribucional y la *beads task*.

Una vez recogidos los datos se puntuaron los resultados de las pruebas psicométricas y se elaboró una base de datos con el software estadístico PSPP 0.8.5.

c. Medidas de evaluación.

Las variables clínicas a estudio fueron: años de evolución, número de ingresos hospitalarios, duración de los ingresos, antecedentes de consumo de tóxicos, tratamiento farmacológico y rehabilitador. La presencia de sintomatología del espectro psicótico se evaluó a través de la adaptación española de Peralta y Cuesta (1994) de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). La PANSS es una entrevista y escala de observación en la que se evalúa el síndrome esquizofrénico desde el punto de vista dimensional y desde el categorial. Consta de 30 ítems; 7 para la escala positiva (PANSS-P), 7 para la escala negativa (PANSS-N) y 16 para la escala de psicopatología general (PANSS-PG). El tiempo de administración es de 30-40 minutos. Las puntuaciones oscilarán entre 7 y 49 en las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 en las escala de psicopatología general.

La habilidad de reconocer la expresión de emociones se valoró mediante la Prueba de Evaluación de Reconocimiento de Emociones (PERE) elaborada por el equipo que integra el *Proyecto Scores* (Social Cognition on Rehabilitation on Schizophrenia). Se trata de un test formado por 56 fotografías (28 de hombre y 28 de mujer), que valora la percepción de las 6 emociones básicas: alegría, tristeza, enfado, sorpresa, miedo y asco. También incluye 8 fotografías con expresión neutra. Esta prueba, a pesar de encontrarse en fase experimental, ha sido validada en estudios previos (Benito, Lahera, Herrera, Muncharaz, Benito, Fernández-Liria, 2013; Gil, Fernández, Bengochea, Arrieta y Pérez-Fuentes, 2014; Gil, Fernández, Bengochea, Arrieta. Martínez-Domínguez, Penadés, Segura, González y Catalán, 2015)

La valoración de la teoría de la mente se evaluó a través del Test de la Insinuaciones, una adaptación al español de la *Hinting Task* (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea y Arrieta, 2011). Es un test que incluye diez historias breves, que el evaluador puede leer a los sujetos las veces que sea necesario para asegurar una correcta comprensión de las mismas. En todas las historias aparecen dos personajes, y al final de cada una, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara. Si el sujeto responde adecuadamente se puntúa con un 2, si no, se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión se puntúa con un 1. Una respuesta incorrecta equivale a un 0. La puntuación total de la prueba va de 0 a 20. Existe una versión reducida (historias 2, 3, 6, 7 y 9) que, según Gil, ha demostrado mejor consistencia interna que el total de 10 historias, por lo que se considera de elección a la hora de evaluar la teoría de la mente.

Finalmente para medir las explicaciones dadas a los eventos en las dimensiones de internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad, utilizamos el cuestionario de estilo atribucional de Peterson y Seligman (1984). El cuestionario consta de doce sucesos hipotéticos, seis acontecimientos buenos y seis sucesos aversivos. Acerca de cada uno de ellos se le hacen al sujeto cuatro preguntas: a primera se refiere a qué causa le atribuiría al suceso y las siguientes tres preguntas corresponden a los registros de las dimensiones de internalidad - externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad- especificidad. En una escala de 7 puntos, donde 1 corresponde al máximo de externalidad, inestabilidad y especificidad, y 7 al máximo de internalidad, estabilidad y globalidad. Se suman las puntuaciones totales para los eventos negativos y los positivos y la resta entre ambos nos dará una puntuación entre -18 y +18, que se categoriza en diferentes estilos atribucionales.

Dentro del estilo atribucional tenemos el fenómeno conocido como salto a conclusiones, que se mide a través de la *beads task*. En él se informa a los

participantes la existencia de dos jarras con bolas de los mismos colores pero con diferente proporción en cada una de ellas. El evaluador indica que una de las dos jarras ha sido seleccionada y el participante tiene que decidir qué jarra ha sido la elegida a partir de las bolas que se muestran. El número de bolas que el paciente necesita ver para emitir un resultado, es la puntuación de la prueba. Se considera salto a conclusiones emitir un juicio después de extraer 1 o 2 bolas (Brett-Jones et al., 1987).

d. Análisis estadístico.

El análisis estadístico se realizó con el programa PSPP 0.8.5.

Las pruebas que se utilizaron en este trabajo eran no paramétricas y había una importante vulnerabilidad de la normalidad ($n=8$).

Para analizar la relación entre las variables cuantitativas (puntuación PANSS, Test de las insinuaciones, Cuestionario de estilo atribucional y *Beads tasks*) y puntuación PERE- años de evolución de la enfermedad se empleó la correlación de Spearman (r_s) y posteriormente se calculó el nivel de significación. Para ello se asumía como H_0 que las dos variables no estaban relacionadas entre ellas, siendo el propósito de la prueba rechazar esta hipótesis. Este rechazo ocurría cuando el valor del coeficiente de correlación de Spearman superaba a un valor crítico que se encuentra en tablas *ad hoc* (tabla 1).

La posible relación entre la puntuación de la PANSS con el Cuestionario de estilo atribucional; y el Cuestionario de estilo atribucional con Test de las insinuaciones (versión completa y reducida) se calculó mediante el estadístico Kruskal-Wallis con un nivel de significación $p < 0,05$.

Finalmente, la asociación entre los resultados obtenidos en la PERE y el género de los participantes se obtuvo a través de la prueba de Mann-Whitney.

3. Resultados.

Estadística descriptiva.

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra. El 75% de los participantes eran varones. La edad media de la muestra era de 36,38 (DT 13,30). El 37,5% tenía estudios de ciclo superior incompleto y el 75% era pensionista.

En cuanto a las variables clínicas (Tabla 2) podemos decir que la evolución media de la enfermedad fue de 11,50 años con una gran diferencia entre participantes (rango 1 – 40 años). El 50% había ingresado en 2-3 ocasiones desde el inicio de la enfermedad y con

una duración media de los ingresos de 30-40 días. El 25% tenía antecedentes de consumo de tóxicos, siendo el consumo principal el de cannabis.

El 87,50% de la muestra estaba en tratamiento con antipsicóticos orales y de larga duración y el 100% de la muestra había recibido tratamiento rehabilitador. En cuanto a los dispositivos de rehabilitación utilizados, en hospital de día estuvo el 50% de los pacientes, en CRIS el 37,5% y en unidad de media estancia el 100%.

Tabla 1 Características de la muestra

Características demográficas	Pacientes (n=8)
Sexo	
Varón	6 (75%)
Mujer	2 (25%)
Edad media	
	36,38 ± 13,30
Nivel educacional	
Estudios básicos incompletos	1 (12,5%)
Estudios básicos completos	2 (25%)
Ciclo secundario incompleto	3 (37,5%)
Ciclo secundaria completo	1 (12,5%)
Estudios universitarios completos	1 (12,5%)
Estado civil	
Soltero	6 (75%)
Pareja/casado	2 (25%)
Estado laboral	
Desempleo	1 (12,5%)
Pensionista	6 (75%)
Estudiante	1 (12,5%)

El 87,50% de la muestra estaba en tratamiento con antipsicóticos orales y de larga duración y el 100% de la muestra había recibido tratamiento rehabilitador. En cuanto a los dispositivos de rehabilitación utilizados, en hospital de día estuvo el 50% de los pacientes, en CRIS el 37,5% y en unidad de media estancia el 100%.

La puntuación media de la PANSS fue de 62,13 (DT 14,76) y los puntajes por subescalas fueron los siguientes: 14,88 (DT 3,23) para síntomas positivos, 17,88 (DT 6,36) para síntomas negativos y 29,38 (DT 6,30) para psicopatología general.

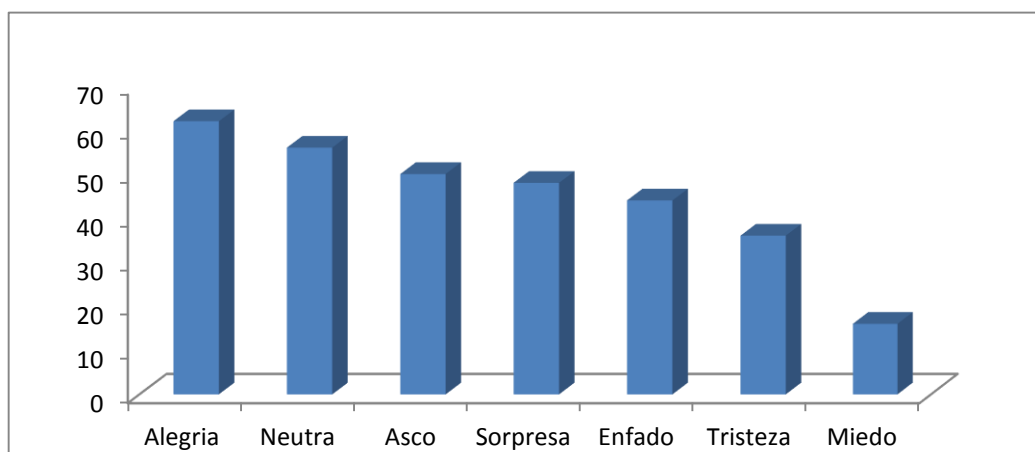
En la PERE las emociones que se identificaron con mayor dificultad fueron miedo y tristeza y con menor alegría y emoción neutra (Tabla 3).

En la valoración de la teoría de la mente mediante el Test de las Insinuaciones se apreció una puntuación media de 14,25 (DT 3,49) en la versión de 10 historias y 7,25 (DT 2,12) en la versión reducida. En cuanto a los resultados de las historias por separado se apreció que las historias 1 y 6 obtuvieron las peores puntuaciones y las historias 3 y 4 las mejores. (Tabla 4).

Tabla 2 Características de la muestra

Características clínicas	Pacientes (n=8)
Años de evolución	11,50 ± 14,52
Número de ingresos hospitalarios	
1 ingreso hospitalario	1 (12,50%)
2-3 ingresos hospitalarios	4 (50%)
> 4 ingresos hospitalarios	3 (37,5%)
Duración de los ingresos	
15-30 días	2 (28,57%)
30-40 días	5 (71,43%)
Antecedente de consumo de tóxicos	
No	6 (75%)
Si	2 (25%)
Tratamiento farmacológico	
Antipsicóticos orales	7 (87,50%)
Antipsicóticos orales y de larga duración	1 (12,50%)

Tabla 3. Puntuaciones Prueba de Reconocimiento de Emociones (PERE).



Por lo que respecta al estilo atribucional, el 62,5% de los pacientes puntuó para un estilo atribucional moderado y el resto, un 37,5%, para optimista.

Finalmente se evaluó el salto a conclusiones a través del *Beads Task* y la media de bolas que los pacientes necesitaron para emitir un resultado fue de 3,71 (DT 3,77). Solo el 28,6% cumplía criterios para salto a conclusiones (extraer 1 o 2 bolas antes de emitir un juicio).

Tabla 4. Puntuaciones Test de las Insinuaciones.

Historia	Puntuación media
Historia 1	1,00 ± 0,53
Historia 2	1,38 ± 0,92
Historia 3	1,88 ± 0,35
Historia 4	1,88 ± 0,35
Historia 5	1,38 ± 0,74
Historia 6	1,00 ± 0,93
Historia 7	1,50 ± 0,76
Historia 8	1,13 ± 0,83
Historia 9	1,50 ± 0,76
Historia 10	1,63 ± 0,52
Puntuación total 10 historias	14,25 ± 3,49
Puntuación total 5 historia (historias 2, 3, 6, 7 y 9)	7,25 ± 2,12

Estadística inferencial.

La asociación entre resultados de la PANSS (síntomas positivos, negativos, psicopatología general y total) y pruebas paramétricas (PERE, test insinuaciones y *beads task*) tuvo una tendencia a la correlación negativa y solo resultó estadísticamente significativa para la prueba PERE y síntomas positivos, negativos y totales. De estos resultados, el que más correlación negativa demostró fue la puntuación de la PERE con los síntomas negativos ($r_s = -0,98$). Los datos correspondientes a la asociación entre PANSS, Test de insinuaciones y *beads task* eran negativos y la gran mayoría de ellos cercanos a 0, de modo que consideramos que estas variables no estaban asociadas (Tabla 5).

Los resultados de la PANSS total y el Cuestionario de estilo atribucional demostraron una distribución Chi-cuadrado de 5 con una significación estadística de $p=0,025$. Por

otra parte, se observaron resultados cercados a la significación estadística en la escala de síntomas negativos y positivos ($p=0,053$ y $p=0,051$, respectivamente).

La relación entre las puntuaciones obtenidas en el test de insinuaciones (versión ampliada y reducida) y el Cuestionario de estilo atribucional dio como resultado una distribución Chi-cuadrado de 0,81 con una significación de $p= 0,368$.

Los resultados de la PERE en función del género dieron un valor de la U de Mann-Whitney de 3 con un nivel de significación de 0,317.

La asociación entre la puntuación obtenida de la PERE y los años de evolución de la enfermedad fue $r_s= - 0,75$ y rebasaba el valor crítico de 0,643 en el nivel de significancia de 0,05, de modo que había asociación directa entre la puntuación de la PERE y los años de evolución de la enfermedad.

Tabla 5. Coeficiente de Correlación de Spearman (r_s).

	PANSS positivos	PANSS negativos	PANSS psicopatología general	PANSS total
PERE	-0,68^a	-0,98^a	-0,59	-0,79^a
Test de las insinuaciones (versión ampliada)	-0,07	-0,01	-0,49	-0,51
Test de las insinuaciones (versión reducida)	0,05	0,01	-0,43	-0,49
Beads Task	-0,07	-0,18	-0,02	0,16

^a 0,643 valor crítico del coeficiente de correlación de Spearman a un nivel de significación de 0,05.

4. Discusión.

El presente estudio demostró una clara relación entre sintomatología del espectro psicótico y reconocimiento de emociones. Observamos que a mayor puntuación en la PANSS había mayor dificultad en el reconocimiento de emociones, especialmente emociones negativas

como el miedo y la tristeza. También se observó que los resultados de la PERE diferían en función de los años de evolución de la enfermedad, así pues cuanto mayor era la evolución de la enfermedad, mayor era la dificultad para reconocer emociones. Por otra parte, no se observaron diferencias respecto al género en el reconocimiento de emociones.

Estos resultados concuerdan con estudios previos donde se ha postulado una relación entre el estado clínico y la capacidad de reconocer emociones. Los pacientes estabilizados tendrían mayor desempeño en reconocer las emociones faciales, pero también parece ser que esta característica es permanente en la esquizofrenia (Ekman, 1976 ;Rodríguez et al, 2010).

En relación a lo anterior, cabe mencionar que estos resultados tienen una importancia añadida dado que el uso de la PERE se encuentra en fase experimental. De esta manera pretendemos contribuir al desarrollo de este proyecto y constatamos que nuestros resultados se alinean con los hallados previamente en los estudios del proyecto Scores (<http://www.proyectoscores.es/pere.php>) (Benito et al., 2013; Gil et al., 2014; Gil, et al., 2015).

Otro dominio de la cognición social que demostró estar relacionado con el grado de sintomatología psicótica fue el estilo atribucional. Se demostró que las puntuaciones totales de la PANSS estaban relacionadas con la tendencia atribucional de los pacientes que, como se observó en nuestro estudio, tenía tendencia hacia un estilo moderado aunque el 35,5% presentó valores más cercanos al estilo explicativo positivo u optimista. Este estilo se refiere a la tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo que, como se refleja en varios estudios previos, es el predominante en pacientes psicóticos (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001).

Sin embargo, a diferencia de estudios anteriores, como el Kinderman y Bentall (1996) nosotros no encontramos una relación significativa entre estilos atribucionales y teoría de la mente. Esta discrepancia pudo deberse en gran parte al pequeño tamaño de la muestra que no permite la potencia estadística que sí tenía el trabajo de estos autores.

Del mismo modo, no se apreció relación significativa entre sintomatología del espectro psicótico y teoría de la mente o salto a conclusiones. Sin embargo sí se objetivó una tendencia negativa y moderada entre PANSS total y teoría de la mente, la cual indica que a mayor puntuación de la PANSS total mayor dificultad hay para interferir sobre los estados mentales de los otros, lo que sí está en la línea de los estudios mencionados.

Limitaciones.

La principal limitación de este trabajo fue el tamaño de la muestra (n=8) lo cual obliga a interpretar los datos con cautela.

También cabe destacar que la totalidad de la muestra fue extraída de la Unidad de Media Estancia del Hospital Provincial de Castellón y lo que pudo sesgar hacia la homogenización de la población.

Tampoco se analizaron todos los aspectos de la cognición social, ya que quedó pendiente valorar el dominio de percepción y conocimiento social.

En cuanto a la validez de las diferentes escales utilizadas, se apreció que algunos sujetos presentaron dificultad en entender el Cuestionario de estilo atribucional y quizás los resultados podrían estar sesgados por ello.

Conclusiones

En este trabajo se ha demostrado que existe una relación clara entre la gravedad de la sintomatología psicótica medida a través de la PANSS y dos dominios de la cognición social (el reconocimiento de emociones y el estilo atribucional) medidos a través de la escala PERE. Esta relación se ha venido demostrando en la literatura científica durante los últimos años y llama a la necesidad de evaluar sistemáticamente estas dimensiones para poder realizar intervenciones en este ámbito dirigidas a la recuperación integral de las personas con síntomas psicóticos.

En futuros estudios sería interesante ampliar la muestra, reclutar los sujetos de diferentes dispositivos, añadir el dominio de percepción y conocimiento social y realizar una estratificación de la muestra en función de la gravedad de la enfermedad y años de evolución de la misma.

5. Bibliografía.

1. Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 231-239.
2. Andres, K., Brenner, H.D., Pfammatter, M., & Roder, V. (2001). *The treatment of schizophrenia-status and emerging trends*. Kirkland, WA: Hogrefe y Huber.
3. Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 285-297.
4. Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory Delusions: A Review and Theoretical Integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
5. Brekke, J.S., Kay, D., Lee, K., & Green, M.F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. International Congress on Schizophrenia Research, Colorado Springs.
6. Brett-Jones, J., Garety, P., & Hemsley, D. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26 (4), 257-265.
7. Broome, M.P., Johns, L.C., Valli, I., Woolley, J.B., Tabraham, P., Brett, McGuire, P.K. (2007). Delusion formation and reasoning biases in those at clinical high risk for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, (51), 38-42.
8. Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 57-64.
9. Brüne, M. (2005). Emotion recognition, "theory of mind" and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133, 135-147.
10. Candido, C. y Romney, D. (1990). Attributional style in paranoid vs. depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 355-363.
11. Carbon, M., & Corell, C. U. (2014). Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 19 (1), 35-53.
12. Díez-Alegría, C., & Vázquez-Valverde, C. (2006). Teorías cognitivas de las creencias delirantes. *Apuntes de Psicología*, 24, (1-3), 51-82.
13. Ekman, P. (1976). *Pictures of facial affect*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
14. Fear, C.F., Sharp, H. y Healy, D. (1996). Cognitive processes in delusional disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 61-67.
15. Frith, C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Eerlbaum (Reino Unido): Taylor & Francis.
16. Fodor, J. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge: MIT Press.
17. Gallese, P., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in cognitive Science*, 2, 493-501.
18. Garety, P., Joyce, E., Jolley, S., Emsley, R., Waller, H., Kuipers, E., Freeman, D. (2013). Neuropsychological functioning and jumping to conclusions in delusions. *Schizophrenia Research*, 150, 570-574.
19. Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Pérez-Fuentes, G. (2014). Efficacy of the Social Cognition Training Program in a sample of schizophrenic outpatients. *Clinical*

- Schizophrenia and Related Psychoses*. 4:1-27
20. Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., Arrieta, M., Martínez-Domínguez, S., Penadés, R., Segura, B., González-Rodríguez, A. y Catalán, R. (2015). Influence of social cognition on daily functioning in schizophrenia: Study of incremental validity and mediational effects. *Psychiatry Research*, 225(3), 374-380.
 21. Benito, A., Lahera, G., Herrera, S., Muncharaz, R., Benito, G. y Fernández-Liria, A. (2013). Deficits in recognition, identification, and discrimination of facial emotions in patients with bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 435-438.
 22. Gil, G., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2011). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente *Hinting Task*. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5(2), 79-88.
 23. Glöckner, A., & Moritz, S. (2009). A fine-grained analysis of the jumping-to-conclusions bias in schizophrenia: Data-gathering, response confidence, and information integration. *Judgment and Decision Making*, 4(7), 587-600.
 24. Green, M.F., & Nuechterlein, K.H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder?. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 309-318.
 25. Green, M. F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"?. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
 26. Hardy-Baylé, M.C. (1994). Organisation de l'action, phénomènes de conscience et représentation mentale de l'action chez des schizophrènes. *Actualités psychiatriques*, 20, 393-400.
 27. Hoernagi, C. M., & Hofer, A. (2014). Social cognition in serious mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 197-202.
 28. Insel, T. R., & Fernald, R.D. (2004). How the brain processes social information: Searching for the social brain. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 697-722.
 29. Kaney, S., Wolfenden, M., Dewey, M. y Bentall, R. (1992). Persecutory delusions and the recall of threatening and non threatening propositions. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87.
 30. Kinderman, P., Kaney, S., Morley, S. y Bentall, R.P. (1992). Paranoia and the defensive attributional style: Deluded and depressed patient's attributions about their own attributions. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 371-383.
 31. Kinderman, P., Dunbar, R. y Bentall, R.P. (1998). Theory of mind deficits and causal attributions. *British Journal of Psychology*, 89, 191-204.
 32. Kinderman, P. y Bentall, R.P. (2000). Self discrepancies and causal attributions: Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 255-273.
 33. Kucharska-Pietura, K., & Mortimer, A. (2013). Can antipsychotics improve social cognition in patients with schizophrenia?. *CNS Drugs*, 27, 335-343.
 34. Martin, A. K., Robinson, G., Dzafic, I., Reutens, D., & Mowry, B. (2014). The theory of mind and the social brain: implications for understanding the genetic basis of schizophrenia. *Genes, Brain and Behaviour*, 13, 104-117.

36. Mazza, M., De Risio, A., Surian, L., Roncote, R., & Casacchia, M. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 47*, 299-308.
37. Ochoa, S., Haro, J. M., Huerta-Ramos, E., Cuevas-Esteban, J., Stephan-Otto, C., Brebion, G. (2014). Relation between jumping to conclusions and cognitive functioning in people with schizophrenia in contrast with healthy participant. *Schizophrenia Research, 159*, 211-217.
38. Palha, F. (2008). Cognición social en la esquizofrenia: breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación Psicosocial, 5*(1 y 2), 31-37.
39. Peen, D.L., Jones, N., & Munt, E. D. (2005). A pilot study of social cognition and interactiong training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research, 80*, 357-359.
40. Perner, J. (1991). *Understanding the representational Mind*. Cambridge: A Bradford Book.
41. Pinkham, A. E., Penn, D.L., Perkins, D.O., & Lieberman, J.A. (2003). Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 160*, 815-824.
42. Pinkham, A. E. (2014). Social cognition in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 75* (2), 14-19.
43. Ruiz, J. C., García, S., & Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología, 24*, 137-155.
44. Rodríguez, J. R., Acosta. M., & Rodríguez, L. (2011). Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 4* (1), 28-37.
45. Sharp, H.M., Fear, C.F. y Healy, D. (1997). Attributional style and delusions: An investigation based on delusional content. *European Psychiatry, 12*, 1-7.
46. Schenkel, L.S., Spaulding, W.D., & Silverstein, S.M. (2005). Poor premorbid social functioning and theory of mind deficit in schizophrenia: evidence of reduced context processing. *Journal of Psychiatric Research, 39*, 499-508.
47. Vauth, R., Rüsck, N., Wirtz, M., & Corrigan, P.W. (2004). Does social cognitive influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia?. *Psychiatry Research, 128*, 155-165.
48. Watson, F., Bienerhasset, R.C., & Charlton, B.G. (2000). "Theory of mind" persecutory delusion and the somatic marker mechanism. *Cognitive neuropsychiatry, 5*, 161-174.
49. Weiss, E.M., Kohler, C., Brensinger, C., Bilker, W., Loughhead, J., & Delazer, M. (2007). Diferencias de género en el reconocimiento de la emoción facial en personas con esquizofrenia crónica. *European Psychiatry, 14*, 335-342.
50. Won, H.T. y Lee, H.J. (1997). The self-concept and attributional style in paranoia group. *Korean Journal of Clinical Psychology, 16*, 173-182.

Trabajo Final de Máster

“Cognición social y sintomatología en esquizofrenia”

Autora: Jessica Serret Llobet

Tutor: Josep Pena Garijo

1. INFORMACIÓN DEL PROYECTO.

Experimento: cognición social y sintomatología en esquizofrenia.

Este estudio, en el que se le invita a participar, pertenece al Trabajo Fin de Máster de Rehabilitación Psicosocial y Salud Mental Comunitaria de la Universitat Jaume I del curso académico 2014-2015 cuya finalidad es el estudio de la enfermedad mental y el proceso de la información social.

El estudio pretende afianzar, integrar y generalizar los contenidos teóricos y prácticos del máster.

Si usted acepta participar se someterá a dos sesiones de evaluación. En una primera evaluación se recogerán datos de su historia clínica y se realizarán una serie de preguntas para explorar los síntomas que presenta en relación la escala PANSS. Y en la segunda sesión se pasaran cuatro pruebas breves que consistirán en: reconocer emociones que representan varias imágenes, preguntas acerca del final de 10 historias cortas, señalar las causa más importante de 12 situaciones diferentes y anticipar el resultado de un ejercicio de probabilidad.

De acuerdo con la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos que se le van a solicitar son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna. La información de estos datos solo será conocida por los investigadores que se comprometen a la confidencialidad y que utilizaran los resultados solo con fines científicos (los resultados del estudio pueden ser comunicados en congresos o pueden ser objeto de publicación en revistas científicas).

De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho a conocer los resultados que haya obtenido en cualquiera de las pruebas que se realicen con usted, para lo cual y una vez analizados se le citará para hacérselos saber.

Su participación en este estudio es voluntaria y en cualquier momento, si lo desea, puede usted renunciar a seguir en el mismo sin que esto le suponga perjuicio alguno.

Ninguno de los investigadores recibe compensación económica por este proyecto.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.

CENTRO: UNIVERSITAT JAUME I

Investigador responsable: Josep Pena Garrijo y Jessica Serret Llobet

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Cognición social y sintomatología en esquizofrenia”

He sido invitado a participar voluntariamente en este estudio por parte del equipo de investigación del máster.

He leído la hoja de información acerca de este proyecto que se me ha entregado.

He comprendido las explicaciones ofrecidas por el/la investigador/a _____ y he podido hacer las preguntas que he creído convenientes.

Atendiendo a todas las consideraciones anteriores

Yo D. _____, con DNI: _____

mayor de edad, acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio y comprendo que puedo retirarme cuando quiera sin tener que dar explicaciones. Así mismo me comprometo expresamente a decir la verdad en mis respuestas para garantizar la veracidad de los datos que se me solicitan.

Fecha de la aceptación: _____

Firma del participante

Firma del investigador

RELLENAR SÓLO EN CASO DE DECIDIR ABANDONAR DURANTE LA SESIÓN:

Debido a un cambio en mis circunstancias personales, decido revocar el anterior consentimiento y dejar de participar en el estudio sin que esto tenga ningún tipo de consecuencias negativas para mí.

Firma del participante

Fecha de la revocación

3. DATOS DEL PACIENTE

CÓDIGO:

FECHA:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Sexo:

1. Hombre
2. Mujer

2. Edad:

3. Nivel de estudios:

1. Básica incompleta
2. Básica completa
3. Ciclo secundaria completo
4. Ciclo secundaria incompleto
5. Estudios universitarios incompletos
6. Estudios universitarios completos

4. Estado civil:

1. Soltero
2. Casado/pareja
3. Viudo
4. Separado

5. Estado laboral:

1. Trabaja.
2. Paro
3. Tareas domésticas
4. Pensionista
5. Estudiante

VARIABLES CLÍNICAS:

1. Años de evolución:

2. Número de ingresos hospitalarios:

1. Ninguno
2. 1 ingreso hospitalario.
3. 2-3 ingresos hospitalarios
4. de 4 ingresos hospitalario.

3. Duración de los ingresos:

1. < 15 días.
2. 15- 30 días.
3. 30-45 días
4. 45 días.

4. Antecedente consumo de tóxicos:

1. Si
2. No

5. Si la respuesta anterior es afirmativa, señala el consumo principal:

1. Cannabis
2. Cocaína
3. Alcohol
4. Drogas de síntesis.

6. Tratamiento farmacológico:

1. Antipsicóticos orales.
2. Antipsicóticos de larga duración
3. Antipsicóticos orales y de larga duración.

7. Rehabilitación psicosocial:

1. Si
2. No

8. Si la respuesta anterior ha sido afirmativa, especifica el tipo de dispositivo:

1. Hospital de Día.
2. Unidad de Media Estancia.
3. Centro de Rehabilitación e integración social.

4. CUESTIONARIOS

ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS)

Adaptación española de V. Peralta y M.J. Cuesta

Hoja de puntuación de la PANSS

	A	D	L	M	MS	S	E
SÍNDROME POSITIVO (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización	1	2	3	4	5	6	7
3. Componente alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicia/Perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
SÍNDROME NEGATIVO (PANSS-N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Ausencia de espont. Y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)							
1. Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de juicio e introspección	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

Escala	Puntuación	Percentil	Rango
PANSS-P			
PANSS-N			
PANSS-C			
PANSS-PG			

Número de síntomas del PANSS-P con puntuación ≥ 4

Número de síntomas del PANSS-N con puntuación ≥ 4

Hoja de Respuestas PERE

Marca la emoción que crees que representa cada imagen:

1	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
2	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
3	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
4	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
5	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
6	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
7	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
8	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
9	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
10	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
11	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
12	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
13	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
14	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
15	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
16	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
17	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
18	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
19	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
20	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
21	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
22	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
23	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
24	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
25	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
26	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
27	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
28	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
29	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
30	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
31	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
32	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra

33	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
34	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
35	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
36	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
37	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
38	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
39	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
40	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
41	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
42	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
43	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
44	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
45	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
46	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
47	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
48	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
49	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
50	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
51	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
52	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
53	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
54	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
55	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra
56	Alegría	Tristeza	Enfado	Sorpresa	Miedo	Asco	Neutra

Total aciertos							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

Test de las Insinuaciones

Historia	Respuesta literal 1 y puntuación	Respuesta literal 2 y puntuación
Viaje largo y caluroso		
Baño sucio		
Caramelos		
Camisa arrugada		
¡Sin un duro!		
Proyecto de trabajo		
Regalo de cumpleaños		
Adornos		
Juego de trenes		
Maletas pesadas		
Puntuación		
Puntuación total		

Cuestionario sobre el estilo de atribuciones de Peterson, Semmel, Seligman y cols. (1982).

Consigna:

1. Lea cada situación e imagine lo más vívidamente posible que le está sucediendo a UD.
2. Cuál cree UD. es la causa más importante de la situación en caso que le suceda a UD.
3. Escriba ésta causa en los espacios dejados para ello.
4. Responda 3 preguntas acerca de la causa haciendo un círculo en un número por pregunta. No haga círculo en las palabras
5. Pase a la situación siguiente.

Situaciones:

SE ENCUENTRA CON UN AMIGO O AMIGA QUE LE DA UN CUMPLIDO O LE FELICITA POR COMO SE LE VE, POR LA FORMA EN QUE LUCE.

1. Escriba la causa más importante de este cumplido

.....
.....

La causa del cumplido que le dio su amigo o amiga es debido a algo acerca de Ud. o algo acerca de otra gente o de otras circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

En el futuro, cuando éste con su amigo/a, estará presente esta misma causa otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

La causa es algo que sólo afecta o influye en la relación con amigos o amigas, o es algo que influencia también otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas situaciones en mi vida.

DURANTE ESTE ÚLTIMO TIEMPO, HA ESTADO BUSCANDO TRABAJO SIN RESULTADOS POSITIVOS.

2. Escriba cual estima que es la causa más importante

.....
.....

La causa de la falta de resultados positivos es debida a algo acerca de Ud. o algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 totalmente debido a mí.

En el futuro, cuando busques trabajo, ésta causa estará otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente

Esta causa solamente influencia el buscar trabajo, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida

TIENE MUCHO ÉXITO Y BUENOS RESULTADOS.

3. Escriba lo que considera es la causa más importante de esto

.....
.....

La causa que tenga éxito en lo que está emprendiendo es debido a algo acerca de Ud. o acerca de otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

En su futuro, estima que ésta causa estará presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

Esta causa es algo que solamente influye en que pueda tener buenos logros o éxitos (dinero o empleo o en el estudio) o también influencia en otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

UN AMIGO VIENE A UD. CON UN PROBLEMA Y UD. NO TRATA DE AYUDARLE.

4. Escriba la causa más importante

.....
.....

La causa de que Ud. no lo ayude es debido a algo acerca de otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

En el futuro, cuando un amigo venga a Ud. con un problema, ésta causa estará otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

La causa es algo que solamente afecta o influye cuando un amigo o amiga se aproxima a Ud. con un problema, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

UD. DA UNA IMPORTANTE CHARLA FRENTE A UN GRUPO Y LA AUDIENCIA REACCIONA NEGATIVAMENTE HACIA UD.

5. Escriba cual considera es la causa más importante para esto

.....
.....

La causa de la reacción negativa de la audiencia es algo que referido a Ud. o es algo relacionado con otra gente o con otras circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

En el futuro, cuando de una charla otra vez, ésta causa estará otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

La causa es algo que solamente influencia el dar charlas o hablar frente a un grupo, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

UD. HACE UN PROYECTO QUE ES ALTAMENTE VALORADO.

6Escriba cuál es la causa más importante de esta valoración.

.....
.....

La causa de que sea apreciado y valorado es debida a algo relativo a Ud. o es algo acerca de otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

En el futuro, cuando elabore un proyecto nuevamente, estará la causa presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

La causa solamente influye o afecta el hacer proyectos, o también influencia otras áreas de su vida?

Influye sólo esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

SE ENCUENTRA CON UN AMIGO O AMIGA QUE ACTÚA HOSTILMENTE HACIA UD.

7. Escriba la causa que considera más importante

.....
.....

La causa de que su amigo actúe hostil es debido a algo acerca de Ud. o a algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí.

En el futuro, cuando interactúe con amigos, ésta causa estará presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente

La causa es algo que solamente influye en la interacción y relación con los amigos, o también influye en otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

UD. NO LOGRA HACER EL TRABAJO QUE LOS DÉMAS ESPERAN DE UD.

8Escriba cuál es la causa que considera más importante

.....
.....

La causa de no lograr el nivel esperado del trabajo es algo relativo a Ud. o más bien tiene que ver con otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

Cuando en el futuro tenga que hacer un trabajo en el que la gente le pone expectativas, estará esta causa otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente

La causa de esto es algo que solamente influye el hacer el trabajo que los demás esperan de Ud., o influencia también otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

SU CÓNYPUGE O NOVIA O NOVIO LE HA ESTADO TRATANDO CON AMOR y CONSIDERACION.

9 Escriba cual considera es la causa más importante de esto

.....
.....

El que su pareja le esté tratando más amorosamente es algo debido a razones relacionadas con Ud. O es algo relacionado con otra gente u otras circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

En las futuras interacciones con su pareja, estará ésta causa otra vez presente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

La causa es algo que solamente afecta o influye en cómo le trata su pareja, o es algo que influye en otras tareas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

ASPIRA INGRESAR A UNA ACTIVIDAD QUE VALORA, COMO POR EJEMPLO, UN TRABAJO IMPORTANTE O UNA ADMISIÓN EN UNA BUENA UNIVERSIDAD. POSTULA Y AL FINAL LO OBTIENE.

10. Escriba la causa que considere más importante para este logro

.....
.....

Es la causa de obtener esta posición debido a algo propio de Ud. es debido a otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

En el futuro, cuando trate de lograr otra posición importante, esta causa estará presente otra vez?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

Esta causa es algo que solamente influye para aspirar a una posición y lograrla, o también influye en otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

SALE CON ALGUNA O ALGUNAS PERSONAS (CITA, REUNIÓN SOCIAL) Y SIENTE QUE LE FUE MAL

11. Escriba cual considera es la causa más importante para esto

.....
.....

Es la causa de que le vaya mal en éste encuentro algo que se debe a Ud. o es algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

En el futuro, cuando tenga otros encuentros, estará ésta causa otra vez presente

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

Es la causa algo que solamente influye en estos encuentros, o es algo que influye en otras áreas de su vida también?

Influye solo esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

SE LE MEJORAN LAS CONDICIONES LABORALES O DE SITUACIÓN ECONÓMICA

12. Escriba cual estima es la causa más importante

.....
.....

Es la causa de la mejoría algo debido a Ud. o es algo debido a otra gente o circunstancias?

Totalmente debido a otra gente o circunstancias 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

En el futuro, en su trabajo o actividades, ésta causa estará presente nuevamente?

Nunca estará presente otra vez 1 2 3 4 5 6 7 Siempre estará presente.

Es esta causa algo que solamente afecta el obtener un mejoramiento en las condiciones laborales o influencia también otras áreas de su vida?

Influye sólo ésta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye todas las situaciones en mi vida.

Puntuaciones ASQ

Compuesto negativo (CONEG):

Compuesto positivo (COPOS):

Compuesto positivo-compuesto negativo (CPCN):

-18 a -11 Muy pesimista

-10 a -3 Pesimista

-2 a +2 Moderado

+3 a +10 Optimista

+11 a +18 Muy optimista

Beads task (Dudley et al., 1997a)

¿Cuántas bolas has necesitado para tomar una decisión?