



Facultad de Psicología y Educación

Departamento de Fundamentos y Métodos de la Psicología

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

**Evaluación y rehabilitación multidimensional de la cognición social en la esquizofrenia**

**Clara Isabel González Berdugo**

**Bilbao, 23-Febrero-2016**

Directora

Dra. Natalia Ojeda del Pozo

Codirector

Dr. Javier Peña Lasa

---

Este estudio ha sido parcialmente financiado por el Departamento de Sanidad (2010111136) y el Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco (beca del Programa de Formación de Investigadores del Departamento de Educación, Universidades e Investigación BFI-2010-407).

---

La Dra. Natalia Ojeda del Pozo, directora del Departamento de Fundamentos y Métodos de la Psicología de la Universidad de Deusto y del presente trabajo; y el Dr. Javier Peña Lasa, profesor del Departamento de Fundamentos y Métodos de la Psicología de la Universidad de Deusto, en calidad de codirector, certifican que esta tesis doctoral, titulada “**Evaluación y rehabilitación multidimensional de la cognición social en la esquizofrenia**”, constituye un trabajo de investigación original e inédito, el cual es presentado por **Dña. Clara Isabel González Berdugo** para optar al grado de doctor.

Directora

Dra. Natalia Ojeda del Pozo

Codirector

Dr. Javier Peña Lasa

Para que así conste,

En Bilbao, 23 de Febrero de 2016

Para que las piedras del camino

sólo nos hagan saltar más alto

## **Agradecimientos**

En primer lugar, me gustaría agradecer a los directores el Dr. Javier Peña Lasa y la Dra. Natalia Ojeda del Pozo la oportunidad de haber podido finalizar mi tesis doctoral en el marco de un equipo de investigación en el cual he desarrollado este proceso de doctorado que me ha proporcionado a día de hoy la adquisición de ese título.

Por supuesto mostrar mi agradecimiento al Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco por otorgarme esta beca por la cual he podido disponer del apoyo institucional del Departamento de Fundamentos y Métodos de la Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto donde poder enmarcar este trabajo. A su vez, gracias a Gobierno Vasco por la ayuda otorgada para la realización de estancias cortas en el extranjero por la cual he tenido la oportunidad de poder residir a lo largo de tres meses en Amsterdam trabajando en un importante equipo de investigación con gente maravillosa. No puedo por ello dejar de nombrar a mi tutora Anne-Kathrin Fett, Esther Kooijmans, Lydia y por supuesto Imke Lemmers-Jansen entre otros, por todo lo que me habéis enseñado en poco tiempo y por vuestra ayuda y compañía cuando más lo necesitaba. Jamás olvidaré mis días allí.

Gracias especialmente también a los diversos centros sanitarios colaboradores en el estudio, sin los cuales no hubiera sido posible conocer a los participantes que después formaron parte de la muestra y poder disponer de recursos donde poder realizar el proceso de evaluación y tratamiento posterior. Por ello, quiero mostrar mi agradecimiento a los centros en su conjunto, a los psiquiatras que han proporcionado su colaboración con la parte clínica del estudio y sobre todo a todos y cada uno de los

pacientes que he tenido la oportunidad de conocer y compartir muchas horas con ellos llegando a crear bonitas alianzas aunque inicialmente en ocasiones resultase complicado.

No me gustaría olvidar a mis compañeros/as de equipo que en todo momento se mostraron a mi lado (Hardin, siempre seguirás entre nosotros/as), ni a mis niñas, Iratxe, Laura, Leticia, con las que he compartido tantas horas, cafés e interesantes tertulias, a aquellos/as que han estado a mi lado en todos los momentos necesitados tanto dentro como fuera de la universidad y que me han mostrado su compañía, cariño y arropamiento en momentos complicados. Vosotros/as mejor que nadie sabéis quién sois. Y como olvidar a Elena, Nai y Sonia, mis grandes niñas y consejeras que me dan energía con sus sonrisas, y a todos/as los/as formadores/as y nuestras guías para serlo.

Por último, y de manera principal agradecer a mis padres su confianza con respecto a mis proyectos personales y profesionales aun advirtiéndome de que en muchas ocasiones no sería un camino fácil, y porque gracias a vuestros consejos hoy soy lo que soy. También a mi hermana, mi cuñado, mi amor de sobrinas Ana y Jone, porque gracias a esos ratos con vosotras consigo olvidar todo lo demás y valorar lo que realmente merece la pena. De la misma manera, a mis otros cuatro sobrinos por su felicidad y por preguntar por mí cuando no estoy. Y a ti Juan, porque lo has sido todo durante todo este recorrido, porque me has cuidado, has sabido comprenderme y has estado a mi lado apoyándome siempre.

A todos vosotros/as y aquellos/as que no están aquí pero saben que sí en mi corazón...

Gracias por estar ahí

**ÍNDICE DE CONTENIDO****Resumen y Prefacio****1. Introducción**

1.1. Qué es la esquizofrenia.....	2
1.1.1. Definición de esquizofrenia.....	2
1.1.2. Características sintomáticas.....	2
1.1.3. Epidemiología.....	3
1.1.4. El primer episodio psicótico.....	4
1.1.5. La presencia de síntomas psicóticos en población general: ¿evolución hacia un PEP o a la esquizofrenia? .....	7
1.2. Sintomatología de la esquizofrenia.....	10
1.2.1. Sintomatología Clínica.....	10
1.2.2. Síntomas Positivos.....	10
1.2.3. Síntomas Negativos.....	12
1.2.4. Conciencia de enfermedad.....	13
1.2.5. Ajuste premórbido psiquiátrico en pacientes con esquizofrenia.....	16
1.3. Sintomatología Cognitiva.....	18
1.3.1. Ajuste premórbido cognitivo en pacientes con esquizofrenia.....	18
1.3.2. Cognición General.....	19
1.3.2.1. Curso longitudinal del deterioro en la Cognición General.....	23
1.3.3. Cognición Social.....	24
1.3.3.1. Definición de Cognición Social.....	26
1.3.3.2. Factores biológicos relacionados con la Cognición Social en esquizofrenia.....	29
1.3.3.3. Variables que influyen en la Cognición Social.....	30

1.4. Subcomponentes de la Cognición Social.....	34
1.4.1. Percepción Emocional.....	34
1.4.1.1. Definición de Percepción Emocional.....	34
1.4.1.2. Curso evolutivo de la Percepción Emocional.....	36
1.4.1.3. Evaluación de la Percepción Emocional.....	37
1.4.1.4. Deterioro de la Percepción Emocional en pacientes con esquizofrenia.....	38
1.4.1.5. Variables que influyen en la Percepción Emocional.....	41
1.4.1.6. Medidas de evaluación de la Percepción Emocional en pacientes con esquizofrenia.....	45
1.4.2. Percepción Social.....	47
1.4.2.1. Definición de Percepción Social.....	47
1.4.2.2 Componentes de la Percepción Social y su presentación en pacientes con esquizofrenia.....	47
1.4.2.3 Deterioro de la Percepción Social en pacientes con esquizofrenia.....	49
1.4.2.4. Variables que influyen en la Percepción Social.....	50
1.4.2.5. Medidas de evaluación de la Percepción Social en pacientes con esquizofrenia.....	51
1.4.3. Teoría de la Mente (ToM).....	53
1.4.3.1. Definición de Teoría de la Mente (ToM).....	53
1.4.3.2. Componentes de la ToM.....	54
1.4.3.3. Curso evolutivo y diferencias de género en ToM.....	55
1.4.3.4. Deterioro de la ToM en pacientes con esquizofrenia.....	56
1.4.3.5. Variables que influyen en la ToM.....	58

1.4.3.6. Medidas de evaluación de la ToM en pacientes con esquizofrenia.....	60
1.4.4. Estilo Atribucional.....	62
1.4.4.1. Definición de Estilo Atribucional.....	62
1.4.4.2 Importancia del estado de ánimo en el Estilo Atribucional....	62
1.4.4.3. Deterioro del Estilo Atribucional en pacientes con esquizofrenia.....	63
1.4.4.4. Medidas de evaluación del Estilo Atribucional en pacientes con esquizofrenia.....	65
1.5. Capacidad Funcional.....	67
1.5.1. Cognición y Capacidad Funcional.....	68
1.5.2. Medidas de evaluación de la Funcionalidad.....	74
1.6. Programas de Rehabilitación.....	77
1.6.1. Tratamientos farmacológicos.....	78
1.6.2. Tratamientos no farmacológicos.....	79
1.6.3. Programas de Intervención en Cognición Social en esquizofrenia.....	83
<b>2. Objetivos e hipótesis</b>	
2.1. Objetivos.....	88
2.2. Hipótesis.....	88
<b>3. Material y Método</b>	
3.1. Participantes.....	90
3.2. Procedimiento.....	92
3.3. Evaluación.....	94
3.3.1. Evaluación psicopatológica.....	94

3.3.2. Evaluación de factores premórbidos.....	96
3.3.3. Evaluación neuropsicológica.....	98
3.3.3.1. Atención.....	98
3.3.3.2. Memoria de Trabajo.....	99
3.3.3.3. Aprendizaje y Memoria Verbal.....	99
3.3.3.4. Velocidad de Procesamiento.....	100
3.3.3.5. Funciones Ejecutivas.....	102
3.3.3.6. Fluidez Verbal.....	102
3.3.3.7. Cognición General Total.....	103
3.3.4. Evaluación de la cognición social.....	103
3.3.5. Evaluación de la funcionalidad y otras variables relevantes.....	106
3.4. Análisis estadísticos.....	109

#### **4. Resultados**

4.1. Variables Sociodemográficas y Clínicas del conjunto de la muestra.....	111
4.2. Correlaciones entre Cognición Social y Cognición General respecto a los síntomas clínicos y la capacidad funcional.....	113
4.2.1. Relaciones entre el rendimiento en Cognición Social y en Cognición General.....	113
4.2.2. Relaciones entre el rendimiento en Cognición Social y General y síntomas clínicos.....	114
4.2.3. Relaciones entre el rendimiento en Cognición Social y General y funcionalidad.....	115
4.3. Análisis mediacionales para la evaluación de las variables funcionales GAF y UPSA.....	117
4.3.1. Regresión y mediación para la variable dependiente Evaluación	

de la Actividad Global (GAF).....	117
4.3.2. Regresión y mediación para la variable dependiente de Habilidades Basadas en la Ejecución (UPSA).....	118
4.4. Eficacia del REHACOP en el rendimiento en Cognición Social.....	121
4.5. Eficacia del REHACOP en el rendimiento en Cognición General.....	123
4.6. Eficacia del REHACOP en la sintomatología clínica.....	126
4.7. Eficacia del REHACOP en la funcionalidad.....	126
<b>5. Discusión.....</b>	<b>130</b>
5.1. Características sociodemográficas.....	131
5.2. La cognición social y sus diferentes subconstructos.....	132
5.3. La cognición social en relación con la cognición general, la sintomatología y el resultado funcional.....	133
5.4. Predictores y mediadores del rendimiento funcional.....	140
5.5. Eficacia del programa de rehabilitación cognitiva REHACOP sobre la cognición social, la cognición general, la sintomatología clínica y la funcionalidad .....	142
5.6. Limitaciones del estudio.....	149
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>152</b>
<b>7. Referencias.....</b>	<b>154</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo I: Tablas	
Anexo II: Hoja de Información y Formulario de Consentimiento Informado	
Anexo III: Protocolo de Evaluación Clínica y Funcional y Cuadernillo de Recogida de Datos (CRD). Cumplimentado por los psiquiatras responsables del paciente.	

Anexo IV: Protocolo de Evaluación de la Cognición General, Cognición Social y Funcionalidad y Cuadernillo de Recogida de Datos (CRD). Complimentado por la neuropsicóloga.

**ÍNDICE DE TABLAS**

1. Tabla 1: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el CIE-10 (1992)  
..... (anexo I)

2. Tabla 2: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el DSM-IV-TR (2000)  
..... (anexo I)

3. Tabla 3: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el DSM-V (2013)  
..... (anexo I)

4. Tabla 4: Procesos de la cognición general que se relacionan con la Percepción Emocional (PE) en pacientes con esquizofrenia ..... 42

5. Tabla 5: Medidas de evaluación de la Percepción Emocional por orden de publicación ..... 46

6. Tabla 6: Medidas de evaluación de la Percepción Social por orden de publicación ..... 52

7. Tabla 7: Medidas de evaluación de la ToM por orden de publicación ..... 61

8. Tabla 8: Medidas de evaluación del Estilo Atribucional por orden de publicación ..... 66

9. <u>Tabla 9a</u> : Características básicas de los programas de intervención en Cognición Social en esquizofrenia .....	84
10. <u>Tabla 9b</u> : Características básicas de los programas de intervención en Cognición Social en esquizofrenia .....	85
11. <u>Tabla 10</u> : Características sociodemográficas y clínicas de los participantes del grupo experimental (REHACOP) y control .....	112
12. <u>Tabla 11</u> : Correlaciones entre la Cognición Social y la Cognición General .....	113
13. <u>Tabla 12</u> : Correlaciones entre la Cognición Social y General y características clínicas .....	115
14. <u>Tabla 13</u> : Correlaciones entre la Cognición Social y General y funcionalidad...	116
15. <u>Tabla 14</u> : Análisis de regresión del efecto de variables de la cognición social en la relación entre la cognición general total y la funcionalidad evaluada con la escala GAF .....	118
16. <u>Tabla 15</u> : Análisis de regresión del efecto de variables de la cognición social en la relación entre la cognición general total y la funcionalidad evaluada con la escala UPSA .....	119

17. Tabla 16: MANOVA de medidas repetidas comparando el rendimiento en Cognición Social entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento ..... 122
18. Tabla 17: MANOVA de medidas repetidas comparando el rendimiento en Cognición General entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento ..... 124
19. Tabla 18: MANOVA de medidas repetidas comparando el nivel de sintomatología clínica entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento ..... 125
20. Tabla 19: MANOVA de medidas repetidas comparando el nivel de funcionalidad y otras medidas relevantes heteroaplicadas entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento ..... 127
21. Tabla 20: MANOVA de medidas repetidas comparando el nivel de funcionalidad y otras medidas relevantes autoaplicadas entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento ..... 128

**INDICE DE FIGURAS**

1. <u>Figura 1:</u> Estructura multifactorial de la Cognición Social en cuatro dimensiones .....	28
2. <u>Figura 2:</u> Modelo de Vauth, Rüschi, Wirtz, y Corrigan (2004) .....	73
3. <u>Figura 3:</u> Modelo de Green y Nuechterlein (1999) .....	73
4. <u>Figura 4:</u> Gráfico del proceso de reclutamiento .....	91
5. <u>Figura 5:</u> Diagrama del proceso de reclutamiento, evaluación y rehabilitación .....	93
6. <u>Figura 6:</u> Mediación de la Percepción Social (SFRT objetivos) en la relación entre la Cognición General Total y la funcionalidad (UPSA).....	120
7. <u>Figura 7:</u> Mediación de la Teoría de la Mente (Happé total) en la relación entre la Cognición General Total y la funcionalidad (UPSA).....	121

## **PREFACIO**

La presente tesis se trata de un intenso trabajo de investigación e intervención clínica desarrollado a lo largo de los cuatro últimos años. La motivación principal respecto a la realización de este estudio derivó de la necesidad de comprobar como personas con diagnóstico de esquizofrenia presentaban déficits no sólo en aspectos de la cognición más básica, sino también de la cognición social como son la percepción emocional, la percepción social, la teoría de la mente y el estilo atribucional. Además se ha visto que estos problemas presentan una repercusión evidente en el funcionamiento diario de estas personas provocando limitaciones en el proceso de reinserción en la sociedad. Todo ello llevó a la necesidad de desarrollar y emplear programas de rehabilitación de tales funciones con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas y de reducir los recursos económicos requeridos para su bienestar, por suerte con resultados satisfactorios.

La tesis se encuentra conformada por diversos capítulos en los cuales se estructura el estudio. Por un lado, en el apartado teórico o de introducción se exponen evidencias encontradas en la literatura científica que guían el diseño y las variables a tener en cuenta en el estudio. En primer lugar se expone una definición de qué es la esquizofrenia y sus características sintomáticas, la epidemiología de la enfermedad y una breve explicación de la posible presencia de episodios psicóticos en población general. En segundo lugar, y de manera más específica se exponen los diversos tipos de sintomatología que padecen los pacientes con esquizofrenia y su relación con otras variables. Tras ello, se presenta una revisión exhaustiva acerca de qué se conoce acerca de la cognición social en pacientes con esquizofrenia, tema central de la tesis, así como de los diferentes subconstructos en los cuales es dividida para su más adecuado estudio.

Después, este trabajo se centra en analizar qué es la capacidad funcional de estos pacientes y su relación con la cognición. Y por último, se presenta un análisis de los diferentes programas de rehabilitación existentes empleados con pacientes con esquizofrenia.

Por otro lado, el apartado empírico se describe el estudio llevado a cabo en este trabajo. Se exponen las relaciones encontradas entre las diferentes variables analizadas, así como la capacidad predictiva de las mismas sobre la capacidad funcional. También los análisis mediacionales realizados con el fin de ver la influencia de variables de la cognición social en las relaciones entre la cognición general y la funcionalidad, como ya habían puntualizado otros autores en estudios previos. Por último, se analiza la eficacia del programa de rehabilitación empleado para todas las variables evaluadas.

Finalmente se presenta una discusión y las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos, junto con las limitaciones del estudio y posibles propuestas de mejora con el fin de que puedan ser abiertas líneas de investigación futuras.

**RESUMEN**

En la literatura científica existente se observa como los pacientes con esquizofrenia presentan déficits en aspectos básicos de la cognición general. No obstante, no ha sido hasta años actuales cuando se han documentado los déficits en la cognición social y la relación que presentan con la sintomatología clínica y la capacidad funcional de estos pacientes, e incluso el papel mediador que representa en la relación entre aspectos de la cognición general y la funcionalidad. Los objetivos de la presente tesis son clarificar las diferentes áreas que forman parte de la cognición social, observar las relaciones que éstas muestran con la sintomatología y la capacidad funcional, y comprobar el nivel de eficacia del programa de rehabilitación cognitiva para psicosis (REHACOP). Se reclutaron 101 pacientes con esquizofrenia en régimen de hospitalización o de centro de día de diversos centros sanitarios de la red de salud vasca Osakidetza. Todos participaron en evaluaciones pre y post tratamiento con el fin de obtener un perfil cognitivo general y social, sintomatológico y funcional. Los pacientes del grupo experimental (n=52) formaron parte de los grupos de rehabilitación cognitiva con una duración de casi 4 meses, mientras que los del grupo control (n=49) participaron en las actividades de sus centros controlando que éstas no interfiriesen con la rehabilitación administrada para este estudio. El grupo experimental presentó mejoras significativas en aspectos de la percepción emocional, percepción social y teoría de la mente, pudiendo deberse al programa de rehabilitación empleado. Se observó también que tanto aspectos de la percepción social como de la teoría de la mente cumplían un papel mediador en la relación entre la cognición general y la funcionalidad evaluada como ejecución de habilidades. Los hallazgos apoyan la importancia de la cognición social como déficit presente en pacientes con esquizofrenia y la posibilidad de mejora mediante el empleo de programas de tratamiento.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Qué es la esquizofrenia**

#### **1.1.1. Definición de esquizofrenia**

La esquizofrenia ha sido definida como un trastorno mental grave que se clasifica dentro de los denominados trastornos psicóticos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia es un subtipo de psicosis en la que la persona experimenta distorsiones características del pensamiento y deformación de su personalidad (OMS, 1989).

Las personas afectadas por esta enfermedad manifiestan una evidente pérdida de la realidad que les rodea, debido a la experimentación de alucinaciones, y por tanto de los patrones sociales consensuados, lo que da lugar en muchas ocasiones a un aislamiento social, pérdida de intereses, depresión y/o irritabilidad (Guía Práctica Clínica, 2009).

#### **1.1.2. Características sintomáticas**

Los profesionales de la salud mental se han basado en sistemas clasificatorios internacionales para diagnosticar de manera consensuada a los diversos pacientes que tratan. Los sistemas más utilizados para la clasificación internacional son la CIE-10 y el DSM. Mientras tanto muchos profesionales siguen empleando la versión inmediatamente anterior, el DSM-IV-TR. En las Tablas 1-3 (ver documento en Anexo I) se encuentran recogidos los criterios diagnósticos de esquizofrenia de cada uno de los tres sistemas clasificatorios de enfermedades mentales mencionados.

En dichas tablas se observa que dependiendo del sistema utilizado se enfatizan más unos aspectos sobre otros. En el caso del manual CIE-10 (1992), se explica la diferente sintomatología característica de la patología y su manifestación, así como se ofrecen pautas para su correcto diagnóstico. En el caso del sistema de clasificación DSM-IV-R (2000), se incluyen variables más amplias para el diagnóstico de la enfermedad como son: los síntomas característicos, la repercusión que éstos tienen a nivel funcional en relación con su trabajo o relaciones sociales, la duración de los síntomas presentados, y la exclusión de otro tipo de diagnósticos diferenciales que puedan mostrar pautas comunes. En la actual publicación del manual diagnóstico DSM-V (2013) se han hecho dos cambios principales respecto a su manual previo el DSM-IV-TR (2000). Por un lado, ha sido eliminado de la lista de sintomatología la atribución especial de ideas delirantes extrañas y alucinaciones auditivas de primer rango (dos o más voces que conversan), dando lugar a la exigencia de al menos dos síntomas característicos. Ha sido añadido el requisito de que al menos uno de los síntomas deben ser delirios, alucinaciones o lenguaje desorganizado. Por otro lado, en el DSM-V (2013) también se ha adquirido un nuevo carácter dimensional con respecto a sus predecesores en cuanto a la atención hacia la severidad de los síntomas centrales, con el fin de capturar la heterogeneidad entre pacientes con esquizofrenia. No obstante, y a pesar del debate surgido en torno a la incorporación de los déficits en la cognición social, la cognición general y el manejo de las relaciones sociales, en la versión final del DSM-V (2013) no han sido referidas.

### **1.1.3. Epidemiología**

La prevalencia e incidencia media estimada de la esquizofrenia a nivel mundial, según datos actuales, es de alrededor de 4 personas de cada 1000 y de alrededor de 15

personas de cada 100.000 (McGrath, Saha, Chant y Welham, 2008). Respecto al género, se han encontrado tasas significativamente más altas en hombres que en mujeres con una proporción del 1,42-1,00 respectivamente, siendo más común en zonas urbanas respecto a rurales; y con un predominio de nacimiento durante los meses de invierno en las personas que lo sufren (McGrath, 2005; McGrath y cols., 2004).

En España, padecen esquizofrenia alrededor de 400.000 personas, cifra que se ve incrementada con los años debido a la cronicidad de la enfermedad, y al alargamiento de la esperanza de vida en la patología (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006).

#### **1.1.4. El primer episodio psicótico**

Según la guía NAMI (National Alliance on Mental Illness, 2011) la media de edad de las personas que experimentan un primer episodio psicótico (PEP) es alrededor de los 24 años. Los padres se convierten en los principales testigos de estas primeras experiencias de sus hijos o hijas, seguidos de los hermanos y las parejas de dichas personas, si es que los tuvieran.

Los PEPs generalmente se caracterizan por la presencia de déficits cognitivos, presentes en una proporción elevada de pacientes (Friis, Sundet, Rund, Vaglum y McGlashan, 2002), una empobrecida capacidad funcional (Milev, Ho, Arndt y Andreasen, 2005; Schmidt, Mueller y Roder, 2011), y una elevada sintomatología positiva que se mantiene hasta que el paciente recibe el tratamiento adecuado (Addington, Saeedi y Addington, 2005).

En cuanto a la definición de PEP, los diferentes sistemas clasificatorios mantienen criterios diversos para su diagnóstico. En primer lugar, el manual diagnóstico del CIE-10 (1992) agrupa algunos de estos diagnósticos bajo el epígrafe de *F23-Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios*, caracterizado por: a) un comienzo agudo, considerado como inferior a dos semanas; b) la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos; y c) la presencia de estrés agudo. A su vez, remarca que la recuperación completa de la persona tiene lugar en un periodo de tiempo máximo de entre dos y tres meses, aunque pudiendo ser de semanas e incluso días. Aunque estas características pueden ser signo del inicio de un trastorno psicótico persistente, el manual afirma que sólo una pequeña proporción de enfermos lo desarrolla. En segundo lugar, el manual diagnóstico DSM-IV-TR (2000) no presenta ninguna definición específica del término. Los criterios que pueden considerarse más próximos a una posible denominación de PEP son los que definen el *Trastorno Psicótico Breve*, que limita la duración del episodio entre un día y un mes y que no puede ser atribuible a un trastorno del estado del ánimo, a una enfermedad médica o como efecto directo del consumo de sustancias. Por último, el actual sistema clasificatorio DSM-V (2013), ha definido un “nuevo síndrome” denominado *Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados (APSS)* como definición más próxima a un primer episodio psicótico. Los criterios propuestos para su diagnóstico son: a) presentar sintomatología positiva de forma atenuada y sin que estos supongan una alteración del juicio de realidad, pero que sean tan severos o frecuentes que no puedan ser olvidados o ignorados; b) que su duración o frecuencia sea de al menos una vez a la semana en el último mes; c) que la progresión de los síntomas se haya iniciado o empeorado a lo largo del último año; d) que estos síntomas provoquen en la persona malestar clínico significativo y/o una disfunción social-laboral que impida la búsqueda de ayuda; e) que los síntomas no puedan ser explicados mejor por la

presencia de otro trastorno del DSM-V, incluyendo los trastornos relacionados con sustancias; y f) que nunca se hayan cumplido criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno psicótico (Psychosis Work Group, 2010).

La inclusión de este diagnóstico en el DSM-V (2013) ha sido muy polémica, existiendo argumentos a favor y en contra del mismo. Según Niendam y cols. (2009) existen desde el inicio del PEP déficits cognitivos y una disminución significativa de la sustancia gris cerebral, identificándose también deterioro en las relaciones y en las habilidades sociales de la persona (Niendam, Jalbrzikowski y Bearden, 2009). Desde esta perspectiva se defiende el hecho de que una pronta intervención sería capaz de retrasar el inicio del cuadro psicótico o de que se manifestase con una menor gravedad (McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo y Mueser, 2007). En contra, estarían autores como Frances (2010) que consideran que da lugar a un número muy alto de falsos positivos (entre un 70-75%), no hay criterios de diagnóstico bien establecidos, no se encuentran definidos los cuidados considerados como óptimos, el curso prodrómico de la enfermedad no estaría bien caracterizado, y hay baja especificidad, siendo los síntomas comunes a varias patologías. Según Holgado (2011), no es posible conocer aún con certeza si los pródromos son determinantes de patologías específicas o, más bien, una señal general de la posibilidad de enfermar.

Es importante además conocer los diversos diagnósticos diferenciales tras un PEP siendo: el trastorno bipolar, la depresión mayor con sintomatología psicótica, psicosis debida a una razón médica, psicosis inducida por consumo de sustancias, breves síntomas psicóticos por situaciones de estrés, trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme y esquizofrenia, siendo esta última la más común (Heather, 2003).

### **1.1.5. La presencia de síntomas psicóticos en población general: ¿evolución hacia un PEP o a la esquizofrenia?**

Se han reportado evidencias de episodios de tipo psicótico en población general (Johns y van Os, 2001), así como en población adolescente en los que los síntomas subclínicos psicóticos son un fenómeno común (Lemos-Giráldez, Paino, Sierra-Baigrie y Muñiz, 2011) y se ha visto que predicen el desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico (Linscott y van Os, 2013; Zammit y cols., 2013). Según Kelleher y Cannon (2010) las personas sanas que presentan este tipo de experiencias son la representación de un fenotipo no clínico de la psicosis.

Antes de un episodio psicótico la persona tiende a sufrir una serie de cambios que afectan a su percepción, con la presencia de alucinaciones; a su comportamiento, presentando un mayor aislamiento y descuidando hábitos básicos de higiene o alimentación; y a su estado del ánimo (Addington y cols., 2011). Estos cambios son denominados pródromos de la enfermedad y a menudo son malinterpretados por los familiares de los afectados en las primeras etapas que los consideran comportamientos anómalos, definiéndolos como estados depresivos o “manías propias de la edad” (Mauerhofer, Berchtold, Michaud y Suris, 2009). Los pródromos han sido denominados como cambios en el humor con presencia de síntomas negativos (Clarke y cols., 2006; Sim, Mahendran, Siris, Heckers y Chong, 2004), síntomas positivos y el empobrecimiento de las habilidades sociales (McGorry, McKenzie, Jackson, Waddell y Curry, 2000). En la actualidad el concepto de pródromo está siendo sustituido por el de “Estados Mentales de Alto Riesgo” (EMARs) (Yung y cols., 2012).

La presencia de síntomas psicóticos no es garantía de un diagnóstico final de esquizofrenia. La sintomatología psicótica puede aparecer en algunas personas sin tener esquizofrenia, lo que en muchas ocasiones da lugar a confusiones a la hora de diagnosticar primeros episodios que acuden o son derivados a la sanidad (Morrison, 2006). Algunos diagnósticos que comúnmente se han visto relacionados con la presencia de sintomatología psicótica positiva son los trastornos de ansiedad y depresión (Hui y cols., 2013; Wigman y cols., 2012). Apoyándose en este tipo de evidencias autores como Malla y Payne (2005), han afirmado que los primeros episodios psicóticos no siempre derivan hacia la esquizofrenia. La psicosis, por tanto, no es considerada como un diagnóstico, sino como un síntoma o conjunto de síntomas que pueden tener muchas causas diferentes, y que en muchas ocasiones puede constituir un estado transitorio (National Alliance on Mental Illness, 2011). Según Heather (2003), tres de cada cien personas en todo el mundo sufrirán al menos un episodio psicótico durante su vida, y sólo aproximadamente uno de cada cien serán diagnosticados con esquizofrenia. Datos recientes al respecto apuntan que aproximadamente entre el 10-20 % de la población general va a mostrar riesgo de transitar hacia un trastorno psicótico (Linscott y van Os, 2013).

El tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas psicóticos hasta que la persona recibe un tratamiento sanitario recibe el nombre de duración de la psicosis no tratada (DUP). Según Shrivastava y cols. (2010), la media de duración de la psicosis no tratada (DUP) a menudo supera el año. Este tiempo de demora al tratamiento tiene una importante relación con el resultado funcional de la persona tanto a corto como a largo plazo, dando lugar a problemas relacionales, del estado de ánimo y del comportamiento, entre otros (Craig y cols., 2000). Según Amminger y cols. (2002)

la duración de la psicosis no tratada se trata de un buen predictor del deterioro cognitivo. Autores como Lappin y cols. (2007) han observado que este tiempo de demora repercute en las personas con PEP afectando a las áreas de CI verbal, aprendizaje verbal y memoria de trabajo verbal; e implicando una capacidad menor de recuperación tras el primer episodio psicótico (Hui y cols., 2013). No obstante, también existen estudios en los que no se han encontrado relaciones significativas entre ambas variables (Hoff y cols., 2000; Norman, Townsend y Malla, 2001; Rund y cols., 2004).

Respecto a la evolución del trastorno, la aparición de la esquizofrenia puede ser de manera aguda, es decir, con periodos de crisis y otros de remisión total o parcial de los síntomas; o de manera gradual, también denominada fase estable (Lehman y cols., 2004). Según la Guía de Práctica Clínica (2009), entre los tratamientos más comúnmente empleados se encuentran el farmacológico, el cognitivo y el psicosocial. Los ámbitos o lugares disponibles para llevar a cabo los tratamientos rehabilitadores con pacientes con esquizofrenia están formados por centros de hospitalización, para pacientes agudos; centros ambulatorios o servicios de rehabilitación; hospitales de día o de hospitalización parcial; y de atención y seguimiento en comunidad (Guía Práctica Clínica, 2009). En todos ellos, se ha destacado la importancia de la realización de tratamientos multidisciplinarios e integrales entre los diferentes profesionales de la salud, como método más eficaz para una más óptima rehabilitación (Nunes, 2012).

Una de las dificultades que se plantea para el diagnóstico de esquizofrenia deriva del hecho de que su diagnóstico es clínico y es realizado a través de la historia sintomática, con carácter retrospectivo, mediante entrevista clínica y observación de las conductas de la persona, y no en base a un único episodio agudo (Guía Clínica Minsal,

2009). Este hecho, a menudo retrasa la edad a la que estos pacientes son atendidos por especialistas y por tanto, a la que reciben una intervención específica (Bonga, Piet y Robin, 2008; Simon y Umbricht, 2010).

## **1.2. Sintomatología de la esquizofrenia**

### **1.2.1. Sintomatología Clínica**

Los síntomas de la psicosis son estados anormales de la conciencia en el que las funciones superiores de la mente se encuentran, en su gran mayoría, afectadas. Las percepciones, los procesos de pensamiento, las creencias y las emociones de la persona aparecen desconectadas de la realidad (Guía Práctica Clínica, 2009). Son síntomas que no tienen por qué mantenerse constantes, pudiendo hacer que la persona se encuentre asintomática en ocasiones, o que se presentan de una manera sutil, lo cual dificulta su reconocimiento como parte del trastorno, a no ser que se realicen pruebas más específicas para su evaluación (NIMH, 2009).

### **1.2.2. Síntomas Positivos**

Según el manual diagnóstico DSM-V (2013), los síntomas positivos característicos en la esquizofrenia son las ideas delirantes, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado, el comportamiento psicomotor anormal y los síntomas de manía. Estos síntomas son coincidentes con los planteados previamente en el manual diagnóstico del DSM-IV-R (2000), con la diferencia de que en este caso se incluyen de manera explícita los síntomas maniacos y se excluyen los síntomas catatónicos, los cuales tienen una clasificación específica dentro del trastorno de la esquizofrenia. Las definiciones empleadas para los diferentes síntomas son:

- Ideas delirantes: son creencias falsas que no tienen sentido en el contexto de la cultura de la propia persona. Estos delirios suelen poseer un carácter obsesivo y las personas que los sufren no pueden ser convencidas de que sus creencias no son reales. La mayor parte de las veces estas ilusiones están mal coordinadas entre sí y son contradictorias o poco elaboradas. Pueden tomar diferentes formas como son de carácter persecutorio, referencia, de grandeza, religioso, somático y de control, siendo los delirios de persecución los más frecuentes.
- Alucinaciones: son experiencias sensoriales falsas que no tienen base en el mundo externo. Las más comunes son las alucinaciones auditivas y las alucinaciones visuales, aunque también pueden afectar a los demás sentidos.
- Lenguaje desorganizado: se refiere a la forma de expresión de la persona, más que al contenido en sí, que sería el delirio. El discurso está caracterizado por frecuentes incoherencias haciéndolo ilógico debido al solapamiento de ideas sin ninguna conexión. Los pacientes parecen ajenos frente a su propio discurso y hacen poco o más bien ningún esfuerzo para aclarar lo que están diciendo.
- Comportamiento psicomotor anormal: se manifiesta mediante gestos, un afecto extraño o no adecuado a la situación o una desorganización general, así como un deterioro del comportamiento. Es característico como afecto extraño la risa sin alegría, mostrada con una carcajada extraña e incontenible.
- Síntomas de manía: se trata de una serie de manifestaciones conductuales que se alargan en el tiempo y que se caracterizan por una aumentada felicidad, actividad, impulsividad, e incluso en algunas ocasiones de creatividad. Son síntomas por los que la persona puede mantenerse sin dormir durante largos periodos de tiempo y mantener actitudes de derroche y de agresividad.

- Síntomas catatónicos: están caracterizados por el negativismo, catalepsia o alteraciones en la actividad voluntaria, las posturas, las estereotipias y la ecolalia o ecopraxia. El negativismo se refiere a una casi automática oposición instintiva a cualquier curso de acción sugerido, aunque no es imposible encontrar el paciente que represente el caso opuesto extremo lo que se denomina como “obediencia automática”. La catalepsia se caracteriza por un estado de inusual y continua tensión de la musculatura del cuerpo, aunque ésta no tiene por qué afectar al movimiento. La postura se dice que ocurre cuando el paciente asume o mantiene una postura extraña. Las estereotipias están constituidas por perseverados y raros comportamientos. Y la ecolalia o ecopraxia se dice que se produce cuando el paciente refleja el comportamiento de otra persona de manera automática, ya sean gestos, la propia pregunta que se le realiza, etc.

### **1.2.3. Síntomas Negativos**

Según el DSM-V (2013), los síntomas negativos explicitados característicos en la esquizofrenia son la disminución de la expresión emocional y la abulia. Según su predecesor, el manual DSM-IV-TR (2000), estos síntomas negativos estaban conformados por aplanamiento afectivo, alogia o pobreza de expresión y de pensamiento, y abulia. Las definiciones dadas a estos síntomas son las siguientes:

- El aplanamiento afectivo: conocido también como embotamiento afectivo, por el cual la expresión facial se encuentra carente de expresión de todo tipo de sentimientos.

- La pobreza en el discurso: reflejada no tanto en la cantidad como en el contenido, el cual parece “escaso” y en muchas ocasiones está compuesto de frases hechas y repeticiones.
- La pobreza en el pensamiento: referida a la dificultad que los propios pacientes relatan respecto al hecho de no poder encontrar pensamientos en su cabeza, como si estuviera vacía, por propia voluntad nada “viene a la mente”.
- La abulia: hace referencia a la pérdida de capacidad para emprender casi ninguna actividad dirigida a una meta.

Respecto a la anhedonia, otro síntoma negativo ampliamente estudiado en años recientes, y definida como la incapacidad de experimentar placer o satisfacción y la pérdida de interés en casi todas las actividades, se argumenta que puede ser resultado de alteraciones cognitivas. Autores como Strauss y Gold (2012) afirmaron que estas alteraciones estaban influenciados por los sentimientos de la persona, más que por una disminución en la capacidad de sentir placer, como se había afirmado en la literatura científica previa (Cohen, St-Hilaire, Aakre y Docherty, 2009).

#### **1.2.4. Conciencia de enfermedad**

La esquizofrenia ha sido descrita como la afectación, en la persona que lo padece, de la conciencia que subyace y antecede a una gran diversidad de signos y síntomas de la enfermedad (Sass y Parnas, 2003). Se ha visto como se da una desorganización en el sí mismo mostrando una autoconciencia exagerada y una disminución de su fuente vital y, por tanto, de su curso de acción (Segarra-Echebarría y cols., 2010). Descripciones tempranas clínicas de la esquizofrenia identificaron que una capacidad de insight o conciencia de enfermedad reducida es un síntoma característico

de la esquizofrenia (Freudenreich, Deckersbach y Goff, 2004). Esta impresión clínica fue confirmada años atrás por autores como Carpenter y cols. (1973) en la presentación del su Estudio Piloto Internacional con pacientes con esquizofrenia (Carpenter, Strauss y Bartko, 1973). Sin embargo, no fue hasta el año 1994 cuando esta alteración clínica se incluyó en el manual diagnóstico DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Así, el concepto de insight ha sido empleado para describir la capacidad de los pacientes con esquizofrenia para distanciarse de ellos mismos a partir de sus experiencias psicóticas, la de reflexionar sobre ellos mismos y de responder a la retroalimentación correctiva, y el exceso de confianza en los juicios delirantes (Amador y cols. 1994). Además está caracterizada por la posible afectación de aspectos como la adherencia al tratamiento, las actitudes hacia la medicación, la correcta visión de la sintomatología padecida y la habilidad para darse cuenta de cómo ven otras personas la enfermedad (David, 1990; Kaustav y Debasish, 2010). Se ha visto como al menos un tercio de los pacientes que padecen esquizofrenia no tienen conciencia de tener una enfermedad mental o niegan que estén enfermos (Amador y cols., 1994). La conciencia de enfermedad no puede ser considerado como un fenómeno aislado sino como un concepto que refleja la interacción entre factores biológicos, cognitivos, personales y sociales (Amador y David, 2004), y que debe evaluarse en relación a otras variables de la enfermedad (Marková y Berrios, 2002).

En los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, la capacidad moderada-alta de insight muestra relación con variables sociodemográficas como una edad temprana de inicio de enfermedad, el estar casado, con estados emocionales y conductuales como la presencia de trastornos del estado del ánimo, ansiedad, trastornos de adaptación y un

bajo número de ingresos hospitalarios (Lang y cols., 2002). Según Lysaker y cols. (2007) la mayor conciencia de enfermedad se relaciona con mejores resultados funcionales y una menor autoestima, viéndose afectada ésta a su vez por el significado y aceptación que el paciente tiene respecto a su situación (Lysaker, Roe y Yanos, 2007). Por el contrario, una baja conciencia de los síntomas y de la enfermedad hace que la persona pueda mantener una autoestima más óptima (Carroll y cols., 1999; Marková, 2005; Moore, Cassidy, Carr y O'Callaghan, 1999; Pyne, Bean y Sullivan, 2001; Smith, Hull y Santos, 1998; Smith, Hull, Israel y Willson, 2000; White, Bebbington, Pearson, Johnson y Ellis, 2000). Según autores como Mutsatsa y cols. (2006) esto puede deberse a un posible mecanismo de defensa que estos pacientes mantienen frente a las propias dificultades y la angustia que deriva de las mismas, siendo un factor protector ante una posible depresión.

Por otra parte, la baja conciencia de enfermedad en pacientes con esquizofrenia, se ha visto relacionada con un pobre ajuste premórbido (Keshavan, Rabinowitz, DeSmedt, Harvey y Schooler, 2004; Wiffen y cols., 2010), con una mayor gravedad de la enfermedad (David y cols., 1995; Mintz, Dobson y Romney, 2003), con una mala adhesión y cumplimiento del tratamiento (Amador, Strauss, Yale y Gorman, 1991; Masand, Roca, Turner y Kane, 2009), con una peor respuesta a los tratamientos, tanto farmacológicos (Rittmannsberger, Pachinger, Keppelmüller y Wancata, 2004) como psicosociales (Hayashi, Yamashina, Igarashi y Kazamatsuri, 2001), con un funcionamiento pobre (Parellada y cols., 2009) y con un peor pronóstico (David y cols., 1995). Respecto a la relación con la sintomatología, autores como Gilleen y cols. (2011), han apuntado que una baja capacidad de insight se encuentra relacionada con la

severidad de los síntomas psicóticos, especialmente los positivos (Gilleen, Greenwood y David, 2011).

Autores como Medalia y Thysen (2008), idearon una escala, partiendo de la *Scale Unawareness of Mental Disorders (SUMD)* para evaluación de la conciencia. Estos autores hallaron que el conocimiento consciente de las alteraciones cognitivas, medidas mediante escalas objetivas, era muy bajo en pacientes con esquizofrenia, y que no mostraban correlación con la conciencia de la enfermedad. Sugieren con ello además que cada conciencia estaría respaldada por mecanismos diferentes, y que la conciencia de las limitaciones cognitivas es mayor que la conciencia de sintomatología o padecimiento de una enfermedad (Medalia y Thysen, 2008).

Se han encontrado diversas dificultades en la evaluación del concepto de insight ya que hay autores que reportan que las dimensiones que la conforman evolucionan y cambian con el transcurso del tiempo (Markova y Berrios, 1995; Marková y Berrios, 2002; Mintz, Addington y Addington, 2004; Thompson, McGorry y Harrigan, 2001; Wiffen y cols., 2010). Esto hace que los resultados sobre estudios de percepción de la enfermedad mental no puedan ser comparables entre ellos debido al gran número de instrumentos empleados para su medición basada en las diferentes conceptualizaciones que ha adquirido el constructo a lo largo de los últimos años.

#### **1.2.5. Ajuste premórbido psiquiátrico en pacientes con esquizofrenia**

Una medida de evaluación importante para el seguimiento de los pacientes con esquizofrenia es el nivel de ajuste premórbido, considerado como el nivel máximo de

funcionamiento psicosocial que la persona ha llegado a alcanzar antes del inicio de los síntomas psiquiátricos (Kendler y Hays, 1982).

Una de las escalas más empleadas para la evaluación del ajuste premórbido es la *Escala de Ajuste Premórbido (PAS)* para pacientes con esquizofrenia (López, Rodríguez, Apiquián, Páez y Nicolini, 1996). Previa a ella ya existían escalas para la evaluación del funcionamiento premórbido, sin embargo sólo evaluaban aspectos parciales, como el ajuste sexual con la *Escala de Phillips* (Phillips, 1953) o la *Escala de Kantor* (Kantor, Wallner y Winder, 1953) que mide aspectos desde la infancia hasta la vida adulta, pero que no dispone de apartados para medir algunos aspectos del desarrollo social.

En relación con el ajuste premórbido de estos pacientes, por un lado, autores como Strauss, Kokes, Klorman y Sacksteder (1977) vieron relacionado un peor ajuste premórbido con mayores tiempos de hospitalización, peor respuesta al tratamiento farmacológico y con la presencia de mayor sintomatología. Sin embargo, autores como Cannon-Spoor y cols. (1982) puntualizaron que no resulta una medida especialmente útil como predictora del tipo de esquizofrenia a padecer (Cannon-Spoor, Potkin y Wyatt, 1982). Por otro lado, un buen ajuste premórbido se ha visto que presenta relaciones significativas con respecto a una baja sintomatología negativa, mostrando los pacientes un pronóstico más favorable a largo plazo (Fenton y McGlashan, 1991). También se ha informado del papel mediador de los síntomas negativos entre el ajuste premórbido y el funcionamiento social e intelectual, lo que apoya la hipótesis de que los síntomas negativos no resultan variables completamente independientes de los déficits

cognitivos (Brill y cols., 2009). Estudios previos por su parte no encontraron asociación respecto a la sintomatología negativa (Binder y cols., 1998; Hoff y cols., 1996).

### **1.3. Sintomatología Cognitiva**

Estudios previos han considerado los espectros de la psicosis, en los que se incluye la esquizofrenia, como trastornos que presentan una reducción en el rendimiento cognitivo de las personas que lo sufren y que se mantiene constante a lo largo del transcurso de la enfermedad (Elvevag y Goldberg, 2000; Keefe y cols., 2007). El deterioro en diversas funciones cognitivas, es por tanto, un síntoma de la esquizofrenia que persiste incluso cuando han remitido con éxito los síntomas psicóticos (Censits, Daniel Ragland, Gur y Gur, 1997; Saykin y cols., 1994). Sin embargo, ninguno de los sistemas de clasificación diagnóstica habituales lo incluyen como criterio en la enfermedad.

#### **1.3.1. Ajuste premórbido cognitivo en pacientes con esquizofrenia**

Respecto a la relación entre los déficits cognitivos y el nivel de ajuste premórbido, autores como Silverstein y cols. (2002) reportaron la existencia de déficits más acusados, sobre todo en atención y funciones ejecutivas, cuando el este ajuste había resultado desfavorable; o en cuanto a la memoria verbal (Rund y cols., 2004).

Autores como Woodberry y cols. (2010) afirman la existencia de dominios cognitivos relativamente reservados, como son las funciones ejecutivas, antes de la aparición del primer debut de la enfermedad. No obstante, en el transcurso de los cinco años siguientes estas funciones sufrirían una exacerbación aguda que en algunos pacientes tiende a la estabilización o incluso a su mejora (Palmer, Dawes y Heaton,

2009). En cuanto al ajuste premórbido de la cognición social, autores como Duñó y cols. (2008) han referido la existencia de un desarrollo normal de esta cognición previo al desarrollo de la enfermedad, en contraposición a Pickup y Frith (2001) que afirmaron la existencia de algunos pacientes con esquizofrenia que ya sufrirían estos déficits en la cognición social desde etapas tempranas del desarrollo. Esto ha sido descrito por Sprong y cols. (2007) como un posible factor de vulnerabilidad para la aparición de la enfermedad (Sprong, Schothorst, Vos, Hox y van Engeland, 2007).

A lo largo de la literatura existente, la medición de la reserva cognitiva se ha realizado mediante la recogida de la información del número de años estudiados por el paciente, así como mediante pruebas como el *Test de Acentuación de Palabras (NART)* (Del Ser, González-Montalvo, Martínez-Espinosa, Delgado-Villapalos y Bermejo, 1997) o la subescala de *Información* del WAIS-III (Weschler, 2002). La diversidad de artículos existentes, en estudios con diversas patologías, evidencian la importancia de la evaluación del nivel de ajuste premórbido o reserva cognitiva por ser una variable significativa de diferencia interpersonal y con ello de desarrollo funcional posterior, especialmente en pacientes con esquizofrenia (de la Serna y cols. 2013; Stern, 2003).

### **1.3.2. Cognición General**

El déficit en la cognición general en pacientes con esquizofrenia es un síntoma básico especificado desde las primeras descripciones de la enfermedad (Kraepelin, 1919; Bleuler, 1950).

La búsqueda de un consenso acerca de las áreas cognitivas afectadas en pacientes con esquizofrenia dio lugar a que el National Institute of Mental Health

(NIMH) en Estados Unidos creara un grupo de Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia ([www.matrics.ucla.edu](http://www.matrics.ucla.edu)) desarrollando el proyecto MATRICS (Green y Nuechterlein, 2004). El propósito de este proyecto estaba centrado en la identificación de los aspectos cognitivos en los que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits. En una primera fase se identificaron seis dominios cognitivos: la velocidad de procesamiento, la atención, la memoria de trabajo, la memoria verbal, la memoria visual y la resolución de problemas. En una segunda fase, se añadió la cognición social a las seis anteriores, reconociendo así la relevancia de los aspectos del procesamiento emocional como un déficit específico (Nuechterlein y cols., 2004).

Los siete dominios cognitivos identificados por MATRICS presentan apoyo de los resultados de la literatura científica como principales áreas afectadas en pacientes con esquizofrenia. Respecto a la velocidad de procesamiento, descrita como la capacidad que establece la relación entre la ejecución de la actividad cognitiva y el tiempo invertido en realizar la tarea, autores como González-Blanch y cols. (2007) o Milev y cols. (2005) encontraron déficits marcados en pacientes con esquizofrenia. Otros autores como Dickinson y cols. (2007) u Ojeda y cols. (2008) han afirmado que el deterioro en la velocidad de procesamiento va más allá pudiendo contribuir a las deficiencias en los diferentes procesos cognitivos en pacientes con esquizofrenia.

La capacidad atencional, definida como el proceso cognitivo que de manera selectiva se centra en ciertos aspectos del ambiente sin tener en cuenta otras cosas (Anderson, 2010) es un dominio ampliamente referido como afectado en la literatura de la esquizofrenia. Autores como Addington y Addington (2000) y Prouteau y cols.

(2004) han referido déficits en la atención inmediata y sostenida en muestras de pacientes con esquizofrenia inmersos en la comunidad y en pacientes ambulatorios, respectivamente. También se ha comprobado la existencia de afectación en la atención sostenida en pacientes crónicos de esquizofrenia (Hutton y cols., 1998; Pantelis y cols., 2009).

La memoria de trabajo es definida como la capacidad de mantener durante un tiempo, alrededor de unos segundos, un estado de activación o accesibilidad de la información recibida, mientras otras funciones cognitivas están ocurriendo (Damasio y Anderson, 1993). Las funciones ejecutivas por su parte, se refieren a la habilidad para almacenar y manipular temporalmente la información recibida, e involucra la capacidad de flexibilidad cognitiva, planificación, iniciación e inhibición de la acción (Chan, Shum, Touloupoulou y Chen, 2008; Elliott, 2003; Monsell, 2003). Investigadores como Baddeley (2000) o Lee y Park (2005) han considerado que se trata de un déficit cognitivo básico en pacientes con esquizofrenia, afirmación que se ha corroborado en otros estudios (Barch, 2005a; Chan y cols., 2006; Hutton y cols., 2002; Ojeda y cols., 2010; Park y Holzman, 1992; Peña y cols., 2011).

La memoria es definida como la capacidad para codificar y almacenar información así como de recuperarla en el momento en el que resulte necesario. Por un lado, la memoria verbal se refiere a la memoria de significados y conocimientos conceptuales que no se encuentran relacionados de manera directa con experiencias concretas (Acheson, Postle y MacDonald, 2010). Autores como Riley y cols. (2000) o Twamley y cols. (2006) han encontrado que 267 pacientes con esquizofrenia, en comparación con controles sanos emparejados, mostraban déficits significativos en esta

área. Además el nivel de deterioro mnésico, era superior también al mostrado en otra submuestra de PEPs. Por otro lado, también en la memoria visual se ha encontrado afectación en pacientes con esquizofrenia, siendo este deterioro considerado por algunos expertos como un posible marcador endofenotípico de riesgo de esta enfermedad (Saykin y cols., 1991; Touloupoulou, Rabe-Hesketh, King, Murray y Morris, 2003). Autores como Nayak y cols. (2004) mostraron que el 47% de los pacientes con esquizofrenia mostraban déficits en la memoria visual o en la memoria verbal, pero no en ambos, concluyendo que podría deberse a que se trata de dos dimensiones claramente separadas. En contraposición a esta postura, autores como Dickinson y cols. (2004) consideraron, mediante la realización de análisis factoriales, que pruebas verbales y no verbales forman parte de un único factor (Dickinson, Iannone, Wilk y Gold, 2004). Este argumento de Dickinson se apoya en resultados obtenidos por Strauss y Summerfelt (2003) quienes concluyeron que ambos dominios se encuentran relacionados de manera moderada-alta en pacientes con esquizofrenia.

Por último, la capacidad de resolución de problemas, considerada una capacidad cognitiva de orden superior, se refiere a la capacidad de llegar a la mejor solución o meta posible superando los obstáculos que puedan presentarse, desarrollando para ello estrategias para su organización (Goldstein y Levin, 1987). Esta capacidad también se ha descrito como afectada en pacientes con esquizofrenia (Silver, Feldman, Bilker y Gur, 2003; Twamley y cols., 2006).

En la actualidad, y en relación con el deterioro cognitivo, existe un debate abierto acerca de si los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia son más marcados en unos dominios que en otros (Coleman y cols., 2002; Tek y cols., 2002).

Algunos autores ponen de manifiesto que la severidad del deterioro en las funciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia se presenta de un modo muy heterogéneo (Dawes, Jeste y Palmer, 2011; Fioravanti, Carlone, Vitale, Cinti y Clare, 2005; Wykes y Huddy, 2009).

### **1.3.2.1. Curso longitudinal del deterioro en la Cognición General**

El deterioro cognitivo se observa ya en fases prodrómicas y resulta más evidente durante el PEP (Galderisi y cols., 2009; Joyce, Hutton, Mutsatsa y Barnes, 2005; Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone y Seidman, 2009; Whyte y cols., 2006). Autores como Banaschewski y cols. (2000), mostraron cómo existe relación entre una edad temprana de inicio de la enfermedad y una mayor afectación en ciertas funciones cognitivas como la atención, la fluidez verbal y el razonamiento no verbal (Banaschewski, Schulz, Martin y Remschmidt, 2000). Transcurrido un periodo de cinco años del debut del primer episodio, autores como Albus y cols. (2006) y Hoff y cols. (2005), mostraron que tanto pacientes como controles mejoraban en todos sus dominios cognitivos, a excepción de las personas con esquizofrenia, que no mejoraban en memoria ni en fluidez verbal. Cuando el diagnóstico de esquizofrenia es estable, el deterioro cognitivo está bien definido y suele ser más acusado que el visto en PEP y en fases previas (Elizagarate y cols., 2010).

Respecto a la evolución de la enfermedad, autores como Moritz y cols. (2002) apoyan la idea de que los déficits cognitivos no empeoran con el paso del tiempo. Esta idea de la estabilidad se encuentra apoyada por Mesholam-Gately y cols. (2009) que afirman que el deterioro se produce en la fase pre-mórbida y en la fase del primer episodio, seguido de estabilidad en su déficit global. Esta hipótesis de la estabilidad de

los déficits cognitivos durante los primeros años también es apoyada por otros autores que la hacen extensible a la capacidad de inteligencia general (Jepsen y cols., 2010), y a los déficits en cognición social (Horan y cols., 2012).

En resumen, parece que no existe un patrón de deterioro predeterminado y que los déficits suelen estar presentes antes de la aparición del primer episodio y se mantienen estables los primeros años de evolución de la enfermedad especialmente en ausencia de nuevas crisis y hospitalizaciones. Algunos autores han revisado qué ocurre en pacientes mayores de 50 años y han concluido que en esa etapa, el deterioro se vuelve significativamente más acusado que en población general, empeorando por causas como el número de ingresos o las recaídas clínicas (Ojeda y cols., 2007).

### **1.3.3. Cognición Social**

Como ya quedó explicado en el apartado 1.3.2, el proyecto MATRICS puso de manifiesto explícitamente el interés y la importancia del deterioro en la cognición social en la esquizofrenia. Aunque existían estudios previos que habían destacado el peso de este dominio en la esquizofrenia, son mucho más numerosos los estudios publicados en este tema a partir de la inclusión por parte de MATRICS de este séptimo dominio (Fett y cols., 2011; Savla, Vella, Armstrong, Penn y Twamley, 2012). Entre las habilidades específicas donde se observa este déficit están: una reducida capacidad de familiarización, dificultad para la abstracción de la persona respecto a algunas situaciones sociales obstaculizando su correcta percepción, limitado procesamiento semántico, y dificultad en la comprensión de señales emocionales (Leonhard y Corrigan, 2001). Todos estos factores constituyen las bases de la relación entre las

personas, de ahí que las dificultades que presentan las personas con esquizofrenia supongan en su vida barreras en su funcionamiento social.

Según autores como Frith y Frith (2007) el desarrollo de la capacidad de comprensión del sistema social está relacionado de manera necesaria con el desarrollo de la conciencia. Otros autores como Levine y cols. (2000), han querido ser más específicos afirmando que los hechos relacionados con aspectos de contenido social requieren de la capacidad de auto-conciencia metacognitiva que implica la representación de los propios estados mentales, creencias, actitudes y experiencias personales (Levine, Dawson, Boutet, Schwartz y Stuss, 2000). Además estas variables repercuten no sólo en la comprensión de los propios pensamientos sino también de los estados mentales de otras personas, resultando inevitable que el cerebro de cada persona produzca sus propios procesos y que éstos influyan en la mente del otro durante el proceso relacional (Green, Olivier, Crawley, Penn y Silverstein, 2005). Se trata por tanto, de aspectos que ayudan al desarrollo óptimo de habilidades para crear inferencias sobre el mundo así como sentir empatía, permitiendo interpretar los estados mentales y hacer juicios sociales de manera correcta (Stuss y Levine, 2002).

Un cambio que se ha observado a lo largo de los años de estudio de la cognición social es el hecho de que los investigadores no se centran exclusivamente en el estudio de la mente individual (van Overwalle, 2009) sino que su estudio forma parte de un conjunto de aspectos de interacción para la comprensión de la vida social con otros (De Jaegher, Di Paolo y Gallagher, 2010; Fogel y Garvey, 2007; Richardson, Marsh, Isenhower, Goodman y Schmidt, 2007; Shockley, Richardson y Dale, 2009). La cognición social es considerada desde este punto de vista como un proceso

bidireccional, tratándose éste de un concepto más “ecológico” desde el cual poder valorar su funcionamiento (Tirapu-Ustarroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrín-Valero, 2007).

### **1.3.3.1. Definición de Cognición Social**

La cognición social ha sido definida de muy diversas maneras, no habiendo consenso en la actualidad entre ellas.

Según Butman (2001), la cognición social puede ser definida como el proceso cognitivo que elabora la conducta adecuada como respuesta a otros sujetos de la misma especie. Es decir, según el autor, la cognición social engloba aquellos procesos cognitivos superiores que sostienen la diversidad de conductas sociales en las cuales nos vemos inmersos. Por su parte, Ostrom (1984), definió la cognición social como un término multidisciplinar que recoge el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales y que influyen en los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas, las intenciones, disposiciones y conductas propias y de los otros (Ostrom, 1984). Estudios más recientes sugieren que la cognición social es un constructo multidimensional conformado por diversas habilidades jerarquizadas que pueden presentar o no deterioro y con cierto grado de independencia entre sí (Ochsner, 2008). Otra manera empleada para explicar el término es el empleado por Green y cols. (2008) que lo definen como el conjunto de procesos cognitivos implicados en la elaboración de inferencias sobre las intenciones y creencias de otras personas, y en cómo sopesamos los factores sociales al realizar dichas inferencias.

Según una perspectiva neurobiológica, la cognición social es un proceso complejo en el que intervienen mecanismos para percibir, procesar y evaluar los estímulos (Pinkham, Penn, Perkins y Lieberman, 2003). Estos mecanismos permiten una representación del entorno social dando la capacidad, tanto a los humanos como a los animales, de interpretar de manera adecuada las señales sociales así como de responder de forma apropiada a ellas (Adolphs, 1999). Este mismo autor en el año 2001, resaltó la importancia de la cognición social y la describió como resultado de la influencia de dos componentes: los genes y la cultura (Adolphs, 2001).

En la actualidad existen más de 100 definiciones diferentes sobre la cognición social, y de ellas, doce proponen los posibles subfactores que forman este constructo multidimensional. Algunos autores como van Hooren y cols. (2008) han referido que hay una superposición significativa entre los diferentes dominios, por lo que preferían unificar criterios en un único factor. Otros han defendido la importancia de la identificación de las conductas corporales que envuelven una acción considerando que puede ser delimitado por cinco factores como son: la imitación del comportamiento, la acción conjunta, el contagio emocional, la lectura de la mente y la comprensión del lenguaje (Gallagher, 2005; Goldman y Vignemont, 2009; Niedenthal, 2007). Sin embargo, son mayoría los autores que como Couture, Penn y Roberts (2006), han propuesto una estructura multifactorial formada por diferentes dominios. Estos dominios más ampliamente aceptados son: el procesamiento o percepción emocional (PE), la percepción social (PS) dentro del cual algunos autores incluyen el conocimiento social (CS) (Corrigan, Wallace y Green, 1992; Corrigan y Green, 1993a; Subotnik y cols., 2006), la teoría de la mente (ToM) y el estilo atribucional (EA).

Figura 1: Estructura multifactorial de la Cognición Social en cuatro dimensiones



Esta configuración del concepto ha resultado más práctica facilitando su evaluación y estudio objetivo. Posiblemente por ello, esta propuesta es la que ha tenido mayor trascendencia en la literatura actual y la que ha contado con una mayor aceptación entre los investigadores (Brekke, Kay, Lee y Green, 2005; Green y cols., 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Penn y cols., 2005a).

En resumen, se puede observar como los términos o subdominios empleados para definir la cognición social en la investigación en esquizofrenia han variado ampliamente. Este hecho complica la comunicación entre profesionales y el estudio de las diferentes dimensiones de una manera sistemática. A su vez da lugar a que el porcentaje de literatura existente para cada uno de los subcomponentes de la cognición social sea desigual. Con todo, la mayoría de las investigaciones en cognición social en pacientes con esquizofrenia se han centrado en el estudio del concepto a través de los cuatro subfactores nombrados con anterioridad (Bellack y cols., 2007; Brekke y

Nakagami, 2010; Couture y cols., 2006; Green y cols., 2008; Lieberman, Stroup y Perkins, 2006). En el apartado 1.4 de la introducción de esta tesis se profundiza en la definición y la evaluación de cada uno de estos subcomponentes.

### **1.3.3.2. Factores biológicos relacionados con la Cognición Social en esquizofrenia**

Se ha descrito el papel de varias estructuras cerebrales en relación con la cognición social como son: las cortezas sensoriales superiores encargadas de la percepción de los signos sociales; la amígdala, que permite que demos un significado emocional de los estímulos y tiene relación con la teoría de la mente; y la corteza prefrontal ventromedial, para la toma de decisiones y el razonamiento social; entre otras (van Overwalle, 2009). Estas estructuras son además la base neural de las emociones básicas que a su vez actúan como vínculos de unión entre las percepciones de los estímulos y la comprensión de los mismos (Butman, Abel y Allegri, 2003).

Otros autores como Kelemenova y cols. (2010) han considerado el papel de la oxitocina en la cognición social, neuropéptido hipotalámico que se libera en la circulación, y cuyo nivel se encuentra disminuido en pacientes con deficiencias en habilidades sociales como el autismo. La administración intranasal de esta sustancia parece mejorar la captación de señales en cognición social (Domes, Heinrichs, Michel, Berger y Herpertz, 2007), la tendencia a la observación hacia la región de los ojos (Guastella, Mitchell y Dadds, 2008) y la mejora de la memoria para la identificación social, entre otras funciones (Savaskan, Ehrhardt, Schulz, Walter y Schächinger, 2008).

### **1.3.3.3. Variables que influyen en la Cognición Social**

La cognición social es un dominio de la cognición y se relaciona estrechamente con ella. Algunos autores sugieren que ambas variables son constructos separados pero guardan una alta interrelación, con una asociación que oscila entre 0.83 (Sergi y cols., 2007a), y el 0,91 (Vauth, Rüsche, Wirtz y Corrigan, 2004).

Las alteraciones en los diferentes subconstructos de la cognición social muestran relación con diversas alteraciones cognitivas como la atención (Calev, 1999; Cornblatt y Keilp, 1994; Corrigan y cols., 1992; Friedman y Squires-Wheeler, 1994; Kee, Kern y Green, 1998; Toomey, Seidman, Lyons, Faraone y Tsuang, 1999). Estudios como el de Sweeney y cols. (1994) ponen en evidencia este déficit presentado por los pacientes con esquizofrenia mediante tareas de seguimiento de los ojos, viendo que presentaban seguimientos lentos y que en muchas ocasiones se mostraban condicionados por movimientos oculares de persecución (Sweeney, Clementz, Haas, Escobar, Drake y Frances, 1994). Otros como Adolphs (2001) explican este déficit como consecuencia de un análisis demasiado breve de las imágenes, de la necesidad de un mayor tiempo para su comprensión y de un mayor filtraje de estímulos distractores. Autores como Foussias y cols. (2009) han sugerido que estas deficiencias pueden deberse en realidad a las deficiencias en la atención y no a los déficits en el juicio o conciencia social (Foussias, Mann, Zakzanis, van Reekum y Remington, 2009).

También la memoria verbal presenta relación con el subconstructo de la cognición social, la percepción social (Corrigan, Green y Toomey, 1994). Autores como Corrigan (1997) encontraron relación entre ambas variables, e indicaron que la

rehabilitación de la memoria verbal mejoraba la comprensión de las reglas sociales en pacientes con esquizofrenia.

Las alteraciones cognitivas en la memoria de trabajo (Carlson y cols., 1999) y el funcionamiento prefrontal general (Gallagher y cols., 2000) también se han visto documentadas en relación a subconstructos de la cognición social como la teoría de la mente. Autores como Brunet y cols. (2000) mediante el empleo de técnicas de neuroimagen, encontraron que la atribución de intenciones implica de una compleja actividad en la corteza prefrontal medial, cuando se utiliza una tarea no verbal, la cual en ocasiones se encuentra dañada en pacientes con esquizofrenia (Brunet, Sarfati, Hardy-Baylé y Decety, 2000).

Según autores como Rodseth y cols. (1991) y Fitch, Huber y Bugnyar (2010), los procesos relacionados con la cognición social se encuentran también íntimamente ligados a la capacidad de lenguaje que poseemos los seres humanos. Sin embargo, se ha observado como en realidad la cognición social se trata de una habilidad adquirida con anterioridad en el curso evolutivo del individuo, que está presente ya en los bebés que aún no poseen lenguaje verbal (Hamlin, Wynn y Bloom, 2007). De hecho, algunos estudios han demostrado que la cognición social puede estar presente en otras especies antropológicas inferiores, como los primates, que tampoco desarrollan el lenguaje (Lakshminarayanan y Santos, 2008). Call y Tomasello (2008) concretan, sin embargo, que los primates pueden interpretar señales de cognición social básica pero no otras más complejas como la comprensión de las falsas creencias, también ausente en los bebés. Por ello, aunque algunos de sus elementos aparecen pronto en el curso evolutivo del

individuo, posiblemente algunos de sus componentes evolucionan o se desarrollan en etapas más tardías como ocurre con otros dominios cognitivos.

Respecto a la sintomatología positiva, autores como Bentall y cols. (2001) y Frith (1992) han afirmado que el deterioro en cognición social está en la base de la formación de síntomas clínicos específicos como son la paranoia y el control del pensamiento. Otros autores como Shean y cols. (2005) encontraron relación entre los síntomas de desorganización del pensamiento y la severidad de la sintomatología clínica medida mediante la escala *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (Overall y Gorham, 1962).

La posible relación existente entre la sintomatología negativa y la cognición social ha resultado menos clarificada en la literatura científica. Estudios como el de Frith en el año 1992, apoyaron la consideración de que los síntomas negativos tienen mucho que ver con el deterioro de la conciencia del sí mismo, así como con la capacidad de emprender acciones de manera espontánea, lo cual supone una dificultad añadida en las relaciones con otros. A su vez autores como Shean y cols. (2005), mediante el empleo de las imágenes de las Viñetas del WAISS-R, encontraron relación entre la severidad de la sintomatología negativa y la obtención de puntuaciones más bajas en la subescala en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. Estas asociaciones se observaron en especial para la capacidad de integración de los episodios, la complejidad de las representaciones y la capacidad de inversión emocional, que se encontraban disminuidas (Shean, Murphy y Meyer, 2005). En un estudio del año 2007a, Sergi y cols. observaron relaciones significativas aunque moderadas, siendo de -0.36, entre la cognición social y los síntomas negativos, medido

mediante un sistema de ecuaciones estructurales en un grupo de cien pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Otras investigaciones más recientes apuntan a que la asociación entre la cognición social y la sintomatología negativa se vería mediada por otras variables como un bajo nivel educativo y un pobre ajuste premórbido (Lysaker y cols., 2013).

Con todo, si la relación entre síntomas clínicos y cognición social es tan estrecha, sería esperable que mejorase la cognición social ante la remisión de la sintomatología clínica. Sin embargo, autores como Mueser y cols. (1991) describieron que los déficits en el funcionamiento cognitivo social se mantienen como características estables que no cambian con la mejora de la sintomatología clínica (Mueser, Bellack, Douglas y Morrison, 1991).

## **1.4. Subcomponentes de la Cognición Social**

### **1.4.1. Percepción Emocional**

#### **1.4.1.1. Definición de Percepción Emocional**

El procesamiento emocional, desde la perspectiva de la cognición social, se refiere a todos los aspectos que están relacionados con percibir y emplear las emociones (Couture y cols., 2006; Penn, Corrigan, Bentall, Racenstein y Newman, 1997). Autores como Addington y cols. (2006a) han definido la percepción emocional como un componente de la cognición social que media entre la cognición básica y el funcionamiento social, facilitando así su relación (Brekke y cols., 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Vauth y cols., 2004). La percepción y descripción de las emociones han sido considerados componentes relacionados con la percepción emocional. Sin embargo, en ocasiones también es posible encontrar definiciones que los tratan como componentes relacionados con la teoría de la mente (Green y cols., 2005).

Los déficits en la capacidad de interpretar correctamente las señales emocionales se conoce comúnmente como afectación del reconocimiento emocional y es así como ha sido documentado en la esquizofrenia en numerosos estudios (Brekke y cols., 2005; Edwards, Jackson y Pattison, 2002; Hoekert, Kahn, Pijnenborg y Aleman, 2007; Mandal, Pandey y Prasad, 1998; Morrison, Bellack y Mueser, 1988; Pinkham, Gur y Gur, 2007).

La inteligencia emocional es una de las teorías más influyentes para la definición del proceso relacionado con la percepción de las emociones (Salovey, 1997). Según autores como Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios (2001), la inteligencia emocional no es un constructo unitario sino que está compuesto por cuatro factores diferenciados. El

primero de estos factores es la *percepción e identificación de emociones*, que se refiere a la capacidad que poseemos las personas para percibir las emociones en uno mismo, en los demás y en diferentes elementos contextuales como pueden ser los objetos, la música, el arte u otros. El segundo se denomina *facilitación emocional* y se trata de la capacidad para generar, sentir y emplear las diferentes emociones para comunicarnos con otras personas. El tercer factor es la *comprensión emocional*, conocida como la capacidad para comprender la información relacionada con las emociones, es decir, el conocimiento de cómo se combinan y evolucionan a lo largo de las relaciones interpersonales. El último de los factores es el relacionado con el *manejo emocional* que se refiere a la capacidad de abrirse a los sentimientos y ser capaz de modularlos, en base a una situación concreta, tanto en uno mismo y como en los demás con el fin de facilitar la comprensión (Mayer, Salovey y Caruso, 2002).

Autores como Ekman (1972) analizaron las diferentes expresiones de emociones en diversas culturas afirmando que existe consenso respecto a las emociones básicas: el miedo, el enfado, la sorpresa, la felicidad, el asco y la tristeza. Son denominadas emociones básicas debido a que se trata de emociones determinadas biológicamente, cuya expresión es innata e universal y que poseen un valor adaptativo (LeDoux, 1999). Un estudio reciente de Jack y cols. (2014), sin embargo, afirma que la cara sólo expresa cuatro emociones básicas como son: felicidad, tristeza, miedo-sorpresa e ira-asco, ya que éstas emplearían movimientos de los músculos faciales similares (Jack, Garrod y Schyns, 2014). Las emociones complejas o secundarias son denominadas a aquellas emociones que surgen de la combinación de dos o más emociones básicas y para su reconocimiento se requiere del desarrollo de la ToM (Tirapu-Ustarroz y cols., 2007). Las emociones neutras, donde es clasificada la sorpresa, son emociones ni agradables ni

desagradables, es decir, ni positivas ni negativas, pero que comparten características de ambas, como son la brevedad temporal de las positivas y la movilización de recursos que producen las negativas (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2001; Izard, Kagan y Zajonc, 1984).

#### **1.4.1.2. Curso evolutivo de la Percepción Emocional**

Se considera que los seres humanos poseen la capacidad de reconocer las emociones faciales manifestadas por otras personas desde los seis meses de edad (Walker-Andrews, 1998). En población normal se ha descrito que la primera respuesta ante un estímulo referente a una emoción facial se da a los 50 milisegundos, mientras que el completo análisis de la información presentada, no se consigue hasta al menos 500 milisegundos después (Adolphs, 2002). Pero se han descrito diferencias en relación a la movilidad ocular entre controles y pacientes con esquizofrenia, mostrando estos últimos análisis más cortos de los rostros y una peor filtración de los estímulos, lo que daría lugar a un mayor filtraje de distractores (Lee, Liu, Chan, Fang y Gao, 2005; Shimizu y cols., 2000).

Según autores como Adolphs y cols. (1994) los pacientes que padecen lesiones bilaterales en la amígdala no son capaces de reconocer las emociones de miedo en otras personas (Adolphs, Tranel, Damasio y Damasio, 1994). Posiblemente esta limitación sea debida a que no miran a los ojos del otro, condicionando la primera fase de percepción de la información. Según autores como Allison y cols. (2000), los ojos son tradicionalmente considerados una importante fuente de información emocional ya que orientan la interacción con otros seres humanos (Allison, Puce y McCarthy, 2000). Respecto a las facciones internas de la cara, otros autores como Schmid y cols. (2011)

han afirmado la relevancia de la boca o el ceño, y en su conjunto, el denominado triángulo facial, en el adecuado procesamiento de las emociones transmitidas por los otros (Schmid, Mast, Bombari, Mast y Lobmaier, 2011). Otros autores han considerado que el déficit sería explicado a un nivel más básico debiéndose a alteraciones en estadios tempranos del procesamiento visual (Butler, Silverstein y Dakin, 2008; Green, Kern y Heaton, 2004; Rassovsky, Green, Nuechterlein, Breitmeyer y Mintz, 2004; Slaghuis, Holthouse, Hawkes y Bruno, 2007).

Otros autores como Wynn y cols. (2008) han descrito deficiencias en la esquizofrenia en etapas posteriores del procesamiento como es la decodificación, causando déficits en la identificación emocional de pacientes con esquizofrenia (Wynn, Lee, Horan y Green, 2008). Incluso han sido señalados factores más generales que influyen sobre el proceso perceptivo como son la familiaridad, el nivel de complejidad de la propia situación, la abstracción y el procesamiento semántico, variables todas ellas en las que los pacientes con esquizofrenia muestran dificultades (Leonhard y Corrigan, 2001).

#### **1.4.1.3. Evaluación de la Percepción Emocional**

Las dos modalidades principales empleadas para la evaluación de la percepción emocional son la auditiva y la visual, siendo esta última la que ha recibido mayor atención. El estudio de esta percepción de las emociones se ha hecho fundamentalmente con estudios de percepción de las señales faciales que transmiten afecto (Ruiz-Ruiz, García-Ferrer y Fuentes-Durá, 2006). Autores como Snitz y cols. (2006), describieron el reconocimiento de las emociones faciales como un proceso que requiere del empleo de tres estrategias visuales complementarias que se relacionan con el uso de neuronas

espejo como son la percepción, el análisis y la identificación (Snitz, MacDonald y Carter, 2006).

A la hora de evaluar la percepción emocional es importante la distinción entre tareas de identificación y tareas de diferenciación. Por un lado, para la identificación facial afectiva se emplean pruebas en las que se aporta una serie de opciones de palabras y la persona debe asignarlas a una imagen que representa una expresión facial, es decir, que requiere de habilidades semánticas (Addington y cols., 2006a; Bediou y cols., 2007; Kucharska-Pietura, David, Masiak y Phillips, 2005; Penn y cols., 2000; Whittaker, Deakin y Tomenson, 2001). Por otro lado, para la diferenciación de emociones se plantean tareas en las que la persona debe realizar juicios respecto a las diferencias existentes entre las formas de expresión emocional sin unas opciones previas que ayuden a la identificación, es decir que requiere más bien del empleo de habilidades de análisis visual y espacial (Addington y cols., 2006a; Edwards, Pattison, Jackson y Wales, 2001; Martin, Baudouin, Tiberghien y Franck, 2005; Penn y cols., 2000; Weniger, Lange, Rüter e Irle, 2004). Existen muchos estudios que se han interesado en estudiar esta comparativa, sobre todo mediante la presentación de imágenes en formato fotografía, encontrando resultados diversos (Addington y cols., 2006a; Bigelow y cols., 2006; Chambon, Baudouin y Franck, 2006; Hall y cols., 2004; Kosmidis y cols., 2007).

#### **1.4.1.4. Deterioro de la Percepción Emocional en pacientes con esquizofrenia**

El deterioro del procesamiento emocional en pacientes con esquizofrenia se da tanto en el reconocimiento como en la comprensión de las expresiones faciales en otras personas (Hooker y Park, 2002). Se trata además de un déficit presente incluso desde el

inicio de la enfermedad (Pomarol-Clotet y cols., 2010), que es estable a lo largo de diferentes estadios de la enfermedad (Kohler, Bilker, Hagendoorn, Gur y Gur, 2000; Sachs, Steger-Wuchse, Kryspin-Exner, Gur y Katschnig, 2004; Schneider y cols., 2006; van't Wout y cols., 2007), y que muestra una mayor acusación durante los periodos de crisis (Mandal y cols., 1998; Mueser y cols., 1996), determinando de manera clave el funcionamiento psicosocial de la persona (Edwards y cols., 2002). Este deterioro ha sido reportado también en individuos con alto riesgo de padecer la enfermedad (Addington, Penn, Woods, Addington y Perkins, 2008; Thompson, Bartholomeusz y Yung, 2011). Este hecho podría explicar que las personas con esquizofrenia, especialmente los hombres, muestren patrones disfuncionales incluso desde antes del diagnóstico de la enfermedad (Addington y cols., 2006b; Burns, 2006).

La afectación principal de la percepción emocional en la esquizofrenia afecta en mayor medida a las emociones negativas (Edwards y cols., 2001), especialmente las que representan miedo y enfado (Ekman, 1976; Mandal y cols., 1998; Hall y cols., 2004; Pomarol-Clotet y cols., 2010), aunque otros autores como Kohler y cols. (2003) también han identificado un elevado nivel de deterioro en las de asco.

Respecto a la intensidad en el reconocimiento de emociones, autores como Horan y cols. (2006) han argumentado que los pacientes con esquizofrenia reflejan un déficit en la regulación de las emociones (Horan, Green, Kring y Nuechterlein, 2006). Muchos estudios han encontrado como estos pacientes tienden a identificar las emociones como más negativas en comparación con controles sanos (Cohen y Minor, 2010; Heerey y Gold, 2007; Hempel y cols., 2005; Horan y Blanchard, 2003; Mathews y Barch, 2004; Tsoi y cols., 2008). Estudios como el de Lee y cols. (2006) han

reportado que los pacientes con esquizofrenia, y de manera más específica con esquizofrenia paranoide, muestran una disminución de la capacidad de respuesta positiva frente a estímulos positivos, mientras que sienten un mayor aplanamiento ante estímulos negativos que ante los estímulos neutros. Esto puede estar sugiriendo alguna posible reducción leve en sus experiencias emocionales que se produce en al menos algunos individuos que padecen esta enfermedad (Mathews y Barch, 2010). Estos hallazgos han sido contradichos por otros estudios sobre el mismo tema (Quirk y Strauss, 2001; Herbener, Rosen, Khine y Sweeney, 2007; Herbener, Song, Khine y Sweeney, 2008).

La investigación interesada en el análisis de la ejecución frente a estímulos neutros ha sugerido que las alteraciones ante este reconocimiento se deben a la reducción de respuestas ante los estímulos emocionales en general (Kohler y cols., 2000; Martin y cols., 2005), sin resultar pues un déficit en los estímulos neutrales como tales (Martin y cols., 2005; Sachs y cols., 2004; Suslow, Droste, Roestel y Arolt, 2005).

Estos resultados se han visto generalizados también a la capacidad de reconocimiento de emociones mediante información auditiva (Pijnenborg, Withaar y Brouwer, 2007). En un estudio de Kohler y cols. en el año 2003, realizado con una muestra de pacientes con esquizofrenia no hospitalizados, se describieron deficiencias específicas respecto al procesamiento de información prosódica en las expresiones de miedo, asco y las caras neutrales, pero no para expresiones de felicidad, tristeza o enojo. Según autores como Leitman y cols. (2005, 2007), los pacientes con esquizofrenia muestran déficits en el procesamiento auditivo temprano, como la detección de

modulaciones en el tono de voz, y éstos afectarían a su capacidad para reconocer emociones.

Otros autores como Bell, Bryson y Lysaker (1997) han afirmado la posibilidad de que los déficits en el reconocimiento afectivo se encuentran presentes sólo en un subgrupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, encontrándose reservado en otros (Nelson, Combs, Penn y Basso, 2007). Algunos investigadores por tanto se han interesado en las diferencias entre pacientes con esquizofrenia no paranoide y paranoide, encontrando que estos últimos mostraban un mejor funcionamiento cognitivo (Goldstein, Shemansky y Allen, 2005; Zalewski, Johnson-Selfridge, Ohriner, Zarrella y Seltzer, 1998), así como una mejor percepción emocional (Davis y Gibson, 2000; Lewis y Garver, 1995; Nelson y cols., 2007).

#### **1.4.1.5. Variables que influyen en la Percepción Emocional**

Autores como McDowell y cols. (1994) encontraron relación entre el aumento de la edad, tanto en pacientes con esquizofrenia como en controles, y un mayor deterioro en habilidades relacionadas con la percepción de las emociones (McDowell, Harrison y Demaree, 1994). Este hecho ha sido rebatido por autores como Kohler y cols. (2010) quienes encontraron asociación entre la edad de debut de la enfermedad, la aparición de la sintomatología clínica, y el deterioro en la cognición, siendo cuanto más elevada la edad, mayor el deterioro (Kohler, Walker, Martin, Healey y Moberg, 2010). En controles sanos, variables como la edad, el sexo y la raza también se han asociado sutilmente con la capacidad de percepción emocional (Elfenbein y Ambady, 2002; Johnson y Fredrickson, 2005; Merten, 2005).

Respecto al género, autores como Weiss y cols. (2007) han comprobado como los hombres tienden a etiquetar los rostros neutrales como enfadados, mientras que las mujeres los interpretaban como tristes con mayor frecuencia que los hombres.

La relación entre el reconocimiento emocional y diversas funciones de la cognición básica ha resultado confirmada por varios estudios que pueden verse en detalle en la Tabla 4.

Tabla 4: Procesos de la cognición general que se relacionan con la Percepción Emocional (PE) en pacientes con esquizofrenia.

<b>Variable Cognitiva</b>	<b>Estudio</b>	<b>Hallazgo</b>
Cociente Intelectual general	Wykes y cols., 2007	Asociación positiva entre CI general y la PE.
	Caviates y Valdebenito, 2007	
Atención Sostenida	Combs y Gouvier, 2001	Asociación positiva entre Atención Sostenida y la PE.
	Mirsky, Anthony, Duncan, Ahearn y Kellam, 1991; Mirsky, Fantie y Tatman, 1995	Estudio de la Atención mediante Modelo de 4 Factores de Mirsky. Explica un 78% de la varianza.
Resistencia frente a interferencia	Langdon, Coltheart, Ward y Catts, 2001	Asociación positiva entre Resistencia a Interferencia y la PE.
Fluidez Verbal	Caviates y Valdebenito, 2007; Corcoran y cols., 2008; Puig y cols., 2008	Asociación positiva entre Fluidez Verbal y la PE.
Memoria	Herbener y cols., 2007; Neumann, Blairy, Lecompte y Philippot, 2007	Diferencias entre pacientes y controles en la exactitud de la modulación de la emoción por la variable Memoria.
Funciones Ejecutivas (FFEE)	Addington y cols., 2006a; Whittaker y cols., 2001	Disfunciones en las FFEE predicen los bajos resultados en tareas de reconocimiento de emociones.

Respecto a la memoria existen pocos estudios que se hayan interesado por su relación con el reconocimiento emocional. Entre los que lo han hecho se han encontrado conclusiones variadas debido a la diversa metodología empleada por cada grupo de investigación, lo que no ayuda a sacar conclusiones definitivas. Además las relaciones

encontradas con la memoria y su papel como modulador de las emociones se habían visto desconfirmadas en investigaciones anteriores donde a pesar de que los pacientes con esquizofrenia mostraban un rendimiento general más bajo en tareas de memoria, el efecto sobre la capacidad de modulación de las emociones se mantenía similar tanto para pacientes con esquizofrenia como controles participantes en los estudios (Danion, Kazes, Huron y Karchouni, 2003; Mathews y Barch, 2004).

En cuanto a la relación entre la capacidad emocional perceptiva con la sintomatología psiquiátrica existen resultados contradictorios. Respecto a los síntomas negativos autores como Rassovsky y cols. (2011) han afirmado que éstos, al igual que variables de percepción social, tienen un importante papel como mediadores en la relación entre la información visual temprana percibida y la capacidad funcional (Rassovsky, Horan, Lee, Sergi y Green, 2011). Otros autores como Puig y cols. (2008) han confirmado hallazgos previos que afirman que la sintomatología negativa predice el funcionamiento social en pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Green y Nuechterlein, 1999; Sergi y cols., 2007a). Respecto a los síntomas positivos, los resultados encontrados muestran controversias (Corcoran y cols., 2008; Shamay-Tsoory, Shur, Harari y Levkovitz, 2007; Woodward, Mizrahi, Menon y Christensen, 2009).

Examinando aspectos más básicos del funcionamiento social, estudios como el de Penn y cols. (1996) mostraron que habilidades de competencia social como el interés social o la higiene se encontraban reducidas en pacientes con esquizofrenia (Penn, Spaulding, Reed y Sullivan, 1996). Otros autores como Poole y cols. en el año 2000, también encontraron relaciones respecto a la puntuación en desorganización, evaluada

con la escala “*Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*”, y con la capacidad frente a las relaciones sociales. Ambos estudios controlaron otras medidas cognitivas que pudieran causar un efecto sobre la relación (Poole, Tobias y Vinogradov, 2000).

También se ha prestado importancia a la influencia que pudiera causar el contexto social que envuelve a la persona, como posible orientador de respuestas adecuadas en situaciones sociales aprendidas previamente y que se mantienen en la memoria (Sergeier, Armony, Menear, Sutton y Lepage, 2010). Este aprendizaje supone una repercusión importante en la capacidad de decisión de la persona.

También el estado emocional de la persona tiene una fuerte influencia sobre la percepción de las emociones. En el año 2001, Clore y cols. sugirieron que las personas con un estado de ánimo triste perciben la información de forma más consciente y la buscan de forma más específica antes de realizar un juicio. Apoyando estas conclusiones, en el año 2008 autores como De Vries, Holland y Witteman afirmaron que la gente en un estado de ánimo feliz emplea un procesamiento de la información más automática o heurística y los juicios se que realizan los hacen más sobre la base de una impresión general. En el año 2010, Schmid y Mast lo explicaron mostrando que las personas tristes mostraban una disminución en la precisión del reconocimiento para las emociones felices, mientras que las personas felices mostraban una disminución de precisión en el reconocimiento de las emociones tristes.

Otros investigadores como Polmarol-Clotet y cols. (2010) han centrado su interés en los familiares de primer grado de los pacientes con esquizofrenia, llegando a asegurar que la dificultad para reconocer las emociones faciales se trata de un problema

que permanece a lo largo de todo el trascurso de la enfermedad, siendo además observable también en sus parientes de primer grado (Calkins, Gur, Ragland y Gur, 2005).

La aparición de estos déficits son evidentes desde antes de la aparición de los síntomas psicóticos y persisten a pesar de los cambios en la sintomatología y el tratamiento empleado (Addington y cols., 2008; Penn, Sanna y Roberts, 2008; Pinkham y cols., 2007; Sergi y cols., 2007a).

#### **1.4.1.6. Medidas de evaluación de la Percepción Emocional en pacientes con esquizofrenia**

La percepción de las emociones está siendo evaluada en la esquizofrenia con una gran variedad de instrumentos siendo algunos más empleados que otros según la valoración propia de cada grupo de investigación. Tras una exhaustiva revisión de la literatura las escalas más empleadas se recogen en la Tabla 5.

Como se puede comprobar a través de esta revisión existen pocas escalas de percepción emocional traducidas al español y validadas en muestra española. Las escalas disponibles son: *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)* (Mayer, Salovey y Caruso, 2002) y *Reading the Mind in the Eyes*, traducidas como *Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso* comercializada por TEA ediciones, y la escala de *Lectura de la Mente en los Ojos* traducida por Perez-Sayes, Luna y Tirapu (Clínica Ubarmin, Unidad de Daño Cerebral, Pamplona, España) en colaboración con el Centro de Investigación de Autismo (Cambridge, UK, [www.autismresearchcentre.com](http://www.autismresearchcentre.com)).

Tabla 5. Medidas de evaluación de la Percepción Emocional por orden de publicación

ESCALAS	AUTOR	AÑO de publicación	DESCRIPCION	TRADUCCION al castellano	VALIDACION en muestra española
Pictures of Facial Affect (FEDT)	Ekman	1976	Discriminación de emociones entre una serie de 110 fotografías que muestran las seis emociones básicas.	NO	NO
Facial Affect Recognition	- Ekman y Friesen -Biehl y cols.	1976 1997	Reconocimiento de las seis emociones básicas en rostros de hombres y mujeres, presentadas en formato video	NO	NO
Test of Facial Recognition	Benton y cols.	1978, 1983	Prueba visuoespacial para determinar la dificultad en la percepción identificativa del rostro en general o en la emoción facial específica. Todas las caras no son de naturaleza emocional.	NO	NO
Facial Emotion Discrimination Test (FEDT)	Kerr y Neale	1993	Discriminación de emociones decidiendo si las mismas emociones fueron presentadas a la vez o no, presentadas en formato video.	NO	NO
Face Emotion Identification Test (FEIT)	Kerr y Neale	1993	Percepción de emociones mediante 24 fotografías de Izard (1971) y 26 fotografías de Ekman (1976), presentadas en formato video.	NO	NO
Voice Emotion Identification Test	Kerr y Neale	1993	Discriminación de emociones básicas mediante la voz, presentadas en formato casete.	NO	NO
Voice Emotion Discrimination Test (VERT)	Kerr y Neale	1993	Discriminación de emociones mediante emparejamiento de emociones en diferente sexo, en formato casete.	NO	NO
Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy (DANVA2)	Nowicki y Duke	1994	Identificación, entre 4 opciones (feliz, triste, enojado y temeroso), de entonaciones emocionales escuchadas en formato cinta. Se trata de 24 elementos cuya mitad son considerados de alta intensidad emocional y la otra mitad de baja intensidad emocional.	NO	NO
Visual Form Discrimination Task (VFDT)	Benton y cols.	1994	Discriminación entre cuatro opciones dadas entre las cuales se debe elegir la respuesta correcta. Mayores puntuaciones indican mayor capacidad visual perceptiva.	NO	NO
Videotape Affect Perception Test	Bellack y cols.	1996	Discriminación de las 6 emociones en escenas breves de películas y televisión representadas por ambos sexos.	NO	NO
Bell-Lysaker Emotion Recognition Test (BLERT)	Bell y cols.	1997	Reconocimiento de emociones en expresiones faciales y prosodia vocal en 21 escenas de video.	NO	NO
Reading the Mind in the Eyes	Baron Cohen y cols.	2001	Reconocimiento de emociones y estados mentales en fotografías de personas en las que sólo se ve la franja de los ojos.	SI	NO
Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)	Mayer, Salovey y Caruso	2002	Escala de capacidad que mide inteligencia emocional. Cómo las personas ejecutan las tareas y resuelven sus problemas emocionales, y no su valoración subjetiva.	SI	SI
Facial Expression of Emotion	Young y cols.	2002	Reconocimiento de las seis expresiones básicas y neutrales con diversas intensidades, en formato programa de computadora.	NO	NO
Penn Emotion Recognition Test (PERT)	Kohler y cols.	2003	Reconocimiento de las seis emociones básicas y neutrales en baja o alta intensidad y diferentes géneros y etnias, formato computadora.	NO	NO

## **1.4.2. Percepción Social**

### **1.4.2.1. Definición de Percepción Social**

La percepción social es a la capacidad de valorar las reglas y roles de la sociedad así como el contexto social en el que se dan este tipo de interacciones (Ruiz-Ruiz y cols., 2006). Según autores como Allison y cols. (2000) la percepción emocional forma parte de las primeras etapas en el procesamiento de la información social. Además requiere de conocimiento previo acerca de qué es habitual en una determinada situación social (Green y cols., 2005). Es decir, es necesario un conocimiento de las reglas y roles que corresponden a cada persona en una situación concreta según la cultura en la que se contextualice. El conocimiento social permite a las personas saber cómo deben actuar ante una situación, cuál es su papel y cuál el de los otros, cuáles son las reglas que se suelen emplear en esa situación concreta, y las razones por las que se ve implicado en esa situación social (Ruiz-Ruiz y cols., 2006). Se trataría pues de un requisito o paso previo para el desarrollo de una adecuada competencia social (Bellack, Sayers, Mueser y Bennett, 1994).

### **1.4.2.2. Componentes de la Percepción Social y su presentación en pacientes con esquizofrenia**

La percepción social es definida como la capacidad que tienen las personas para valorar las reglas y roles sociales, así como el contexto social en el que tienen lugar (Green y cols., 2005; Mah, Arnold y Grafman, 2004). Las diferentes definiciones dadas para el concepto de la percepción social consideran que es un factor formado por cuatro componentes básicos como son: las reglas, que son las normas y normativas de las que se compone el funcionamiento social humano; los roles, definidos como los papeles que cada persona desempeña en cada situación concreta; las acciones, referidas a las

funciones que las personas llevamos a cabo; y los fines o metas, descritos como los objetivos que las personas intentan lograr (Penn, Ritchie, Francis, Combs y Martin, 2002; Ruiz-Ruiz y cols., 2006).

Según autores como Bellack y cols. (1996), el proceso de la percepción social implicaría dos fases. La primera de ellas estaría encargada de la identificación o categorización inmediata de la conducta. La segunda se ocuparía de decidir si la conducta observada se debe a estados que son estables en la persona o si por el contrario se debe a factores más situacionales.

En pacientes con esquizofrenia las mayores dificultades se presentan en la segunda fase de las que conforman el proceso de la percepción social, es decir, en el modo en que realizan la inferencia o atribución de las causas de las conductas (Ruiz-Ruiz y cols., 2006). Se relaciona con las dificultades que este tipo de pacientes muestran a la hora de cambiar primeras impresiones de las cosas, de utilizar la información contextual social en sus interacciones, de ser flexibles para valorar interpretaciones alternativas, y de fijarse en características menos relevantes obviando la información abstracta por no resultarles familiar (Nuechterlein y Dawson, 1984). Todo ello hace que la percepción del contexto en su conjunto quede deficientemente sesgado. Autores como Penn y cols. (2002) apoyaron también la idea de que los pacientes que padecen esquizofrenia tienden a desestimar el contexto social cuando procesan los estímulos sociales (Penn y cols., 2002).

### **1.4.2.3. Deterioro de la Percepción Social en pacientes con esquizofrenia**

El déficit de los pacientes con esquizofrenia en el reconocimiento de situaciones abstractas ya fue documentado por Argyle en el año 1986. Corrigan y Green (1993b) explicaron este déficit como la incapacidad para comprender los objetivos por los que se realizan ciertas acciones. Sin embargo, según autores como Heaton y cols. (1994) esta incapacidad no es observable frente a la identificación de las acciones que se llevan a cabo frente a situaciones concretas.

No obstante, ha perdurado la duda de si el motivo de este déficit es debido a la propia tarea, o al desconocimiento por parte del paciente por falta de experiencia sobre las situaciones sociales (Corrigan y Green, 1993a). Los propios autores Corrigan y cols. (1994) explicaron que esta falta de experiencias es resultado de dos factores: el tiempo de hospitalización y los síntomas negativos. También un bajo nivel educativo se ha visto que afecta a la capacidad de reconocimiento de características tanto concretas como abstractas (Corrigan, Green y Toomey, 1994). La medición de estas variables, concretas y abstractas, y con ello la búsqueda de la causalidad del déficit, es uno de los objetivos por los que surgió la escala “*Situational Feature Recognition Test (SFRT)*” (Corrigan y Green, 1993b). En un estudio en el año 1996, los propios creadores de la escala junto con otros investigadores argumentaron que los déficits en el reconocimiento social se encuentran reducidos ante las situaciones más familiares para los pacientes con esquizofrenia debido entre otras cosas a la comodidad frente a este tipo de situaciones (Corrigan, Silverman, Stephenson, Nugent-Hirschbeck y Buican, 1996b).

Años más tarde, el interés en el estudio se centró en la evaluación del procesamiento visual encontrando que la percepción de las normas sociales se encuentra relacionada con el procesamiento visual temprano en pacientes con esquizofrenia (Addington y cols., 2006; Kee y cols., 1998; Sergi y Green, 2003).

#### **1.4.2.4. Variables que influyen en la Percepción Social**

Hay componentes de la cognición general como las funciones ejecutivas (Bryson, Bell y Lysaker, 1997), el reconocimiento verbal (Corrigan y cols., 1994) y la vigilancia visual (Addington y cols., 2006; Bryson y cols., 1997), que se han visto relacionados significativamente con componentes de la percepción social.

Respecto a la sintomatología, pacientes con predominio de sintomatología positiva muestran un sesgo negativo y una mayor sensibilidad a la influencia exterior relacionada con posibles amenazas y afectividad negativa, lo cual suele derivar en errores de interpretación de las situaciones sociales (Hooker y cols., 2011).

Lo mismo sucede con los juicios sociales que las personas hacemos respecto a la información afectiva ya que éstos causan influencia sobre las impresiones que nos hacemos y se encuentran directamente relacionadas con el bienestar social (Todorov, 2008). Estudios que se han centrado en la relación entre la percepción de las normas sociales y el funcionamiento diario de pacientes con esquizofrenia han encontrado relaciones significativas (Kee, Green, Mintz y Brekke, 2003; Penn y cols., 1996; Penn y cols., 2002).

#### **1.4.2.5. Medidas de Evaluación de la Percepción Social en pacientes con esquizofrenia**

La evaluación de los aspectos de la percepción y conocimiento social se ha llevado a cabo con una amplia variedad de escalas, teniendo de nuevo mayor repercusión y estudio unas que otras. Las escalas más empleadas para la evaluación de este subcomponente de la cognición social se encuentran recogidas en la Tabla 6.

De nuevo, y observando la revisión de las escalas existentes para la medición de la percepción o conocimiento social en pacientes con esquizofrenia, se puede observar como sólo hay seis escalas traducidas al castellano y que se están empleando en diferentes estudios. Sólo la escala GEOPTE, la única creada en idioma castellano, se encuentra validada en población española y por tanto, la empleada para la elaboración de este estudio. La escala “*Situational Feature Recognition Test (SFRT)*”, que es en formato papel, está en proceso actual de validación.

Tabla 6. Medidas de evaluación de la Percepción Social por orden de publicación

ESCALAS	AUTOR	AÑO de publicación	DESCRIPCION	TRADUCCION al castellano	VALIDACION en muestra española
Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS)	Rosenthal y cols.	1979	Distinción entre 220 representaciones, en tres modos diferentes, en las que un emisor muestra actitudes sumisas vs desafiantes y positivas vs negativas, en formato video.	NO	NO
Interpersonal Perception Task (IPT)	Constanzo y Archer	1989	30 escenas en formato vídeo, de 60-90 seg. cada uno, que muestran comportamientos naturales tras los que se realiza una pregunta.	NO	NO
Vocal Affect Recognition	-Bowers y cols. - Nowicki y Duke	1991 1994	Reconocimiento de emociones, mediante la voz, de palabras neutras.	SI	NO
Voice Emotion Identification	Kerr y Neale	1993	Identificación de las emociones básicas en una presentación de 21 frases con contenido neutral, en formato casete.	SI	NO
Situational Feature Recognition Test (SFRT)	-Corrigan y Green - Corrigan y cols.	1993b 1996a,b	Elección entre una lista de acciones y objetivos los que más se ajusten a las diez situaciones que se plantean.	SI	En proceso
Half Profile of Nonverbal Sensitivity	Ambady y cols.	1995	Distinción, entre las primeras 110 representaciones del PONS, de la sensibilidad no verbal, en formato video.	NO	NO
Schema Component Sequencing Task-Revised (SCST-R)	Corrigan y Addis	1995	Se deben ordenar correctamente una serie de doce secuencias de acción para conseguir las tareas sociales que se plantean, variando longitud e información del contexto.	NO	NO
Social Cue Recognition Test (SCRT)	Corrigan y cols.	1996b	Se trata de ocho viñetas en formato video en las que interactúan dos o tres personas y se pregunta al evaluado acerca de ello con preguntas de verdadero o falso.	NO	NO
Videotape Affect Perception Test (VAPT)	Bellack, Blanchard y Mueser	1996	Evaluación de la percepción del afecto en treinta imágenes de televisión y películas, en la interacción entre dos personas. Se evalúa como agradable o no en una escala de nueve puntos, y la emoción mostrada.	NO	NO
The Awareness of Social Inference Test (TASIT)	McDonald, Flanagan y Rollins	2002	16 escenas en formato video de entre 15 a 60 segundos que representan mentira o sarcasmo (8 de cada en orden aleatorio). El evaluado debe dar una respuesta de sí o no a cuatro preguntas realizadas por cada historia, pudiendo conseguir un máx de 64 ptos.	NO	NO
GEOPTE	SanJuán y cols.	2003	15 ítems de percepción subjetiva cognitiva y de cognición social	SI	SI
Social Perception Scale (SPS)	Ruiz-Ruiz y cols.	2005	Evaluación del desempeño en tareas de percepción social entrenadas en el programa IPT.	SI	NO
ProsodyTask	Pijnenborg y cols.	2007	Evaluación de la percepción auditiva de afectos mediante 16 frases en formato casete.	SI	NO

### **1.4.3. Teoría de la Mente (ToM)**

#### **1.4.3.1. Definición de Teoría de la Mente (ToM)**

La Teoría de la Mente (ToM) se ha empleado para analizar las explicaciones que las personas dan a su propia conducta. Ha sido definida como la habilidad para predecir e interpretar las acciones tanto personales como de los otros (Rivière, 2000), mediante la comprensión de conocimientos, intenciones, creencias y con ello el comportamiento, haciendo referencia así a una habilidad “heterometacognitiva” (Tirapu-Ustarroz y cols., 2007).

El concepto de ToM no se limita por tanto a la capacidad de leer las expresiones faciales y otras señales de comunicación no verbal, que haría más referencia a la percepción emocional (Baron-Cohen, 1997). El constructo de ToM engloba además la capacidad de inferir acerca de si las emociones señaladas por estas expresiones faciales son o no un fiel reflejo del estado actual del individuo, entrando aquí a formar parte también el engaño social (Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore y Robertson, 1997).

Por todo ello, autores como Russell y cols. (2006) afirmaron que la ToM es un proceso tanto implícito como explícito, ya que no sólo se limita al entendimiento de las acciones sino que se extiende al correcto empleo de las mismas en relación con el medio (Russell, Reynaud, Herba, Morris y Corcoran, 2006). Esto ha hecho que en el concepto de ToM hayan sido incluidos aspectos metacognitivos como la interpretación de emociones básicas, también considerada dentro del concepto de la percepción emocional, la capacidad de captar el discurso metafórico, las mentiras o la ironía (Tirapu-Ustarroz y cols., 2007).

El hecho de que un único concepto englobe tal cantidad de aspectos ha llevado a autores como Tirapu-Ustarroz y cols. (2007) a considerar la posibilidad de que en realidad se esté hablando de diferentes niveles de complejidad dentro del mismo concepto. Esto se puede apreciar también en las diversas denominaciones que ha recibido el término entre las que están: “cognición social”, “mentalización”, “psicología popular”, “psicología intuitiva” o “conducta intencional” (Tirapu-Ustarroz y cols., 2007). Autores como Roncore y cols. (2002) ya puntualizaron unos años antes que el concepto de ToM sirve como etiqueta, en la psicología evolutiva, para referirse al “desarrollo de la cognición social” en general. Como se puede observar, existe un importante número de modelos que han procurado conceptualizar los diversos constructos teóricos implicados en la ToM (Rodríguez-Sosa y Touriño-González, 2010). Esta amplitud de teorías denota la dificultad de consenso en el área.

#### **1.4.3.2. Componentes de la ToM**

Desde el año 1992, autores como Frith se interesaron en diferenciar algunas áreas en que puede ser dividida la autoconciencia y en las que la metarrepresentación tiene un papel importante, con el fin de facilitar su estudio y comprensión. Según su propuesta, la clasificación de las mismas englobaba: la conciencia de metas, cuyo fallo supondría una pobreza en la conducta y el emprendimiento de acciones; la conciencia de las intenciones personales, que en su defecto provocaría limitaciones en la experiencia y el control personal superior; y la conciencia de las intenciones de las demás personas, cuyo deterioro podría dar lugar a delirios de persecución y de referencia (Frith, 1992).

Posteriormente, la propuesta original de Frith, se ha transformado a propuestas de dos componentes no habiendo acuerdo sobre cuáles dos deberían permanecer. Shamay-Tsoory y cols. (2007) proponen: por un lado, 1) la capacidad de reconocer las creencias, deseos y pensamientos propios, cuyo déficit daría lugar a errores de primer orden; y por otro lado, 2) la teoría de la mente afectiva o empática por la que se infieren las emociones o pensamientos en los demás, el cual daría lugar a errores de segundo orden. Sin embargo, van der Meer y cols. (2011) consideran que la eficacia en ToM depende de la correcta ejecución de otros dos procesos diferenciados que son: la capacidad de inhibir la percepción de uno mismo y la capacidad de razonamiento (van der Meer, Groenewold, Nolen, Pijnenborg y Aleman, 2011).

También resulta interesante destacar que generalmente se ha entendido la atribución de los estados mentales a la correcta ejecución de procesos cognitivos como el razonamiento y comprensión, muy relacionados con la memoria de trabajo (Davies y Stone, 1995; Perner y CogNet, 1991; Scholl y Leslie, 1999). No obstante, revisiones recientes de la literatura lo han considerado más como un proceso de carácter emocional en el que contribuyen aspectos de percepción emocional y de capacidad de atribuir deseos e intenciones de otros (Tirapu-Ustarroz et al., 2007).

#### **1.4.3.3. Curso evolutivo y diferencias de género en ToM**

Autores como Frith y Frith (2003) se han interesado en el estudio de la evolución de la ToM en personas sanas con el fin de determinar las edades a las que generalmente se desarrollan las diferentes habilidades que la componen. Estos autores observaron que los humanos desarrollamos esta capacidad de metarrepresentación alrededor de los 18 meses de edad. Sin embargo, no somos capaces de diferenciar entre

el propio conocimiento del mundo y el que puedan tener otras personas hasta los 3 o 4 años. Es a los 5-6 años cuando los niños serían capaces de discernir acerca de las creencias de otras personas, y sobre los 9-11 años cuando desarrollarían la capacidad para comprender historias con metedura de pata. No obstante, y como puntualizan autores como Brüne y Brüne-Cohrs (2006), éste es un proceso que continúa y es perfeccionado a lo largo de la toda vida adulta.

Respecto al género, se ha considerado que generalmente las mujeres tienen una mayor capacidad para hacer inferencias de las emociones de otras personas y de ajustar su conducta social en consecuencia, especialmente en lo que se refiere a las inferencias emocionales (Ickes, Gesn y Graham, 2000; Pérez-Albéniz, De Paúl, Etxeberría, Paz Montes y Torres, 2003). Investigaciones previas al respecto no encontraron diferencias de género en esta capacidad, según autores como Baron-Cohen y cols. (1997), uno de los motivos de esta ausencia de diferencias entre hombres y mujeres se debe a la falta de pruebas lo suficientemente sensibles como para detectar diferencias individuales. En la actualidad, autores como Abu-Akel y Bo (2013), han mostrado como pacientes femeninas con esquizofrenia presentan una capacidad superior frente a tareas de mentalización en comparación con hombres con esquizofrenia, comprobando además que estas diferencias no eran debidas a la inteligencia o la psicopatología.

#### **1.4.3.4. Deterioro de la ToM en pacientes con esquizofrenia**

Se han reportado déficits en tareas relacionadas con la ToM en pacientes con esquizofrenia en comparación con personas sanas (Andreasen, Calage y O'Leary, 2008; Corcoran, Mercer y Frith, 1995; Frith y Corcoran, 1996; Mazza, De Risio, Surian, Roncone y Casacchia, 2001). Autores como Harrington y cols. (2005) plantearon la

hipótesis de que fallos en tareas de segundo orden se relacionan con alteraciones cognitivas que subyacen a los signos y síntomas psicóticos (Harrington, Siegert y McClure, 2005). Suponen así que en la esquizofrenia se encuentran alterados los procesos cognitivos superiores, lo que daría lugar a un mayor empleo de procesos inconscientes en estos pacientes, tanto en su experiencia personal como en el comportamiento que presentan (Frith, 1992).

En cuanto a las tareas de primer orden, en general se encuentran preservadas en pacientes con esquizofrenia (Bora, Gökçen, Kayahan y Veznedaroglu, 2008; Brüne, 2005; Janssen, Krabbendam, Jolles y van Os, 2003). No obstante, no todos los estudios apoyan este hallazgo (Duñó y cols., 2008), lo cual podría estar sugiriendo la existencia de diferentes subtipos de pacientes con esquizofrenia que habrían mostrado deterioro en esta habilidad desde etapas premórbidas.

Diversos estudios apoyan la idea de que los déficits en funciones relacionadas con la ToM son más importantes durante la fase aguda de la enfermedad y persisten incluso durante los períodos de remisión, lo cual puede ser indicador de un posible marcador de la esquizofrenia (Bora, Yucel y Pantelis, 2009; Herold, Tenyi, Lenard y Trixler, 2002; Janssen y cols., 2003; Langdon, Ward y Coltheart, 2010; Sprong y cols., 2007). Otros autores se han centrado en el estudio de estos déficits en diferentes etapas de la enfermedad, encontrando que también estarían presentes en personas con PEP (Bertrand, Sutton, Achim, Malla y Lepage, 2007; Inoue y cols., 2006; Kettle, O'Brien-Simpson y Allen, 2008), e incluso en personas con alto riesgo de padecer esquizofrenia (Bonshtein, 2006; Chung, Kang, Shin, Yoo y Kwon, 2008; Couture, Penn, Addington, Woods y Perkins, 2008; Marjoram y cols., 2006).

#### **1.4.3.5. Variables que influyen en la ToM**

Se ha considerado que el déficit en tareas relacionadas con la ToM en pacientes con esquizofrenia puede tener una importante repercusión a nivel clínico. Autores como Frith (1996) comunicaron que los pacientes con esquizofrenia diferirían en sus habilidades de ToM en base a la sintomatología presentada. En relación con la sintomatología positiva, autores como Sarfati en el año 2000 afirmaron que los déficits en este tipo de tareas explicarían en este tipo de pacientes síntomas como los delirios de influencia, los delirios de referencia, los problemas de organización en la comunicación y, con ello, de adaptación social (Mazza, De Risio, Tozzini, Roncone y Casacchia, 2003; Mitchley, Barber, Gray, Brooks y Livingston, 1998; Roncone y cols., 2002). Respecto a la sintomatología negativa, autores como Frith (1992) concluyeron que los pacientes con esquizofrenia con presencia de estos síntomas, así como desorganización del pensamiento, serían los más afectados (Corcoran y cols., 1995; Corcoran y Frith, 2003; Mazza y cols., 2001; Mitchley y cols., 1998).

Un metaanálisis del año 2007 realizado en base a estudios con pacientes con esquizofrenia encontró relaciones significativas entre los déficits en tareas de ToM y todo tipo de sintomatología (Sprong y cols., 2007). Este hecho ha llevado a autores como Pickup y Frith (2001) a considerar que la mejora de la sintomatología mejoraría también las habilidades relacionadas con la ToM (Frith y Corcoran, 1996). Otros investigadores, por su parte y de manera posterior, afirmaron que los déficits en este tipo de tareas resultaban independientes de otros factores ya fueran sociodemográficos, clínicos o cognitivos (Kosmidis, Giannakou, Garyfallos, Kiosseoglou y Bozikas, 2011). Por tanto, los hallazgos son contradictorios.

También se ha visto que hay variables cognitivas que afectan a la adecuada ejecución de tareas de ToM debido, entre otras cosas, a la ayuda que éstas suponen para el adecuado procesamiento de la información social que nos llega (Brüne, 2003). Sin embargo, estos déficits cognitivos no explicarían en su totalidad el deterioro de la ToM en pacientes con esquizofrenia (Sprong y cols., 2007). La repercusión más clara en este aspecto, según Frith (1992), tiene que ver con que estas limitaciones causan en los pacientes con esquizofrenia la incapacidad de describir sus experiencias internas. Al tener una limitada capacidad para la metarrepresentación, no pueden percibir las ni reconocerlas. También se ha argumentado que los déficits en ToM pueden ser explicados por los déficits que las personas con esquizofrenia presentan en relación a su memoria autobiográfica (Corcoran y Frith, 2003).

Otros investigadores se han interesado por la relación entre el deterioro en la ToM y la baja ejecución en tareas que muestran relación con un procesamiento contextual, lingüístico y el visual perceptivo, encontrando relaciones significativas entre ambas (Schenkel, Spaulding y Silverstein, 2005). Esta relación también se encuentra confirmada con respecto al procesamiento y correcta adecuación a diferentes contextos sociales (Ruiz-Ruiz y cols., 2006; Brüne, 2005).

Otras investigaciones han querido centrar su atención en el estudio del lenguaje en relación con la teoría de la mente, llegando autores como Astington y Baird (2005) a encontrar que el lenguaje es un buen predictor en el desempeño de tareas relacionadas con ToM. Previo a este estudio hubo otros que ya mostraban una relación lineal importante entre el desarrollo del lenguaje y el de conceptos relacionados con la ToM (Bartsch y Wellman, 1995; Hughes y Dunn, 1998). Para el estudio de la ToM en niños

se han empleado gráficos de humor, cuya comprensión por parte del niño denotaría una importante capacidad para entender el estado mental de los otros (Puche-Navarro, 2004; Reddy, 2008). En pacientes con esquizofrenia, autores como Russell y cols. (2006) han afirmado el hecho de que estas personas no emplean un lenguaje mentalizante para la descripción de animaciones durante la evaluación de la ToM, considerándolo además un rasgo característico de la enfermedad.

En la actualidad, autores como Ahmed y Miller (2011) han considerado la importancia que las funciones ejecutivas presentan frente a tareas de teoría de la mente, siendo necesario que éstas se encuentren intactas para su adecuada ejecución. Aún hoy no queda completamente aclarado si los pacientes con esquizofrenia presentan un deterioro específico en ToM, o si los déficits en realidad están en funciones cognitivas básicas que no les permiten comprender e interpretar los materiales u acciones relacionadas (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea y Arrieta, 2012).

#### **1.4.3.6. Medidas de evaluación de la ToM en pacientes con esquizofrenia**

La evaluación de aspectos relacionados con la teoría de la mente ha sido muy amplia, con el empleo de una gran variedad de test y escalas que pretenden medir los diferentes componentes que la engloban con el fin de evaluarla lo más eficazmente posible. Estas escalas se encuentran recogidas en la Tabla 7.

El mayor interés entre equipos investigadores de nuestro país por este subconstructo de la cognición social ha conducido a la mayor disponibilidad de estas escalas en castellano. La mayor parte de ellas consisten en historias presentadas en formato papel tras cuya lectura, el paciente debe responder a una o varias preguntas.

Tabla 7. Medidas de evaluación de la ToM por orden de publicación

ESCALAS	AUTOR	AÑO de publicación	DESCRIPCION	TRADUCCION al castellano	VALIDACION en muestra española
Test de comprensión de creencias falsas (Maxi Task)	Wimmer y Perner	1983	Se presentan dos muñecas cada una con un objeto y una esconde el suyo. Se hacen preguntas acerca de dónde podría estar ahora. Es para niños.	SI	NO
Tarea de Sally y Ana	Baron-Cohen, Leslie y Frith	1985	Investiga la comprensión y la capacidad de inferir el conocimiento de otra persona. Es para niños.	SI	SI
Historias extrañas de Happé	Happé	1994	Presentación de 16 historias, 8 control y 8 de ToM, seguidas de una pregunta que requiere inferir sobre los pensamientos.	SI	SI
Hinting Task	Corcoran, Mercer y Frith	1995	Consta de 10 historias breves tras las que la persona debe responder una pregunta para hacer juicios sociales sobre la intención de los protagonistas.	SI	SI
Faux pas	Baron-Cohen y cols.	1999	Situaciones sociales en formato papel tras las que se pregunta si alguien dijo o hizo algo extraño.	SI	NO
Test de los ojos de Baron-Cohen	Baron-Cohen	2001	Consta de 38 fotografías de hombres y mujeres que expresan un sentimiento o pensamiento, habiendo cuatro opciones de respuesta.	SI	SI
The Awareness of Social Inference Test (TASIT)	McDonald y cols.	2002-2003	Consta de tres secciones, de 10-15 min. cada una, que evalúan los diferentes componentes de la percepción social. Evalúa la comprensión de expresiones emocionales y de la integración de estas en los encuentros sociales. En formato vídeo.	NO	NO
Metacognition Assessment Scale	Semerari y cols.	2003	Desarrollado para la evaluación de la mentalización durante psicoterapia.	NO	NO
ToM Picture Stories	Brüne	2005	Se trata de seis historias, cada una compuesta de 4 imágenes, que deben ser organizadas en una secuencia lógica. También se pide responder a una serie de breves preguntas.	NO	NO
Theory of Mind Assessment Scale (Th.o.m.a.s.)	Bosco, Colle, Pecorara y Tirassa	2006	Se trata de una entrevista semiestructurada compuesta de 39 preguntas abiertas que dejan libertad de expresión y pensamiento al entrevistado, pudiendo ser enriquecidas por preguntas más directas relacionadas con su vida real. Se busca ver la comprensión de los estados mentales tanto propios como de los otros.	NO	NO

#### **1.4.4. Estilo Atribucional**

##### **1.4.4.1. Definición de Estilo Atribucional**

Las atribuciones son las razones o explicaciones que cada persona da a las causas de los resultados positivos o negativos de una determinada situación, siendo éste el significado que se le atribuye a la acción posteriormente (Green y cols., 2005).

Para llevar a cabo esta tarea de manera exitosa, autores como Kinderman y cols. (1998) destacaron la importancia de la comprensión del punto de vista de la otra persona, es decir de poseer habilidades de ToM, para posteriormente poder construir una atribución causal ante una situación (Kinderman, Dunbar y Bentall, 1998). En su defecto, se ha considerado que las personas que no lo poseen tienden a buscar explicaciones causales en los factores externos situacionales (Taylor y Kinderman, 2002).

##### **1.4.4.2. Importancia del estado de ánimo en el Estilo Atribucional**

Al estudiar el estilo atribucional en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, autores como Bentall y cols. (2005) se centraron en la discrepancia existente normalmente en estas personas entre su “yo real” y su “yo ideal” (Bentall, Kinderman y Manson, 2005). Según autores como Bentall y cols. (2001) esta discordancia explicaría la atribución de los eventos negativos a situaciones externas, lo que reduciría la propia exigencia personal, causante de tanto malestar en estos pacientes.

Respecto al estado anímico, autores como Sanjuán y Magallanes en un estudio de 2007 en el que emplearon jóvenes universitarios, afirmaron que el estilo explicativo y el estado de ánimo negativo no presentaban una relación directa, sino que esta

relación se encuentra mediada por estrategias centradas en la emoción y no por el uso de estrategias de resolución directa de problemas.

Esta línea de investigación en la emoción ya había sido tomada en cuenta por otros autores que consideraron la idea de evaluar el nivel de depresión en pacientes con esquizofrenia con el fin de controlar la posible influencia que pudiera ejercer este estado sobre las puntuaciones atribucionales (Alloy, Just y Panzarella, 1997; Haaga y cols., 1995; Peterson, Maier y Seligman, 1993). Autores como Camuñas y Tobal (2005) y Garety y Freeman (1999) afirmaron la existencia de un patrón similar de atribución entre pacientes con esquizofrenia y pacientes con depresión. La mayoría de estudios, sin embargo, no han tenido en cuenta la evaluación de variables emocionales en relación con la atribución (Aakre, Seghers, St-Hilaire y Docherty, 2009; Combs, Penn, Wicher y Waldheter, 2007a; Lysaker, Lancaster, Nees y Davis, 2004; Martin y Penn, 2002).

#### **1.4.4.3. Deterioro del Estilo Atribucional en pacientes con esquizofrenia**

El estudio del estilo atribucional en pacientes con esquizofrenia se ha realizado en base a comparaciones con población sana y entre pacientes con predominio de diferente sintomatología. Respecto a controles sanos, la principal diferencia con respecto a pacientes con esquizofrenia radica en el hecho de que los pacientes tienden a atribuir los eventos negativos a causas personales, mientras que la población sana lo suele atribuir a causas de carácter universal (Aakre y cols., 2009).

En cuanto a pacientes con predominio de diferente sintomatología se han observado diferencias especialmente en relación a los delirios de persecución o paranoia (Garety y Freeman, 1999; Kinderman y Bentall, 1996). Diversos estudios han afirmado

que los pacientes que presentan colindantes a la enfermedad este tipo de delirios tienden a hacer más atribuciones externas, tanto situacionales como personales, de los eventos negativos (Bentall y cols., 2001; Garety y Freeman, 1999; Humphreys y Barrowclough, 2006; Janssen y cols., 2006; Martin y Penn, 2002).

Otros autores como Fenigstein (1997) afirmaron que los pacientes con pensamiento paranoide tienden a distorsionar y exagerar los aspectos de hostilidad de las demás personas centrándose de manera selectiva en las respuestas amenazantes, siendo considerado esto como un medio de defensa personal ante sus propios pensamientos, en los que se encuentran centrados de manera casi continua.

Estos errores en la atribución han posibilitado la explicación de las dificultades que estos pacientes presentan en la interpretación de situaciones ambiguas, dando lugar a percepciones que suelen considerarse erróneamente hostiles o amenazantes para ellos (Freeman y Garety, 2003; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington, 2002; Freeman y cols., 2005; Green y Phillips, 2004). Autores como Phillips y cols. (2000) se han apoyado en estas conclusiones para explicar por qué las personas con ideas persecutorias emplean más tiempo en comprender escenas ambiguas (Phillips, Senior y David, 2000).

Los estudios interesados en el estilo de atribución de los pacientes con esquizofrenia han considerado que las atribuciones de estas personas juegan un papel importante en su posterior comportamiento social (Aakre y cols., 2009; Humphreys y Barrowclough, 2006). Autores como Lysaker y cols. (2004), ha partido de la base de que la atribución de reacciones adversas a algo interno, estable y global da lugar a una

mayor disfunción social, así como el hecho de ver los acontecimientos como resultado de causas inestables o impredecibles se encuentra relacionado con una mayor disfunción en el plano social, independientemente de los síntomas asociados que la persona presente. Estudios recientes como el de Álvarez y cols. (2013) han afirmado la importancia de este déficit como prioritario en la capacidad de inserción laboral de pacientes con esquizofrenia.

#### **1.4.4.4. Medidas de Evaluación del Estilo Atribucional en pacientes con esquizofrenia**

A pesar de la importancia dada a la atribución que las personas hacen de los eventos y la relación que tiene con el trascurso y proceso de la enfermedad, el número de escalas empleadas para su medición en la literatura internacional es bastante limitada. Las escalas empleadas se encuentran recogidas en la Tabla 8.

Como puede observarse, en castellano apenas existen medidas adaptadas y validadas con las que trabajar en este idioma. Además y respecto a las escalas ya existentes, los modelos actuales de atribucionalidad destacan la existencia de reciprocidad entre los eventos, las atribuciones y las representaciones de uno mismo, así como una interacción dinámica, es decir, que varía a lo largo del tiempo (Bentall y cols., 2001). Este hecho da lugar a dificultades a la hora de encontrar medidas adecuadas de evaluación de la atribución, así como de que estas sean representativas de la vida real (Martin y Penn, 2002).

Tabla 8. Medidas de evaluación del Estilo Atribucional por orden de publicación

ESCALAS	AUTOR	AÑO de publicación	DESCRIPCION	TRADUCCION al castellano	VALIDACION en muestra española
Attributional Style Questionnaire (ASQ)	Peterson y cols.	1982	Mide la atribución (interna/externa, estable/inestable y global/específica) que se hace ante una serie de doce situaciones dadas.	SI	SI
Pragmatic Inferential Test (PIT)	Winters y Neale	1985	Tarea que se presenta como una prueba de memoria pero que en realidad permite explorar el patrón de razonamiento causal implícito.	NO	NO
Leeds Attributional Coding System (LACS)	Stratton y cols.	1988	Se extraen atribuciones del habla natural de los participantes mientras cuentan algunos acontecimientos de su vida.	NO	NO
Content Analysis of Verbatim Explanations (CAVE)	-Schulman y cols. -Reivich	1989 1995	Es un método para analizar las transcripciones de las entrevistas. Se basa en dos pasos: extracción de las atribuciones y clasificación de las atribuciones en externas-internas, estables-inestables, y globales-específicas.	NO	NO
Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ)	Kinderman y Bentall	1996	Situaciones, que involucran a un amigo, en 16 situaciones positivas y 16 negativas. Se puntúa en torno a atribuciones internas, personales y situacionales.	SI	NO
The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ)	Combs, Penn, Wicher y Waldheter	2007a	Presentación escrita de quince cortos en los que en segunda persona se muestran relaciones interpersonales seguidas de una pregunta hostil, otra de agresión y otra de culpa.	NO	NO

### **1.5. Capacidad Funcional**

El déficit en el funcionamiento social es una de las características clínicas más discapacitantes que presentan los pacientes con esquizofrenia y uno de los factores más importantes en el aislamiento que éstos presentan en el transcurso de la enfermedad (American Psychiatric Association, 1994). La interrupción de la autorregulación, la autoconciencia y la cognición social produce una profunda alteración en la capacidad de funcionamiento en la vida real y en la calidad de vida de estos pacientes (Stuss y Levine, 2002; Eack y Newhill, 2007).

No existe un consenso en la literatura acerca de una definición específica del concepto de funcionalidad. Por un lado, definiciones más directas de la misma engloban la capacidad de funcionar en el trabajo y de poder vivir de manera independiente (Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustarróz, 2004). Por otro lado, autores como Couture y cols. (2006) han querido definir de manera más delimitada los subcomponentes de la funcionalidad para su más exhausta medición, considerando que se encuentra compuesta por: el funcionamiento en la comunidad, el comportamiento social, la resolución de problemas sociales y las habilidades sociales. Sin embargo, se ha debatido el papel que estos dos últimos subcomponentes, proponiendo que se tratan de variables intermedias en lugar de medidas directas de funcionalidad (Couture y cols., 2006; Fett y cols., 2011; Green, Kern, Braff y Mintz, 2000; Green y cols., 2004). Según autores como Harvey y cols. (2007), la distinción de los dominios que componen la funcionalidad resulta muy importante para operativizar esta capacidad de la forma más específica posible, lo cual permitiría evaluar de manera específica lo que un individuo es capaz de hacer sin tener en cuenta la influencia de variables externas (Harvey, Velligan y Bellack, 2007). Un ejemplo de este hecho se refleja en cómo aspectos del

resultado funcional, como son el trabajo o la gestión de las relaciones en la comunidad, en ocasiones han sido confundidas con factores como el apoyo social o los recursos personales (Couture y cols., 2006). Según autores como Brekke y Long (2000) y Lieberman y cols. (2008), estas subáreas de las que se compone la funcionalidad son muy heterogéneas y relativamente independientes entre sí, lo que debe resultar en diferentes estrategias de actuación para su rehabilitación.

### **1.5.1. Cognición y Capacidad Funcional**

Las relaciones entre factores de la cognición general y la capacidad funcional se ha visto que resultan más marcadas en pacientes que padecen esquizofrenia crónica (Stirling y cols., 2003; Verdoux, Liraud, Assens, Abalan y van Os, 2002). Se puede deducir a partir de los diferentes estudios publicados que el nivel neurocognitivo puede resultar un factor fundamental sobre el funcionamiento laboral de estos pacientes (Holthausen y cols., 2007; Milev y cols., 2005). Muchos son los estudios que han presentado relaciones directas entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad (Bowie y cols., 2008) considerado como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento en comunidad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Fett y cols., 2011; Jabben, Arts, van Os y Krabbendam, 2010). Autores como Green y cols. (2000) sugieren que los factores neurocognitivos explican entre el 20 y el 60% de la varianza de la capacidad funcional en pacientes con esquizofrenia. En conjunto, la importancia del deterioro cognitivo en los últimos años radica en su relación con la funcionalidad del paciente, la imposibilidad de llevar una vida normal y la de ganarse la vida de manera independiente, provocando esto una gran angustia emocional en la persona que sufre la enfermedad (NIMH, 2009).

En cuanto a la relación de la capacidad funcional con respecto a aspectos de la cognición social, se ha observado como la cognición social puede ayudar a explicar la heterogeneidad funcional en pacientes con esquizofrenia (Penn, 1991). Existen muchos estudios que hacen referencia a la discapacidad funcional como resultado de variables tanto cognitivas como de carácter social en pacientes con esquizofrenia (Addington, Girard, Christensen y Addington, 2010; Couture y cols., 2006; Mancuso, Horan, Kern y Green, 2011a). Autores como Rund y cols. (2004) han considerado que los déficits en la cognición social, más que variables de cognición general, tienen un mayor poder predictivo en el resultado funcional de las personas que presentan un primer debut psicótico así como en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Otros autores como Fett y cols. (2011) quienes han afirmado que la cognición social se encuentra más fuertemente asociada a la funcionalidad que la propia cognición general. Estos hallazgos han llevado a autores como Mancuso y cols. (2011) a sugerir que la cognición general y la cognición social actúan como factores independientes. Según autores como Zs y cols. (2012) las relaciones entre la cognición social y el funcionamiento social son moderadas-altas con una puntuación de 0.46 en pacientes con diagnóstico claro de esquizofrenia. Estas relaciones no se han mostrado con respecto a medidas generales de inteligencia emocional, las cuales no han resultado predictores útiles del funcionamiento social (Burns, Bastian y Nettelbeck, 2007; Dawson, Kettler, Burton y Galletly, 2012).

Mediante el estudio más específico de los diferentes componentes de la cognición social, Gaebel (2011) comprobó que el deterioro en aspectos de la percepción emocional ejerce una importante influencia frente al resultado funcional, dando lugar a una disminución de su funcionamiento psicosocial desde el inicio de la enfermedad (Gaebel, 2011). Además, este hallazgo se mantiene independientemente de los déficits

en aspectos cognitivos y de la presencia y gravedad de la sintomatología presentada (Kohler y cols., 2000). Previamente otros autores como Hooker y Park, mostraron en un estudio del año 2002 relaciones significativas entre el reconocimiento facial de las emociones y déficits en la capacidad de comunicación y de ocupación, medidas con la escala “*Social Dysfunction Index (SDI)*” (Munroe-Blum, Collins, McCleary y Nuttall, 1996). Estudios longitudinales de hasta 12 meses de seguimiento han visto apoyada esta relación entre el déficit en el reconocimiento emocional y la incapacidad de llevar una vida independiente y ocupacional (Brekke y cols., 2005; Kee y cols., 2003). Otros estudios no encontraron relaciones con respecto a la ocupación (Poole y cols., 2000), pudiendo deberse a la situación de institucionalización en la cual se encontraban los pacientes examinados. Estudios recientes apoyan estas asociaciones con variables como el funcionamiento en comunidad (Fiszdon y Johannesen, 2010), el comportamiento social en el entorno (Fett y cols., 2011), o la capacidad de solución frente a problemas sociales (Meyer, Schwarz y Müller, 2011). Autores como Couture y cols. (2006) mostraron relaciones consistentes entre dos componentes de la cognición social, como son el procesamiento emocional y la percepción social, así como cierta tendencia en los otros dos, la ToM y el estilo atribucional, con el nivel de funcionamiento en la comunidad. Por el contrario, otros autores como Rassoovsky y cols. (2011) sólo han encontrado relaciones con respecto a variables de procesamiento visual y la funcionalidad, referida al funcionamiento en el trabajo, la capacidad de llevar una vida independiente y el funcionamiento social.

Lo que sí resulta posible afirmar con rotundidad es que los déficits en ToM presentan una relación significativa con la capacidad funcional y con las competencias sociales (Bora y cols., 2008; Brüne, 2005; Duñó y cols., 2008). Otros autores como Fett

y cols. (2011) han sido más específicos afirmando la existencia de relaciones significativas entre ToM y el funcionamiento comunitario. Respecto a los familiares de primer grado de los pacientes con esquizofrenia, también se han encontrado evidencias que afirman su deterioro en tareas relacionadas con la ToM en comparación con la población general (Anselmetti y cols., 2009; De Achával y cols., 2010; Irani y cols., 2006; Janssen y cols., 2003; Mazza, Di Michele, Pollice, Casacchia y Roncone, 2008; Pentaraki y cols., 2008a; Pentaraki y cols., 2008b). Otros autores como Versmissen y cols. (2008) no lograron encontrar diferencias significativas entre estos familiares y sujetos control.

Respecto a la relación entre el estilo atribucional y su relación con la capacidad funcional de los pacientes con esquizofrenia existen pocos estudios. Autores como Abramson y cols. en el año 1978 ya afirmaron que la tendencia a hacer atribuciones internas, estables y globales acerca de los acontecimientos negativos afecta de manera negativa a la capacidad funcional (Abramson, Garber, Edwards y Seligman, 1978), al igual que sucede con las personas con estado de ánimo depresivo (Addington, Addington y Robinson, 1999). Además se ha observado como los pacientes con esquizofrenia en comparación con personas sanas son más propensos a hacer este tipo de atribuciones (Humphreys y Barrowclough, 2006; Zimmerman, Coryell, Corenthal y Wilson, 1986). Autores como Lysaker y cols. (2004) han considerado que este patrón de pensamiento podría explicar los obstáculos que este tipo de pacientes presentan frente al mantenimiento de sus relaciones personales con otras personas, por considerarlas impredecibles e inestables (Voelz, Haeffel, Joiner y Wagner, 2003).

En los últimos años, uno de los apoyos más consistentes respecto a la cognición social es su papel como mediador entre la cognición general y la capacidad funcional de las personas con esquizofrenia (Addington y cols., 2006; Addington y cols., 2010; Brekke y cols., 2005; Kee y cols., 1998; Sergi, Rassoovsky, Nuechterlein y Green, 2006; Vauth y cols., 2004). Autores como Schmidt y cols. (2011) han apoyado estos hallazgos tras una revisión de 16 artículos encontrando relaciones significativas indirectas en todos ellos en al menos un cuarto de la varianza del resultado funcional.

De manera más específica otros investigadores como la de Lysaker y cols. (2010) proponen que es la metacognición la que media el impacto de los déficits cognitivos en las relaciones sociales, independientemente de los efectos de la cognición general o los síntomas negativos que pudiesen encontrarse presentes. Autores como Gaebel (2011) han sido aún más concretos llegando a afirmar que en especial las variables que median entre la cognición general y la capacidad de resolución de problemas son las relacionadas con el reconocimiento de emociones, así como la percepción o conocimiento social aunque de manera más indirecta (Addington y cols., 2006). Sin embargo posteriormente, según Gard y cols. (2009) la percepción social es un importante mediador entre la cognición general y la capacidad funcional en pacientes con esquizofrenia (Gard, Fisher, Garrett, Genevsky y Vinogradov, 2009). Siguiendo esta línea, otros autores como Sergi y Green (2003) han puesto su atención en el papel mediador que tienen aspectos de la percepción social con respecto a asociaciones ya existentes entre procesamiento visual temprano y capacidad funcional. Estos autores afirmaron encontrar relaciones significativas entre ambas variables, visual y funcional, si en el modelo no era incluida la percepción social; sin embargo, esta relación no resultaba significativa con la inclusión de esta variable (Sergi y cols., 2006). Autores

como Bell y cols. (2009) confirman la existencia de asociaciones mediacionales más poderosas entre variables de la cognición general y la funcionalidad, si además de la cognición social, es evaluado también el nivel de malestar percibido por el paciente (Bell, Tsang, Greig y Bryson, 2009).

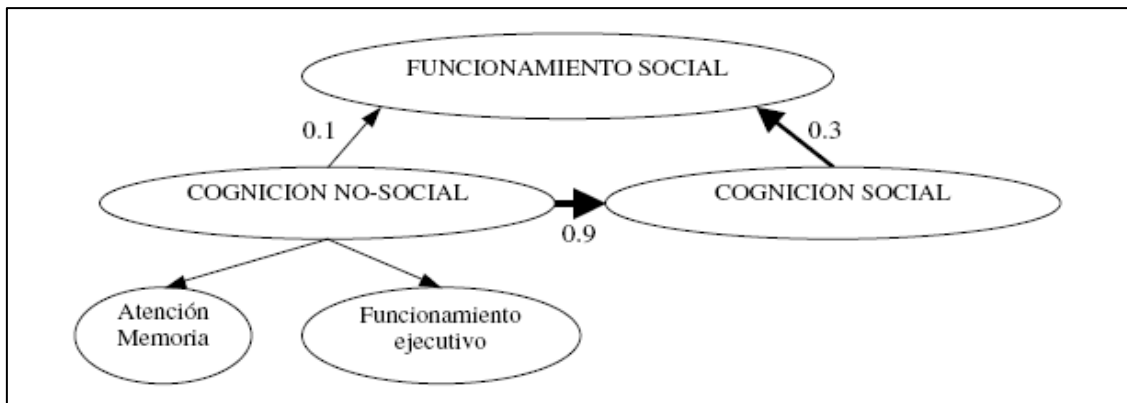


Figura 2: Modelo de Vauth, Rüsche, Wirtz, y Corrigan (2004)

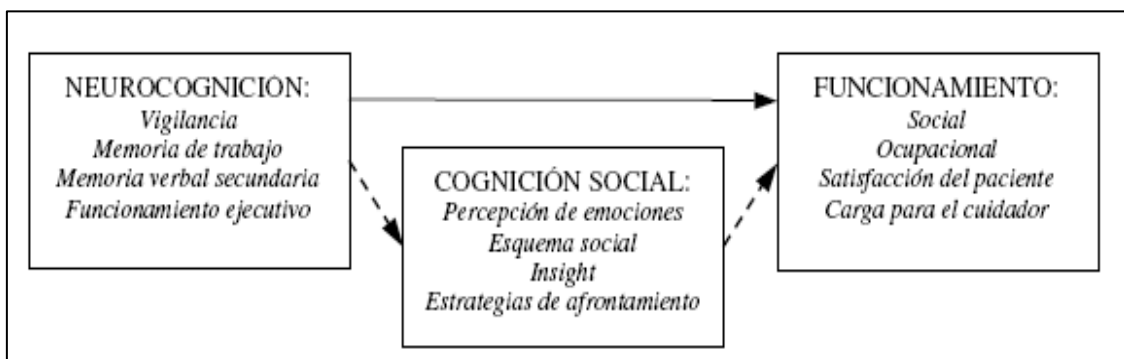


Figura 3: Modelo de Green y Nuechterlein (1999)

### 1.5.2. Medidas de evaluación de la Funcionalidad

Debido a la importancia del deterioro funcional y su repercusión en la vida de los pacientes con esquizofrenia, la investigación se ha interesado por el desarrollo de escalas adecuadas para su medición de la manera más ecológica posible (Bromley y Brekke, 2010). Una de las cuestiones planteadas al respecto ha sido el hecho de que las pruebas de medición funcional requieren, para resultar válidas, de situaciones paralelas a exigencias de la vida cotidiana que resulten sensibles al mundo real. Ésta es una limitación clara con respecto a las pruebas cognitivas, que no permiten esta equidad en la práctica (Heinrichs, Ammari, Miles y Vaz, 2010). Otras investigaciones han demostrado como en realidad las competencias funcionales medidas mediante escalas median la relación entre el rendimiento cognitivo normal y la capacidad funcional en la vida real en pacientes con esquizofrenia (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton y Harvey, 2006; Twamley y cols., 2002).

Una de las escalas más empleadas para la evaluación de la funcionalidad es la *University of California San Diego Performance Skills Assessment (UPSA)* (Patterson, Goldman, McKibbin, Hughs y Jeste, 2001) que logra hasta el 37% de la varianza de los resultados funcionales, entendidos como capacidad de vivir en comunidad de manera autónoma y de relacionarse socialmente (Bowie y cols., 2006; Heinrichs, Statucka, Goldberg y Vaz, 2006; Twamley y cols., 2002). El equipo de la Universidad de Oviedo, dirigido por el profesor Bobes ha traducido y normalizado esta escala en castellano para población española (García-Portilla y cols., 2013). Otras escalas empleadas para la evaluación de la capacidad funcional, pero de las cuales no disponemos de su versión en idioma castellano, son la *Multidimensional Scale of Independent Functioning (MSIF)* que se trata de una entrevista estructurada en la que sus ítems se puntúan mediante una

escala tipo Likert, y que se verifica mediante los diferentes documentos e historias clínicas del paciente (Jaeger, Berns y Czobor, 2003); o la *Social Adjustment Scale* (Schooler, Hogarty y Weissman, 1979); mostrando a su vez entre ellas medidas altas de correlación.

Otros autores como Cornblatt y cols. (2007), se han interesado en la medición de la capacidad funcional en la fase prodrómica de la enfermedad con escalas como la *Global Functioning: Social* (Auther, Smith y Cornblatt, 2006) o la *Global Functioning: Role* (Niendam, Bearden, Johnson y Cannon, 2006), afirmando que la capacidad funcional no se trata de un rasgo estable sino que puede ser modificable y mejorable, y puede ser considerada como una medida directa del cambio clínico (Cornblatt y cols., 2007).

Entre las escalas que es posible encontrar su versión en castellano y han sido empleadas con pacientes con esquizofrenia, están la *Personal and Social Performance scale (PSP)* (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini y Pioli, 2000) o *Escala de Funcionamiento Personal y Social* (García-Portilla, 2011) empleada para medir el nivel de funcionamiento de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia. Otra escala es la *Social Functioning Scale (SFS)* (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990), traducida por Vázquez y Jiménez (2000) como *Escala de Funcionamiento Social*, y que mide el nivel de funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia, aunque los autores consideran que resulta válida para diferentes trastornos psicóticos. O la *Escala de Funcionamiento Psicosocial* diseñada en México y que evalúa el desempeño psicosocial del paciente, es decir, el desempeño de roles de una persona en relación con otros ante una situación determinada (Valencia, 1986).

Autores como Green y cols. (2000) han criticado la limitación de los estudios en el área por tratarse de evaluaciones transversales, realizadas en un solo punto del tiempo, que limitan la generalización de resultados y posibles cambios a lo largo del transcurso de la enfermedad. Además se ha tenido aún poca consideración respecto a las relaciones causales y los diferentes subcomponentes tanto de la cognición social como del resultado funcional (Couture y cols., 2006). Este hecho evidencia la necesidad de realizar más estudios con seguimientos longitudinales a largo plazo que puedan definir de manera más concreta las relaciones entre todas estas variables y su cambio en el tiempo (Couture y cols., 2006).

### **1.6. Programas de Rehabilitación**

Los déficits multidimensionales que afectan a las personas con esquizofrenia evidencian la necesidad de llevar a cabo programas de rehabilitación adecuados a estas necesidades. Las alteraciones cognitivas, aunque en ocasiones modestas en las primeras etapas de la enfermedad (Bilder y cols., 2000), se ha visto que su entrenamiento resulta eficaz para retrasar o prevenir la aparición de la enfermedad (Simon y cols., 2007). Una revisión de estudios que evalúan tanto el resultado funcional en tareas específicas como intervenciones que engloban muchos ámbitos, incluida la farmacéutica, han demostrado la eficacia de las intervenciones en las primeras etapas aportando un beneficio a nivel cognitivo, funcional y sintomático (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011; Penn, Waldheter, Perkins, Mueser y Lieberman, 2005b).

En general, la recuperación de los pacientes con esquizofrenia ha sido considerada a lo largo de la literatura científica desde dos puntos de vista distintos como son el funcional y el subjetivo (Brekke y Nakagami, 2010). En un estudio del año 2001, Brekke y cols. encontraron que aspectos cognitivos, como son las funciones ejecutivas, mediaban la relación entre la capacidad funcional e indicadores subjetivos como son la satisfacción con uno mismo y con la vida (Brekke, Kohrt y Green, 2001); hasta ese momento apenas existían estudios al respecto (Brekke y Long, 2000). Los factores ambientales como el nivel de apoyo, oportunidades y mejoras también se han visto que actúan como mediadores en la rehabilitación de estos pacientes (Brekke, 2007).

Por último, en la literatura reciente, se está dando mucha importancia a la motivación, tanto intrínseca (Barch, 2005b; Choi, Fiszdon y Medalia, 2010; Medalia y Choi, 2009; Nakagami, Xie, Hoe y Brekke, 2008), como extrínseca, en la cual se ha

sugerido la importancia de la relación del paciente con su terapeuta (Deegan, 1996; Horvath, 2001), como una variable imprescindible para la recuperación funcional.

### **1.6.1. Tratamientos farmacológicos**

Respecto a los síntomas clínicos, autores como Ho y cols. (2011) han comprobado como el empleo de fármacos en pacientes con esquizofrenia ayuda a reducir las tasas de recaída sintomática (Ho, Andreasen, Ziebell, Pierson y Magnotta, 2011), en especial la referida a la sintomatología positiva, no encontrándose patrones similares respecto a la sintomatología negativa (Keefe y cols., 2007).

El foco actual para la psicofarmacología es la búsqueda de un tratamiento para paliar el deterioro cognitivo y que a su vez no magnifique la sintomatología negativa (Bucharan, Freedman, Javitt, Abi-Dargham y Lieberman, 2007; Green y Nuechterlein, 1999; Hyman y Fenton, 2003). Un metaanálisis del año 1999 demuestra el efecto beneficioso sobre la cognición de los antipsicóticos atípicos (Keefe, Silva, Perkins y Lieberman, 1999), así como de los antipsicóticos de primera generación si estos son empleados en las dosis adecuadas (Mishara y Goldberg, 2004). En la actualidad, se está dando una especial importancia a los tratamientos de rehabilitación psicosocial, los cuales sí han mostrado ser más eficaces frente a los síntomas negativos (Roder, Mueller, Mueser y Brenner, 2006).

En cuanto a la cognición social y la medicación antipsicótica se ha visto que ésta no resulta útil para mejorar la percepción del afecto en pacientes con esquizofrenia (Herbener, Hill, Marvin y Sweeney, 2005). Autores como Sergi y cols. (2007b) en un estudio en el que compararon olanzapina, risperidona y haloperidol, tampoco

observaron mejoría en pacientes con esquizofrenia ni en percepción social ni emocional tras 8 semanas de tratamiento. En cuanto al tratamiento farmacológico de los déficits en ToM, autores como Mizrahi y cols. (2007) sí afirmaron observar mejorías, sin embargo, es difícil discernir si es debido a la medicación o al entrenamiento en tareas similares relacionadas (Mizrahi, Korostil, Starkstein, Zipursky y Kapur, 2007). Estudios más recientes como el de Pedersen y cols. (2011) confirman la mejoría de pacientes con esquizofrenia en tareas de ToM y de percepción social tras la administración intranasal de oxitocina en un periodo de dos semanas. Este hecho confirma hallazgos previos como el de Littrell y cols. (2004) donde se encontró mejoría en la capacidad de percepción social en pacientes tratados con olanzapina (Littrell, Petty, Hilligoss, Kirshner y Johnson, 2004). En resumen, estos estudios reflejan cierta mejoría en aspectos de la cognición social, sin embargo, aún no resulta posible aclarar si el efecto de los fármacos antipsicóticos es directo o indirecto, es decir, debido a la mejora de la sintomatología psiquiátrica. Todo ello hace pensar en la necesidad de buscar otros métodos de rehabilitación más enfocados al ámbito psicosocial (McGurk, Mueser y Pascaris, 2005) o que integren ambos tipos de intervención (Wexler, 2007).

### **1.6.2. Tratamientos no farmacológicos**

Entre la amplia variedad de intervenciones dirigidas a la mejoría de los diversos déficits que afectan a las personas con esquizofrenia, la rehabilitación neuropsicológica es una de las más extendidas y empleadas. Hay autores que han dividido la modalidad de las intervenciones según la afectación concreta ante la que quieren trabajar. Este es el caso de Kurtz (2011), que las clasificó en cinco subtipos: entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación en el ámbito laboral, rehabilitación cognitivo conductual, rehabilitación cognitiva y rehabilitación psicosocial.

a) Entrenamiento en habilidades sociales

Se trata de un entrenamiento basado en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969). Incluye aspectos como el establecimiento de objetivos, el modelado, el reforzamiento positivo, la retroalimentación correctiva, los ensayos conductuales y, posteriormente, la asignación de tareas, con el fin de generalizar lo previamente aprendido. Autores como Mueser y Sayers (1992) establecieron una serie de principios que conceptualizan las habilidades sociales con el fin de facilitar su estudio y tratamiento. Estas características eran: que las habilidades sociales pueden ser aprendidas e incorporadas, que son específicas a las situaciones concretas, que son un camino de comprensión social y que tienen una influencia, por tanto, en el funcionamiento social.

b) Rehabilitación vocacional

La rehabilitación vocacional se ha clasificado en dos categorías como son la centrada en el trabajo en terrenos institucionalizados (Bell y Bryson, 2001) y el empleo con apoyo que aboga por la integración en empleos competitivos (McGurk y cols., 2005).

c) Rehabilitación cognitivo conductual

Se trata de un tipo de psicoterapia, principalmente individual, orientada al tratamiento de la sintomatología negativa en pacientes con esquizofrenia (Kingdon y Turkington, 1994), aunque en un inicio se desarrolló para tratar la depresión. Se trata de un proceso de reestructuración de los esquemas mentales disfuncionales que sufren las personas con esquizofrenia debido al deterioro cognitivo y social y a las limitaciones que éstas dan lugar en su vida (Perivoliotis y Cather, 2009).

d) Rehabilitación psicosocial

Se trata de un tipo de rehabilitación de carácter integral, esto es, programas que involucran una gran variedad de intervenciones centradas en aspectos como el comportamiento, psicoeducación, orientación profesional, cognición social y otros.

Dentro de la rehabilitación psicosocial se está poniendo una especial atención al tratamiento de aspectos relacionados con la cognición social. Se ha comprobado como déficits en este área tienen efectos adversos sobre el funcionamiento interpersonal, la inserción laboral y el ajuste en la comunidad (Couture y cols., 2006; Eack y cols., 2010). La combinación de estas intervenciones con otras de tipo cognitivo muestran una mejora en la adaptación laboral de los pacientes con esquizofrenia más intensa que la sola intervención psicosocial (Bell, Bryson y Wexler, 2003; McGurk y cols., 2005).

e) Rehabilitación cognitiva

Se trata de una rehabilitación centrada en el entrenamiento de las habilidades cognitivas mediante la ejercitación de habilidades de restauración, compensación y optimización de funciones.

Algunos de los programas de rehabilitación que se centran únicamente en la intervención de aspectos de la cognición general en pacientes con esquizofrenia son:

- *Attention Process Training (APT)*, que se centra en la rehabilitación de los diferentes procesos atencionales como son la selectiva, la sostenida, la dividida y la alternante. Los materiales son presentados mediante soporte visual y auditivo y están ordenados jerárquicamente (Sohlberg y Mateer, 1987).

- *Cognitive Remediation Therapy (CRT)*, que se trata de un programa diseñado para mejorar habilidades cognitivas como la atención, la memoria y las funciones

ejecutivas, lo cual dará lugar a una mejoría en el funcionamiento en comunidad de estos pacientes (Delahunty y cols. 1993, 2002).

- *Prospective Memory Training (PROMT)*, cuyo objetivo es el entrenamiento en habilidades mnemotécnicas (Kurtz, Moberg, Mozley y Swanson, 2001).
- *Cognitive Adaptation Training (CAT)* (Velligan y cols., 2002, 2008): se trata de un método compensatorio de apoyos (empleo de agendas, alarmas, cuidado, etc.). Se basa en los principios del comportamiento y la capacidad de iniciación e inhibición de este.

La literatura coteja estudios que demuestran mejoras en la cognición gracias al empleo de estos programas (Reeder, Smedley, Butt, Bogner y Wykes, 2006; Wykes y cols., 2007). Sin embargo autores como Hogarty y cols. (2004) han afirmado que este entrenamiento, en combinación con la rehabilitación psicosocial, ayudaría más eficazmente al procesamiento de la información de carácter social (Medalia y Richardson, 2005), algo que resulta fundamental en el proceso de normalización de sus vidas (Wykes y cols., 2007). Varios meta-análisis muestran la eficacia de los programas cognitivos en áreas tanto cognitivas, como sintomáticas y funcionales (McGurk y cols., 2007; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk y Czobor, 2011).

Según autores como Jeste y cols. en un estudio del año 2011, los pacientes con esquizofrenia, en comparación con la población general, muestran una progresiva aceleración de su envejecimiento físico y un deterioro cognitivo permanente durante la vida. Sin embargo han afirmado que resulta posible una mejora en su funcionamiento social y por tanto en su calidad de vida, si a lo largo del transcurso de la enfermedad han recibido un apoyo psicosocial adecuado (Jeste, Wolkowitz y Palmer, 2011).

En la actualidad, la identificación de déficits en aspectos de la cognición social en pacientes con esquizofrenia ha resultado en la creación de tratamientos enfocados en los mismos. Respecto a la rehabilitación de la percepción emocional, se ha visto como este déficit puede ser revertido mediante la práctica e instrucción en la necesidad de prestar atención a los ojos (Russell, Green, Simpson y Coltheart, 2008). La percepción social también es posible trabajarla, encontrando resultados óptimos, a través de educación acerca de las reglas y roles sociales y su identificación frente a diversas situaciones, así como después por práctica repetida minimizando los errores (Kopelowicz, Liberman y Zarate, 2006). Otros autores como Savaskan y cols. (2008) afirmaron la necesidad de trabajar para mejorar la memoria como requisito para la correcta identificación social, entre otras funciones (Savaskan, Ehrhardt, Schulz, Walter y Schächinger, 2008). Estudios recientes como el de Bechi y cols. (2013) afirman el éxito en el entrenamiento de habilidades de ToM en pacientes ambulatorios con esquizofrenia mediante ejercicios de verbalización de la información de los estados mentales de las otras personas, no siendo influenciada esta mejoría por variables cognitivas o funcionales. Autores como Freeman y cols. (2004) trabajaron la generación de explicaciones alternativas ante atribuciones inadaptativas como modo de entrenamiento del estilo atribucional, sin embargo, no resulta posible encontrar más estudios en esta línea de trabajo.

### **1.6.3. Programas de Intervención en Cognición Social en esquizofrenia**

Algunos de los programas más empleados en la rehabilitación de los diversos déficits de los pacientes con esquizofrenia se presentan a continuación:

Tabla 9a: Características básicas de los programas de intervención en Cognición Social en esquizofrenia

<b>Nombre</b>	<b>Acrónimo</b>	<b>Autores</b>	<b>Año de Publicación</b>	<b>Formato</b>	<b>Frecuencia Recomendada</b>	<b>Áreas Trabajadas</b>	<b>Estudios de Eficacia</b>
<i>Integrated Psychological Therapy</i>	IPT	Brenner, Seeger y Stramke	1980	Grupal	8 y 12 meses con una duración de cada sesión de entre 45 a 90 minutos.	Cinco fases jerarquizadas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, HHSS y resolución de problemas.	- Garcia, Fuentes, Ruiz, Gallach y Roder, 2003 - Roder y cols. 2006 - Vallina-Fernández y cols., 2001
<i>Emotion Management Training</i>	EMT	Hodel, Brenner, Merlo y Teuber	1998	Grupal	No especificado	Los déficits en la percepción emocional y el ajuste social reducido, aportando estrategias de afrontamiento.	- Hodel, Kern y Brenner, 2004
<i>Cognitive Enhancement Therapy</i>	CET	Hogarty y Flesher	1999	Grupal o en parejas	60h de entrenamiento cognitivo y 15h cognición social.	Atención, Memoria, Resolución de Problemas y Cognición Social (regulación y percepción emocional).	- Eack, Hogarty, Greenwald, Hogarty y Keshavan, 2007 - Eack y cols., 2009 - Hogarty y Greenwald, 2006
<i>Neurocognitive Enhancement Therapy</i>	NET	Bell, Bryson, Greig, Corcoran y Wexler	2001	Individual	5h semanales durante 26 semanas.	Ejercicios cognitivos, retroalimentación cognitiva y procesamiento de la información social.	- Bell y cols., 2001 - Wexler y Bell, 2005
<i>Neuro-psychological Educational Approach Rehabilitation</i>	NEAR	Medalia, Revheim y Herlands	2002	Individual y grupal	6 meses, 2 horas de rehabilitación y 1h de feedback semanales	Para promover la motivación intrínseca y la dedicación hacia las tareas.	- Choi y Medalia, 2005 - Hodge y cols., 2010
<i>Training of Affect Recognition</i>	TAR	Frommann, Streit y Wölwer	2003	En parejas	12 sesiones, dos por semana, con una duración de unos 45 a 60 min.	Identificación, diferenciación y contextualización de los signos faciales de las seis emociones básicas.	- Wölwer y cols., 2005
<i>Social Cognition and Interaction Treatment</i>	SCIT	Penn, Roberts, Combs y Sterne	2007	Grupal	18 sesiones de unos 50 min, en un periodo de 6 meses.	Estilo Atribucional y Teoría de la Mente mediante situaciones figuradas y percepción de emociones.	- Combs y cols., 2007b - Roberts y Penn, 2009 - Turner-Brown, Perry, Dichter, Bodfish y Penn, 2008

Tabla 9b: Características básicas de los programas de intervención en Cognición Social en esquizofrenia

Nombre	Acrónimo	Autores	Año de Publicación	Formato	Frecuencia Recomendada	Áreas Trabajadas	Estudios de Eficacia
<i>Integrated Neurocognitive Therapy</i>	INT	Roder y cols.	2006	Grupal	30 sesiones, dos por semana, de unos 90 min con descanso	Dos módulos diferenciados: 1) para la cognición general y, 2) para la cognición social, incluyendo el insight.	-Roder y Mueller, 2006
<i>Metacognitive Training for Schizophrenia Patients</i>	MCT	Moritz y Woodward	2007	Grupal	4 semanas, dos por semana, con una duración de entre 45 y 60 min.	Conciencia de enfermedad y sesgos cognitivos y comportamentales que resultan inadaptativos.	-Aghotor, 2007
<i>Social Cognition Training Program</i>	SCTP	Gil-Sanz y cols	2009	Grupal	20 sesiones, dos por semana, con una duración de unos 45 min.	Dos fases conformadas por la rehabilitación en: percepción emocional y percepción social (módulo del IPT).	-Gil-Sanz y cols., 2009
<i>Social Cognitive Skills Training</i>	SCST	Horan y cols.	2009	Grupal	18 sesiones de unos 50 min, en un periodo de 6 meses.	Subconstructos de la Cognición Social como: la percepción emocional, la percepción social, el estilo atribucional y la ToM	-Horan y cols., 2011 -Roberts y Penn, 2009
<i>REFLEX</i>	-	Pijnenborg, van der Gaag, Bockting, van der Meer y Aleman	2011	Grupal	12 sesiones divididas en tres módulos de cuatro sesiones cada uno.	Conciencia de enfermedad en pacientes con esquizofrenia mediante: 1) afrontamiento del estigma, 2) narrativa, 3) experiencia personal, y 4) el presente.	- Pijnenborg y cols., 2011
<i>Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis</i>	REHACOP	Ojeda y cols.	2012a	Grupal	3 a 5 meses, con tres sesiones semanales de una hora y media, así como tareas fuera de sesión.	Ocho módulos jerarquizados: atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cognición social, habilidades sociales, actividades de la vida diaria y psicoeducación.	- Ojeda y cols. 2012b - Peña, Ibarretxe-Bilbao, García-Gorostiaga, Gomez-Beldarrain, Díez-Cirarda, & Ojeda, 2014

Sin embargo, respecto al REHACOP, programa que ha sido empleado para la elaboración de este trabajo de tesis, los ensayos clínicos de eficacia no probaron el módulo de Cognición Social, en los estudios con pacientes con esquizofrenia, ya que éste fue incorporado al REHACOP con posterioridad.

El módulo de Cognición Social del REHACOP se compone de cuatro cuadernillos relacionados con el entrenamiento en: 1) reconocimiento de emociones, 2) razonamiento social, 3) ToM y 4) dilemas morales. Por tanto, incorpora el entrenamiento de habilidades de la cognición social relacionadas con tres de los componentes del constructo consensuados a lo largo de la literatura. No obstante, y similarmente a lo que sucede con otros programas de rehabilitación de la cognición social en pacientes con esquizofrenia, el estilo atribucional no es trabajado de manera específica.

Como conclusión de la revisión de las diferentes intervenciones empleadas en la actualidad para pacientes con esquizofrenia decir que las terapias más empleadas son las que combinan la rehabilitación cognitiva con la psicosocial, mostrando efectos en la capacidad funcional incluso 12 meses después de la intervención (Brekke, Hoe, Long y Green, 2007). Estos resultados apoyan además que el entrenamiento y mejora en aspectos de la cognición social suponen mejoras también en el funcionamiento social diario de los pacientes con esquizofrenia (Ruiz-Ruiz y cols., 2006).

En la actualidad se están desarrollando cada vez más programas basados en la realidad virtual como forma de rehabilitación de funciones en personas con esquizofrenia, encontrándose resultados alentadores (Kurtz, Baker, Pearlson y Astur, 2007), debido a la posibilidad de poder trabajar la ideación paranoica bajo un ambiente controlado

(Greenwood, Smith, White, Morris y Wykes, 2006). Sin embargo, también hay voces que alertan de que el uso de esta tecnología podría producir una reactivación de la sintomatología positiva en los pacientes con esquizofrenia (Kurtz y cols., 2007).

Por último, es importante destacar que cada vez existen más estudios que se están interesando por el papel de la motivación en pacientes con esquizofrenia y su relación con la eficacia de la rehabilitación (Grant y Beck, 2009; Horan y cols., 2010). Factores como la creencia de poder ser capaz de efectuar una tarea o el valor que se le atribuye a la misma, resultan fundamentales en la rehabilitación (Choi y cols., 2010). También variables como la expectativa de que las acciones que llevamos a cabo darán lugar a resultados positivos (Wilkniss, Medalia, Revheim y Herlands, 2010), y que son ellos mismos los que tienen el control sobre sus acciones (Twamley, Savla, Zurhellen, Heaton y Jeste, 2008). Estas mejorías en la autoestima se ha visto además que son perdurables en el tiempo (Wykes, Reeder, Corner, Williams y Everitt, 1999; Wykes y cols., 2003).

La mayoría de estas intervenciones se realizan en formato grupal. Algunos autores abogan por la personalización de las terapias de rehabilitación (Pfammatter, Brenner, Junghan y Tschacher, 2011), aunque esto no siempre resulta posible debido a la falta de recursos existentes. Por otra parte, el formato grupal presenta ventajas razonables para el entrenamiento de la cognición social, al ser en grupo y contar con la presencia de los otros se puede disponer de un contexto facilitador para el role-playing, la imitación y la puesta en práctica inmediata de las habilidades aprendidas en la sesión (Florit-Robles, 2006).

## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **2.1. Objetivos**

- 1) La descripción y aclaración del constructo de la cognición social en la esquizofrenia y los diferentes subconstructos que lo componen en base a la bibliografía existente.
- 2) Analizar la relación existente entre aspectos de la cognición general y de la cognición social respecto a la sintomatología, el nivel de conciencia y la capacidad funcional en pacientes con esquizofrenia. Y la identificación de posibles variables que puedan modificar dichas relaciones, de manera que ayude a clarificar posibles causas del déficit en los pacientes con esquizofrenia, pudiendo sugerir los resultados modos de intervención clínica para mejorar el curso evolutivo y la autonomía funcional en esta patología.
- 3) Evaluar la eficacia del Programa de Rehabilitación Cognitiva para Psicosis (REHACOP) como herramienta de recuperación de los pacientes con esquizofrenia, y de manera más específica, la recuperación de las habilidades de la cognición social.

### **2.2. Hipótesis**

1. Los déficits en cognición general y cognición social se relacionan con la respuesta funcional en pacientes con esquizofrenia.
  - Los déficits en cognición social en pacientes con esquizofrenia se relacionan en mayor medida con el resultado funcional que los déficits de la cognición general.

2. Algunos aspectos de la cognición social median la relación entre el rendimiento en cognición general y la respuesta funcional de los pacientes.
3. Los pacientes con esquizofrenia que participen en la rehabilitación neuropsicológica con el Rehacop mejorarán sus funciones cognitivas generales y sociales, su sintomatología y su capacidad funcional en comparación con el grupo que no participó en dicho entrenamiento.

### **3. MATERIAL Y MÉTODO**

#### **3.1. Participantes**

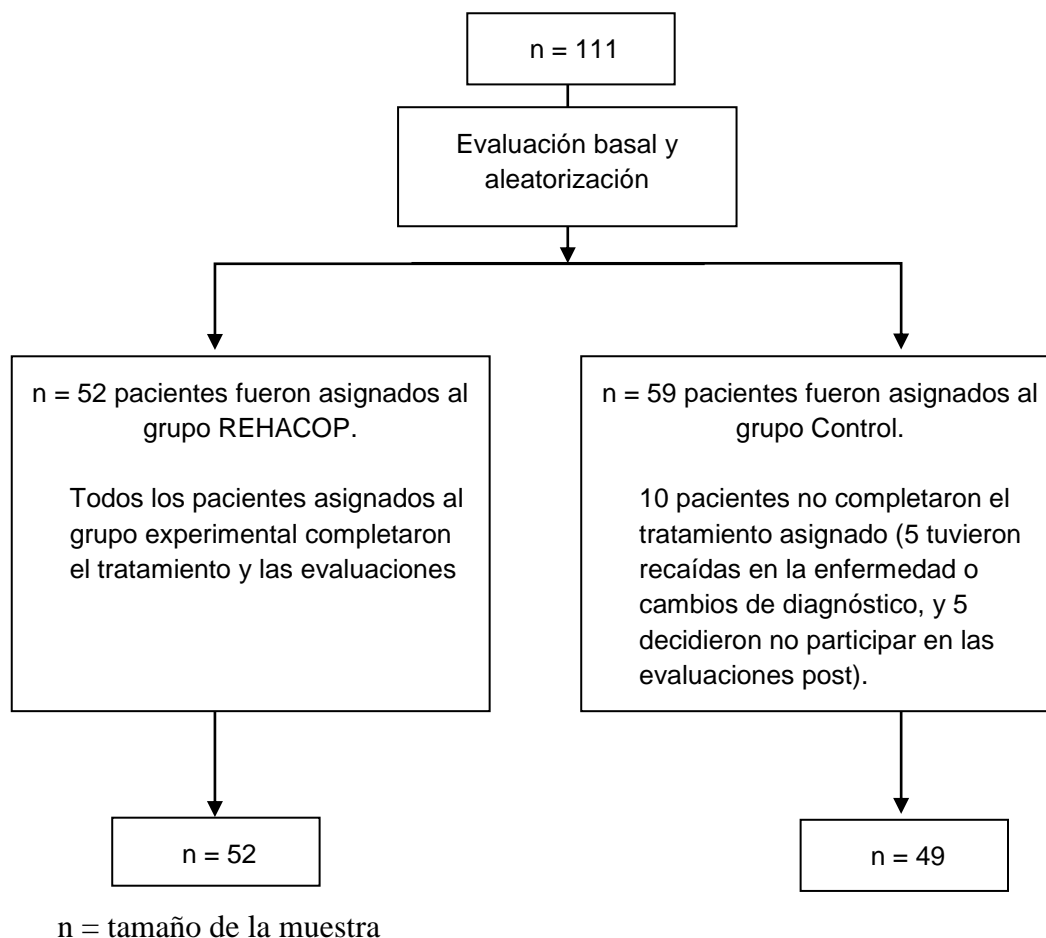
Se identificaron un total de 111 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R) y el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los pacientes fueron reclutados a través de cinco dispositivos de la Red de Salud Mental de Álava y de Bizkaia: la Unidad de Psicosis Refractaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Vitoria, la Unidad de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Zamudio, la Unidad de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Bermeo, el Hospital de Día de Garamendi en Bilbao y el Hospital de Día de Barakaldo.

Los criterios de inclusión de los pacientes incluían: a) edad comprendida entre los 18 y los 65 años; b) tener diagnóstico de esquizofrenia; y c) firmar un consentimiento informado de participación en el estudio por parte del paciente, tutor o representante legal.

Los criterios de exclusión de la muestra incluyeron: a) tener un cociente intelectual inferior a 75; b) presencia de comorbilidad con otros trastornos del Eje I, incluyendo el consumo de tóxicos (excepto el consumo esporádico); c) presencia de otras enfermedades orgánicas del sistema nervioso central (SNC); d) antecedentes de traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia (>1 hora); e) retraso mental; f) trastornos generalizados del desarrollo; y g) déficits sensoriales que pudieran interferir de manera significativa.

De los 111 pacientes inicialmente identificados, sólo 101 cumplieron los criterios de inclusión y constituyeron la muestra final del estudio. Como puede observarse en la Figura 4, cinco de los pacientes no pudieron formar parte de la muestra por motivos como recaídas en la enfermedad o cambios de diagnóstico en el momento de la evaluación pre. Además de los pacientes que completaron la evaluación inicial, cinco pacientes no pudieron ser evaluados tras 4 meses de seguimiento del tratamiento. El motivo de esta pérdida fue la renuncia del paciente a seguir participando en el estudio. Todos los participantes que no completaron la evaluación post formaban parte del grupo control. Las características de los pacientes que abandonaron el estudio y de los que siguieron no diferían entre sí.

Figura 4: Gráfico del proceso de reclutamiento



Todos los participantes formaron parte del estudio de manera voluntaria y previa firma de un consentimiento informado (ver documento en Anexo II). El protocolo de estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación de los diferentes hospitales participantes. Todos los pacientes del grupo control pudieron beneficiarse del tratamiento empleando el programa REHACOP una vez finalizado el presente estudio.

Los datos del estudio fueron tratados conforme a la legislación vigente sobre confidencialidad: *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal*.

### **3.2. Procedimiento**

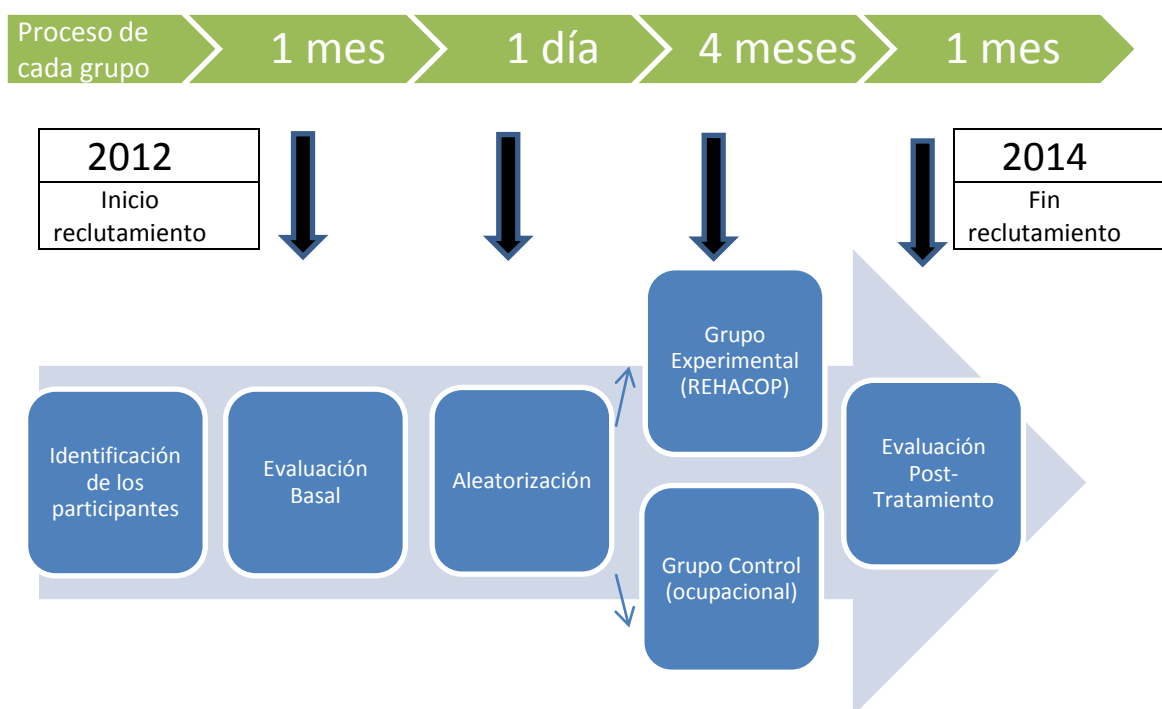
El presente estudio tiene un diseño cuasi-experimental comparativo entre pacientes con esquizofrenia que han realizado la rehabilitación con el programa REHACOP y pacientes controles también con esquizofrenia. Se trata de un estudio longitudinal prospectivo, es decir, con dos momentos de medida en los que se aplica el procedimiento de evaluación, con pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

El contacto inicial con los pacientes fue por medio de los diferentes servicios clínicos de cada hospital. Los psiquiatras de cada dispositivo identificaron a los pacientes, aseguraron el cumplimiento de los criterios de inclusión, y realizaron las entrevistas clínicas y diagnósticas incluidas en el protocolo del estudio (ver documento en Anexo III). Tras esta identificación, la neuropsicóloga realizaba la exploración neuropsicológica de la cognición general, la cognición social y la funcionalidad basal como se detalla en el apartado 3.3 de la tesis (ver documento en Anexo IV). En el momento de la evaluación clínica y neuropsicológica todos los pacientes se encontraban

bajo tratamiento con medicación antipsicótica atípica y por tanto en situación de estabilidad clínica. Las evaluaciones completas fueron llevadas a cabo en los respectivos hospitales participantes.

Una vez realizadas las exploraciones clínicas y neuropsicológicas se llevó a cabo la asignación, por proceso de aleatorización, de los pacientes a los grupos experimental o control. Este proceso de aleatorización nos permite descartar alternativas como la remisión espontánea o los efectos de la maduración, sin embargo sí podemos estar ante posibles expectativas de cambio entre los tratados versus el grupo control por el hecho de tratar con un terapeuta. Tanto la administración del tratamiento experimental como la del control fueron de carácter grupal.

Figura 5: Diagrama del proceso de reclutamiento, evaluación y rehabilitación.



Para la realización de este estudio se llevaron a cabo un total de 5 grupos, compuestos por unos diez pacientes cada uno, que siguieron el proceso mostrado en la Figura 5.

Los grupos experimentales realizaron sesiones de rehabilitación cognitiva con el programa REHACOP con una frecuencia de 3 sesiones semanales de 90 minutos cada una a lo largo de cuatro meses, siendo un total de 60 sesiones. Las sesiones se realizaron en grupos de 8 a 10 personas dirigidos por una neuropsicóloga experta en esta tarea y un profesional (psicóloga, enfermera...) de cada uno de los centros participantes. También se realizaron sesiones de entrenamiento de las habilidades sociales, psicoeducación de la enfermedad y actividades de la vida diaria, que se llevaron a cabo de forma paralela y adicional al tratamiento habitual recibido por los pacientes en cada dispositivo con una frecuencia quincenal de una hora de duración en el caso del módulo de psicoeducación, y semanal de unos 45 minutos en el caso de las habilidades sociales y las actividades de la vida diaria. Los grupos control llevaron a cabo actividades grupales de carácter ocupacional con la misma frecuencia y duración que el grupo experimental.

Transcurridos los 4 meses de la intervención, los pacientes de ambos grupos fueron evaluados nuevamente desde el punto de vista clínico, neuropsicológico y funcional, a modo de poder estudiar así el grado de eficacia del programa de rehabilitación empleado. Estas sesiones de intervención respetaron el tratamiento habitual de estos pacientes y se ofrecieron en adición al mismo, pudiendo darse ajustes en su tratamiento farmacológico, lo cual era decidido por el clínico independientemente del grupo al que perteneciese el paciente.

### **3.3. Evaluación**

#### **3.3.1. Evaluación psicopatológica**

La evaluación psicopatológica (ver documento en Anexo III) fue llevada a cabo por psiquiatras clínicos en cada uno de los centros colaboradores.

Las escalas administradas para la evaluación psicopatológica y clínica global fueron:

Entrevista diagnóstica semi-estructurada SCID-I para Psicosis: versión española de First, Spitzer, Gibbon y Williams (1999). Versión adecuada para investigación que recoge datos demográficos, historia laboral, historia psiquiátrica actual y pasada, tratamientos y evaluación del funcionamiento actual. También contiene nueve módulos referidos a síntomas y trastornos psicóticos, a episodios afectivos, a trastornos del ánimo, a uso de sustancias, a trastornos somatoformes, de la alimentación y de adaptación. Esta escala permite la elaboración de diagnósticos DSM-IV-R para los principales trastornos.

Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS): es la versión española de Peralta y Cuesta en el año 1994. Esta escala fue desarrollada por Kay, Fiszbein y Opler (1987), y está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (Overall y Gorham, 1962). Esta escala mide la presencia y la magnitud de la sintomatología positiva, la sintomatología negativa y la psicopatología general. Consiste en una serie de 30 ítems que se puntúan en un rango de 1 a 7. La escala PANSS presenta buenos índices de fiabilidad (Alfa para PANSS-P = 0,73; Alfa para PANSS-N = 0,83; Alfa para PANSS-PG = 0,87). Para este estudio se ha empleado el modelo de los cinco factores propuesto por van der Gaag y cols (2006) basado en los cinco conjuntos de síntomas sugerido por el autor: positivos, negativos, desorganización, excitación y distrés emocional.

Escala de Montgomery y Asberg para la evaluación de la Depresión (MADRS) (Montgomery y Asberg, 1979): Es una escala que mide la presencia de sintomatología relacionada con el estado de ánimo, midiendo tristeza aparente, tristeza expresada,

pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas; ansiedad, medida como tensión interna y dificultades de concentración; sintomatología somática medida como sueño disminuido, apetito disminuido y laxitud; y anhedonia. La escala presenta una fiabilidad de un alfa de Cronbach de 0,70.

Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS) (Colom y cols., 2002): es una escala que mide la presencia de síntomas maníacos como la euforia, la actividad sexual, la hiperactividad, la irritabilidad, la expresión verbal y el sueño. La escala presenta unos índices de fiabilidad adecuados con un alfa de Cronbach de 0,88.

Escala de evaluación del Insight (SUMD) (Amador y Strauss, 1990): es una escala que valora la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos. Incluye magnitudes como el conocimiento de la enfermedad, la necesidad de tratamiento médico, el conocimiento de las consecuencias sociales del trastorno mental y el conocimiento y adscripción de indicios específicos. Las puntuaciones para cada dimensión se puntúan en una escala tipo Likert (1 = consciente; 2 = parcialmente consciente; 3 = conciencia intermedia; 4 = parcialmente inconsciente; 5 = inconsciente) donde altas puntuaciones indican pobre conciencia. La escala tiene una fiabilidad adecuada con un coeficiente de correlación  $> 0,70$ . La puntuación del Insight para este estudio fue calculada mediante la suma de los ítems 1, 2 y 3 de esta escala.

### **3.3.2. Evaluación de factores premórbidos**

La evaluación de factores premórbidos (ver documentos en Anexos III y IV) se realizó mediante la administración de las siguientes escalas:

Test de Acentuación de Palabras (TAP) (Del Ser, González-Montalvo, Martínez-Espinosa, Delgado-Villalpalos y Bermejo, 1997): Se trata de una adaptación española de la escala *National Adult Reading Test (NART)* de Nelson (1982). Su validación al castellano tiene la capacidad de determinar el nivel intelectual premórbido de los sujetos. Consiste en la presentación de 30 palabras que resultan infrecuentes escritas en letra mayúscula y sin tildes. Se le pide al sujeto que lea las diferentes palabras de la hoja según se le va indicando y se evalúa lectura de las palabras con la acentuación correcta. El empleo de este tipo de tareas es debido a que la lectura de palabras parece resistente al deterioro cognitivo, manteniéndose intacta hasta incluso fases avanzadas de demencia (O'Carroll, Baikie y Wittick, 1987). La puntuación del test varía entre los 0 y los 30 puntos.

Información: subtest de la Escala de Inteligencia General de Weschler para adultos, WAIS-III (Weschler, 2002). Esta sub-escala está compuesta por 28 ítems que miden los conocimientos o cultura general que la persona ha adquirido a lo largo de su vida. Se relaciona con la memoria y el aprendizaje también debido a que la persona debe ser capaz de evocar información adquirida previamente.

Escala de Ajuste Social Premórbido de Cannon-Spoor (PAS) (Cannon-Spoor, Potkin y Wyatt, 1982): Es una escala que mide el ajuste premórbido de la persona a lo largo de sus diferentes etapas vitales, las cuales son consideradas en intervalos que son: infancia (hasta los 11 años), adolescencia temprana (de 12 a 15 años), adolescencia tardía (de 16 a 18 años) y edad adulta (de los 19 años en adelante). Los aspectos evaluados en cada etapa son diferentes debido a que se adaptan a las situación vital concreta. Algunos aspectos comunes son: la medición de la sociabilidad e introversión,

la relación con los compañeros, el rendimiento y adaptación escolar y, a partir de la adolescencia, de aspectos socio-sexuales. También incluye una escala general que evalúa aspectos como los intereses de la persona y el nivel de energía en las diferentes etapas vitales. Cada sección es puntuada en un rango de 0 a 6 siendo “0” el nivel más alto de funcionamiento. Esta escala tiene una fiabilidad adecuada con un coeficiente de correlación interclase = 0,74.

### **3.3.3. Evaluación neuropsicológica**

La evaluación cognitiva de los pacientes incluidos en el estudio se basó en la administración de las siguientes escalas (ver documento en Anexo IV). Para la evaluación de esta área de la cognición se llevaron a cabo la elaboración de dominios cognitivos compuestos así como una puntuación total de cognición general, como se expone a continuación:

#### **3.3.3.1. Atención**

La medición de la atención fue realizada mediante el subtest de Dígitos Directos del WAIS-III.

Dígitos Directos: subtest de la Escala de Inteligencia General de Weschler para adultos, WAIS-III (Weschler, 2002). Esta escala está dividida en dos partes: orden directo y orden inverso. La parte de orden directo consta de 16 bloques de números que son leídos al sujeto con una velocidad de un segundo por número. Tras ello se le solicita a la persona que repita los números en el mismo orden en el que le han sido administrados. Esta parte de la prueba mide memoria inmediata, atención y concentración, y la capacidad para retener información.

### 3.3.3.2. Memoria de Trabajo

La medición de la atención fue realizada mediante el subtest de Dígitos Inversos del WAIS-III.

Dígitos Inversos: subtest de la Escala de Inteligencia General de Weschler para adultos, WAIS-III (Weschler, 2002). Esta escala está dividida en dos partes: orden directo y orden inverso. La parte de orden inverso consta de 16 bloques de números que son leídos al sujeto con una velocidad de un segundo por número. Tras ello se le solicita a la persona que repita los números en el orden inverso al de la aplicación.

### 3.3.3.3. Aprendizaje y Memoria verbal

La escala Hopkins Verbal Learning Test (HVLTL) fue empleada para la medición del aprendizaje y la memoria verbal. Para ello se utilizaron las puntuaciones de los ensayos 1, 2 y 3, así como del ensayo 4 de memoria a largo plazo. La variable creada presentó una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach: 0,866).

Hopkins Verbal Learning Test (versiones 2 y 4) (Brandt y Benedict, 2001): Este test de aprendizaje y memoria verbal está compuesto por una lista de 12 palabras, relacionadas en tres categorías semánticas, que es leída al paciente en tres ocasiones. Tras cada uno de los tres ensayos de aprendizaje se pide al sujeto que diga todas las palabras de la lista que recuerde sin importar el orden. Además esta prueba también mide el rendimiento en la memoria, mediante el recuerdo tardío (20-25 minutos) de la lista original, así como la capacidad de reconocimiento entre una lista de 24 palabras donde el sujeto debe responder “sí” o “no”. Esta escala tiene una fiabilidad adecuada de

0,74 para el total de la prueba; 0,39 para la retención; 0,66 para el recuerdo diferido y de 0,40 para el índice de discriminación del reconocimiento.

#### **3.3.3.4. Velocidad de Procesamiento**

Para evaluar la velocidad de procesamiento se emplearon las escalas de Stroop-Color, Trail Making Test A y el subtest de Clave de Números del WAIS-III ( $\alpha$  de Cronbach: 0,773).

Subtest Stroop-Color (STROOP) (Golden, 2001): este test está formado por tres partes, cada una de las cuales mide funciones diferenciadas. El subtest de palabras mide la velocidad para leer nombres de colores en tinta negra. Se trata de un test de atención visual. Este subtest consiste en 100 palabras (azul, verde, rojo) presentadas en 5 columnas de 20 nombres cada una. El paciente debe leer todas las que le sea posible en los 45 segundos que se le conceden y debe corregir los errores que vaya cometiendo. El subtest de colores mide la velocidad para leer colores, que son presentados de manera aleatoria en grupos de XXX pintadas de diferentes colores (azul, verde, rojo). Este subtest mide la velocidad de procesamiento de la información. Consiste en 100 grupos de XXX presentados en 5 columnas de 20 bloques cada una. El paciente debe leer todas las que le sea posible en los 45 segundos que se le conceden y debe corregir los errores que vaya cometiendo.

Trail Making Test (TMT), actualmente incluida en la batería de Evaluación Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1985), aunque es originaria del año 1938. Este test consiste en dos partes diferenciadas. La parte A, en la que tras un ejemplo de su ejecución, se presentan números del 1 al 25 distribuidos en un folio DIN

A4. La tarea consiste en unir todos los números de manera ascendente en el menor tiempo posible (ya que se trata de una prueba cronometrada) y sin levantar el bolígrafo del papel en ningún instante. Esta parte A mide barrido visual, y velocidad de procesamiento. En la segunda parte del test, la B, se presentan tanto números (del 1 al 13) como letras (de la A a la L), distribuidos en un folio DIN A4. Tras un ejemplo previo se pide al paciente que una los números y las letras de manera ascendente y alfabéticamente siguiendo la secuencia: 1-A-2-B-3-C-4 hasta el final en el menor tiempo posible (ya que se trata de una prueba cronometrada) y sin levantar el bolígrafo del papel en ningún instante. La parte B del TMT ha sido considerada por muchos autores una medida adicional de atención dividida y funciones ejecutivas (Lezak, 2004). La escala TMT aporta información acerca de la capacidad de exploración, búsqueda visual, velocidad de procesamiento, funcionamiento ejecutivo y flexibilidad mental (Tombaugh, 2004).

Clave de Números: subtest de la Escala de Inteligencia General de Weschler para adultos, WAIS-III (Weschler, 2002). Para esta prueba el sujeto debe copiar una serie de símbolos que aparecen emparejados cada uno con un número del 1 al 9. Para completarlo la persona tiene delante durante toda la prueba los símbolos con sus símbolos correspondientes. El sujeto dispone de un periodo de 2 minutos de tiempo. Esta sub-escala mide principalmente la velocidad de procesamiento, pero también la percepción visual, la precisión perceptiva y la coordinación motora.

### 3.3.3.5. Funciones Ejecutivas

El rendimiento en esta área se estableció mediante la administración del subtest Palabras-Colores del Stroop y la puntuación de Interferencia de esta misma escala. Ambas mostraron una adecuada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach: 0,779).

Subtest Palabras-Colores (STROOP) (Golden, 2001): este test está formado por tres partes, cada una de las cuales mide funciones diferenciadas. El subtest de Palabras-Colores, que se trata del último ensayo de la prueba, mide la velocidad para nombrar el nombre de la tinta con la que están escritas las palabras y las cuales denominan colores también pero que no se corresponden con su formato. Se le conceden de nuevo 45 segundos para su ejecución y, como en los anteriores, se registra el número de palabras leídas correctamente. Este último subtest del Stroop mide funciones ejecutivas y la capacidad de inhibición de la respuesta dominante. Finalmente, el test permite el cálculo de un índice de interferencia que es una estimación de la capacidad de la persona para no dejarse influir por la estimulación de procesos cognitivos no relevantes para el objetivo en el que está centrando su atención. Se denomina también como el tiempo de reacción ante una tarea en la que el procesamiento automático del significado semántico de la palabra se ve interferido por el control visual consciente.

### 3.3.3.6. Fluidez Verbal

La evaluación y medición de la fluidez verbal se realizó mediante el subtest de evocación del Test Barcelona. Se elaboró una medida conjunta de las dos partes incluidas, mostrando éstas una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach: 0,796).

Evocación Categorical en Asociaciones (Semántica y Fonológica): subtest del Test de Barcelona revisado (Peña-Casanova, 1991). En esta prueba el paciente debe nombrar en primer lugar, en un minuto de tiempo todos los animales que recuerde sin repetir ninguno. Esta sub-escala evalúa fluidez verbal semántica. En la segunda parte, de fluidez fonológica, el paciente debe decir palabras que empiecen por la letra P, el sujeto dispone de 3 minutos para decir todas las palabras que se le ocurran que comiencen con la letra P, no resultando válidos los nombres propios ni las palabras con una misma raíz léxica.

### **3.3.3.7. Cognición General Total**

Fue creada una medida de evaluación de la Cognición General Total con los compuestos conformados con anterioridad. La integración de estos compuestos para la elaboración de la medida total de la cognición general mostró una adecuada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach: 0,898).

### **3.3.4. Evaluación de la cognición social**

La evaluación del parámetro de la cognición social (ver documento en Anexo III) se realizó a través de las siguientes escalas:

Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia (GEOPTE) (Sanjuán y cols., 2003): que mide la cognición social general en pacientes con esquizofrenia. Esta prueba puede recoger información de dos fuentes diferentes de información del paciente, la percepción subjetiva del propio paciente y la evaluación de un informante externo, permitiendo calcular un índice de discrepancia entre la percepción de ambos. Se trata de 15 ítems autoadministrados que se puntúan en una

escala tipo Likert (1= no; 2= un poco; 3= regular; 4= bastante; 5= mucho), donde mayores puntuaciones indican una menor percepción subjetiva de los deterioros. La escala presenta una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0,84 para pacientes y con un alfa de Cronbach = 0,87 para informantes.

Historias Extrañas de Happé (Pousa, 2002): que evalúan la capacidad de comprensión de las intenciones que deben deducirse del lenguaje cuando éste no es empleado de manera literal, es decir, aspectos de ToM. Esta prueba está compuesta por 16 historias, 8 de las cuales se refieren a historias que tienen que ver con estados mentales de teoría de la mente y 8 que tienen que ver con acontecimientos físicos que son las historias control. Para este estudio se han seleccionado únicamente cuatro de las historias referidas a los estados mentales (la historia 2, 3, 5 y 8). Cada una de las historias puede ser puntuada con 0, 1 ó 2 puntos, siendo posible para nuestro estudio una puntuación máxima de 8. También se tiene en cuenta el tiempo que el sujeto tarda en leer la historia, es decir, el tiempo que transcurre entre la presentación de la historia hasta que pasa la página. Esta escala se emplea para la evaluación de procesos relacionados con la teoría de la mente.

MSCEIT (Mayer, Salovey y Caruso, 2002): Esta escala mide cómo las personas ejecutan tareas y resuelven problemas de carácter emocional, así como la capacidad de percepción de las emociones. La globalidad de la escala mide inteligencia emocional. La prueba está dividida en 8 sub-escalas que miden 4 ramas de la inteligencia emocional. Para este estudio se han seleccionado 4 sub-escalas a modo de representación de dos de las ramas de la inteligencia emocional. La primera de las ramas es la de Percepción Emocional (Rama 1), referida a la inteligencia emocional

experiencial, está compuesta por las sub-pruebas de caras (sección A) y dibujos (sección E), mide la capacidad de percibir las emociones en uno mismo y en los demás, así como en los objetos u otros estímulos. La segunda rama seleccionada es la de Manejo Emocional (Rama 4), referida a la inteligencia emocional estratégica, que está compuesta por las sub-escalas de manejo emocional (sección D) y relaciones emocionales (sección H), mide la capacidad de abrirse a los sentimientos y modularlos en uno mismo y en los demás. La versión española de esta prueba muestra unos buenos índices de fiabilidad total de un 0,95 y una fiabilidad en las áreas de 0,93 en la Experiencial y de 0,90 en la Estratégica. Los valores de fiabilidad de las ramas oscilan entre 0,76 para la Facilitación Emocional y 0,93 para la Percepción Emocional.

Situational Feature Recognition Test (SFRT) (Corrigan, Buican y Toomey, 1996c; Corrigan, Garman y Nelson, 1996a): Evalúa aspectos de la percepción social. Esta escala está formada por nueve situaciones relacionadas con diferentes situaciones sociales. Para cada una de estas situaciones se dan una serie de 12 acciones y 12 objetivos que el paciente debe valorar si están relacionados o son relevantes para cada situación concreta. Así mismo, al final de cada una de las acciones se le pide al paciente que puntúe el nivel de familiaridad que tiene con respecto a la situación, en una escala tipo Likert del 1 (absolutamente familiar) al 7 (absolutamente no familiar). La versión empleada para este estudio se trata de una reducción (de 14 acciones y 14 objetivos a 12 de cada uno de ellos), así como traducción y adaptación cultural de la versión original. Esto es debido a que no existe una validación del test al castellano. El uso de la escala con pacientes con esquizofrenia ha hecho pensar en la necesidad de reducción de las opciones de la escala para cada una de las situaciones.

Cuestionario de Estilo Atribucional (Sanjuán y Magallanes, 2005, 2006): Evalúa el estilo atribucional de pacientes con esquizofrenia. Se ha empleado la adaptación española de la escala *Attributional Style Questionnaire (ASQ)* de Peterson y cols. (1982). Esta prueba consta de 12 escenas, divididas como positivas y negativas, en las cuales se muestran situaciones de relaciones interpersonales. Tras ellas se realizan una serie de preguntas relacionadas con el nivel de atribución que hace pudiendo ser: interna-externa, estable-inestable, global-específica y controlable-incontrolable. Se elaboraron para este estudio algunas variables nuevas, denominadas positivas o negativas, de cada una de las variables de la atribución empleadas, como son: el estilo atribucional interno, externo, global y de control. También se calcularon para nuestro estudio dos variables relacionadas con todos los aspectos de composición positiva por un lado (EA-comp. positivo), y todos los aspectos de composición negativa (EA-comp. negativa), por otro. La escala presenta una adecuada fiabilidad con un alfa de Cronbach = 0,75 para los eventos positivos y de 0,72 para los eventos negativos. Para este estudio fueron empleadas las puntuaciones de Self-serving Bias (SSB) y de controlabilidad. El SSB se trata de una puntuación que indica el rango de internalidad. Se calcula mediante la sustracción de la media de internalidad para los eventos negativos de los eventos internos positivos (Kaney y Bentall, 1989). Una puntuación negativa indica una tendencia a internalizar los eventos positivos y a externalizar los negativos.

### **3.3.5. Evaluación de la funcionalidad y otras variables relevantes**

La evaluación de la funcionalidad (ver documentos en Anexos III y IV) fue realizada mediante la administración de las siguientes escalas:

Escala de la Impresión Clínica Global (CGI-G) (Guy, 1976): es una escala que evalúa la severidad y la mejoría del paciente mediante el criterio subjetivo del propio psiquiatra a través de una escala tipo Likert de 1 a 7. Las puntuaciones de 1 reflejan la situación de normalidad mientras que las puntuaciones 7 reflejan una mayor gravedad. La escala tiene un coeficiente de correlación interclase  $> 0,70$ .

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG-GAF) (Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen, 1976): es una escala que se utiliza para la valoración de los estados psíquicos y el funcionamiento social, es decir, valora el nivel de dependencia de las personas con trastorno mental, sobre un continuo que va desde la psiquis saludable (puntuado como 100) hasta la enfermedad severamente extrema (puntuado como 0). La escala tiene como fiabilidad una correlación intra-clase = 0,86.

Evaluación de las Habilidades Basadas en la Ejecución de la UCSD (UPSA) (García-Portilla y cols., 2013). Se trata de una adaptación española de la escala UPSA de Patterson y cols. (2001). Esta escala evalúa el desempeño en el funcionamiento diario de adultos que padecen un trastorno mental grave. Se solicita a los pacientes que representen una serie de situaciones complejas como son: habilidades para gestiones financieras, habilidades sociales y de comunicación, tareas de comprensión y planificación de tareas, y de movilidad y transporte. Las puntuaciones pueden obtenerse de manera particular para cada área, así como mediante la suma de las mismas se obtiene la puntuación total que va de 0 a 100, representando la mayor puntuación una mayor capacidad funcional de la persona. Las propiedades psicométricas de la versión española, en términos de consistencia interna, validez convergente y discriminante, han

demostrado ser óptimas en relación con pacientes que presentan un trastorno esquizofrénico.

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Ware y Sherbourne, 1992). Es un instrumento empleado para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, basado en un modelo bidimensional que abarca la salud física y la mental. Los ítems se puntúan mediante escalas tipo Likert de rango variable. Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 100, siendo a mayor puntuación, mayor bienestar y percepción de salud. Para este estudio, únicamente se han empleado algunos de los ítems que componen la escala, como son el 1, 2, 5, 6, 9, 10 y 11, debido a que son los que tienen relación con el estado de salud general y mental. Además estos ítems se encuentran agrupados en bloques diferenciados como son: rol social, salud mental, salud emocional, vitalidad y percepción general de salud. Los ítems referidos al nivel de funcionamiento físico no han sido administrados por no resultar relevantes para el estudio presente.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965, 1979; Echeburua, 1995). Se trata de una de las escalas más empleadas para la medición global de la autoestima. Consta de 10 ítems que se cuestionan sentimientos de aceptación y respeto por uno mismo; la mitad de ellos están enunciados de forma positiva y la otra mitad de manera negativa por lo que las puntuaciones a los ítems 2, 5, 6, 8 y 9 se encuentran invertidas. Las diferentes afirmaciones de la escala se puntúan en base a una escala tipo Likert desde 0 (muy de acuerdo), 1 (de acuerdo), 2 (en desacuerdo) a 3 (muy en desacuerdo); viéndose invertido para los ítems enunciados negativamente. La puntuación total por lo tanto oscila entre los 0 y los 30 puntos. Esta escala se encuentra traducida y validada al

castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,77 y 0,88. La fiabilidad es de 0,80.

Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, 1996): Es una escala compuesta por 5 ítems que mide satisfacción con la vida en general. Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert que va de 1 (completamente en desacuerdo) a 7 (completamente de acuerdo). El coeficiente de fiabilidad para esta escala es de un alfa de Cronbach de 0,76.

### **3.4. Análisis estadísticos**

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 20. Las puntuaciones directas de las escalas neuropsicológicas fueron transformadas en puntuaciones Z para crear las áreas cognitivas compuestas de memoria verbal, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas, fluidez verbal y la cognición general total. A su vez, escalas cuyas puntuaciones altas indicaban peor rendimiento, como es el Trail Making Test, fueron invertidas de modo que todas las puntuaciones altas reflejasen mejor rendimiento. Todas las escalas mostraron una distribución normalizada, lo cual fue analizado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para analizar las posibles diferencias en variables sociodemográficas y clínicas entre el grupo experimental y el grupo control fue empleada la prueba ANOVA. El estadístico Chi-Cuadrado se utilizó para analizar las diferencias de género, estado civil, ocupación y diagnóstico DSM-IV-TR.

Las relaciones entre las diferentes variables incluidas en el estudio fueron analizadas mediante análisis de correlaciones lineales bivariadas. También se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple con el fin de examinar la influencia que mostraron algunas de las variables incluidas en el estudio sobre las relaciones encontradas. Por último, se realizaron análisis de mediación para ver la influencia de la cognición social en la relación entre la cognición general y el resultado funcional.

En último lugar, se utilizó el estadístico MANOVA de medidas repetidas, con el objetivo de ver la eficacia del programa de rehabilitación empleado. Las variables de la cognición social, cognición general, sintomatología y funcionalidad fueron consideradas dependientes. Se analizaron los efectos principales de éstas en relación al Grupo (experimental vs control), el Tiempo (pre vs post) y el efecto de la interacción GrupoXTiempo. Todos los análisis realizados fueron bilaterales y el valor de significación fue establecido en 0,05.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. Variables Sociodemográficas y Clínicas del conjunto de la muestra**

El conjunto de la muestra está compuesto por 101 participantes jóvenes con una media de 39,66 años, en su mayoría hombres solteros y en situación de laboral de incapacidad transitoria o total (40,6%). El nivel educativo medio de los participantes fue de 10,02 años de educación, mostrando predominancia la formación en estudios primarios completos (39,6%).

Como suele ser común en esta patología, la muestra se conformó por más hombres (72,3 %) que mujeres (27,7%). La edad media de aparición de enfermedad para el conjunto de la muestra fue de 23,21 años. El estado civil predominante fue soltero (90,1 %) y conviviendo en casa de su familia de origen (61,4%).

Se analizaron las posibles diferencias sociodemográficas y clínicas basales entre el grupo experimental y el grupo control. Las características de ambos grupos se exponen en la Tabla 10.

Ambos grupos mostraron valores equivalentes en cuanto a la edad, nivel educativo, distribución de género, estado civil, ocupación y grado de reserva cognitiva previa (medida mediante el Test de Acentuación de Palabras (TAP) y la subescala de Información del WAIS) y el ajuste premórbido (Cannon-Spoor).

Tabla 10. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes del grupo experimental (REHACOP) y control.

	Grupo REHACOP (n = 52)		Grupo Control (n = 49)		Diferencias entre grupos	p
	Media	Dt	Media	Dt		
Edad (años cumplidos)	39,87 (9,47)		39,45 (10,14)		F = 0,05	0,831
Género, n (%)						
Hombres	36 (69,2%)		37 (75,5%)		X <sup>2</sup> = 0,50	0,481
Mujeres	16 (30,8%)		12 (24,5%)			
Años de educación	10,17 (3,29)		9,86 (3,03)		F = 0,25	0,618
Estado civil, n (%)						
Soltero	46 (88,5%)		45 (91,8%)		X <sup>2</sup> = 0,40	0,819
Casado	2 (3,8%)		1 (2%)			
Separado / Divorciado	4 (7,7%)		3 (6,1%)			
Ocupación, n (%)						
Ama de casa/Nunca profesión	4 (7,7%)		9 (18,4%)		X <sup>2</sup> = 11,89	0,104
Trabajador activo	0 (0%)		3 (6,1%)			
Paro con/sin subsidio	6 (11,5%)		5 (10,2%)			
Incapacidad transitoria/total	24 (46,2)		20 (40,8%)			
Pensionista jubilado	10 (19,2%)		8 (16,3%)			
Otros	8 (15,4%)		4 (8,2%)			
Edad de inicio de enfermedad	24,13 (7,1)		22,29 (6,11)		F = 1,92	0,169
Nº de hospitalizaciones previas	8,1 (7,47)		7,08 (8,72)		F = 0,39	0,532
Test de Acentuación de Palabras (TAP)	20,85 (4,86)		18,98 (4,87)		F = 3,71	0,057
Información del WAIS	15,1 (5,02)		14,14 (6,1)		F = 0,73	0,394
Escala de Ajuste Premórbido (Cannon-Spoor)	69,57 (28,71)		80,96 (36,58)		F = 2,94	0,088
Dosis de medicación antipsicótica (clorpromazina convertido a mg/día)	497,65 (227,78)		479,66 (275,77)		F = 0,11	0,745
DSM-IV-TR, n (%)						
Paranoide	32 (61,5%)		32 (65,3%)		X <sup>2</sup> = 6,63	0,250
Desorganizada	4 (7,7%)		8 (16,3%)			
Indiferenciada	5 (9,6%)		6 (12,2%)			
Residual	5 (9,6%)		2 (4,1%)			
Esquizoafectivo	3 (5,8%)		1 (2%)			
Simple	3 (5,8%)		0 (0%)			
Consumo de Tabaco (cigarrillos/día)	17,62 (11,63)		14,25 (11,97)		F = 2,03	0,157

Nota: Dt = Desviación típica; DSM-IV-TR = texto revisado del Manual Estadístico y Diagnóstico de Enfermedades Mentales, 4<sup>o</sup> edición; n = número de sujetos; F = análisis de la varianza; p = grados de libertad; x<sup>2</sup> = análisis de la Chi-cuadrado; mg = miligramos.

Respecto a las características clínicas de ambos grupos tampoco se encontraron diferencias significativas respecto al diagnóstico, la edad de inicio de enfermedad, el número de hospitalizaciones previas, la dosis de antipsicóticos administrada (medida como miligramos de clorpromazina al día) y el nivel de consumo de tabaco diario.

Esta ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos, experimental y control, confirmó el éxito del sistema de aleatorización empleado.

## 4.2. Correlaciones entre Cognición Social y Cognición General respecto a los síntomas clínicos y la capacidad funcional

### 4.2.1. Relaciones entre el rendimiento en Cognición Social y en Cognición

#### General

Se realizaron pruebas de correlación para determinar de qué manera se asociaban las variables de la Cognición Social con las variables de la Cognición General analizadas (ver Tabla 11).

Tabla 11. Correlaciones entre la Cognición Social y la Cognición General.

	Atención	MT	Memoria	VP	FFEE	FV	Total
MSCEIT A	0,09	<b>0,21*</b>	<b>0,25*</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,27**</b>	<b>0,20*</b>	<b>0,30**</b>
MSCEIT E	0,13	0,12	<b>0,22*</b>	<b>0,27**</b>	<b>0,26**</b>	0,10	<b>0,25*</b>
MSCEIT D	0,14	0,18	0,07	0,13	0,12	0,08	0,16
MSCEIT H	0,07	<b>0,20*</b>	0,18	0,18	0,12	0,11	0,19
SFRT acciones	<b>0,34**</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,46**</b>	<b>0,41**</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,55**</b>
SFRT objetivos	<b>0,31**</b>	<b>0,42**</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,45**</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,54**</b>
ToM Happé	<b>0,24*</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,58**</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,33**</b>	<b>0,52**</b>
Self-serving Bias	<b>0,27**</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,24*</b>	0,18	0,05	0,16	<b>0,28**</b>
Controlabilidad	0,06	-0,02	0,10	-0,06	0,06	0,03	0,04

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; SFRT = Situational Feature Recognition Test; ToM = Teoría de la Mente; MT = Memoria de trabajo; VP = Velocidad de procesamiento; FFEE = Funciones ejecutivas; FV = Fluidez verbal.

El hallazgo principal de estos resultados fueron las relaciones altamente significativas encontradas entre las variables de la Cognición Social que evalúan la Percepción Social y la Teoría de la Mente con todas las variables de la Cognición General incluidas en el estudio. En general, los resultados en este estudio indican que a mayor Cognición Social mayor será la capacidad en aspectos de la Cognición General, o viceversa.

Algunas variables de la Cognición Social, por su parte, no presentaron relación con ninguna de las variables de la Cognición General estudiadas. Este es el caso del MSCEIT D y de la variable de controlabilidad evaluada mediante la escala “ASQ”.

#### 4.2.2. Relaciones entre el rendimiento en Cognición Social y General y síntomas clínicos

Como puede observarse en la Tabla 12 se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de la Cognición Social y la Cognición General y los síntomas clínicos, como los síntomas negativos y la desorganización.

Las puntuaciones del MSCEIT A y H, de evaluación de la Percepción Emocional, y las de Percepción Social y Teoría de la Mente mostraron correlaciones significativas con a la sintomatología negativa. En relación con la desorganización, todas las variables de la Cognición Social evaluadas mostraron correlaciones significativas a excepción de las relacionadas con el Estilo Atribucional.

Tabla 12. Correlaciones entre la Cognición Social y General y características clínicas

	SP	SN	Desorg	Excitac	Distrés	Insight
MSCEIT A	0,01	<b>-0,30**</b>	<b>-0,29**</b>	-0,04	0,13	-0,03
MSCEIT E	-0,13	-0,19	<b>-0,24*</b>	-0,14	0,06	-0,17
MSCEIT D	0,02	-0,16	<b>-0,21*</b>	-0,07	0,06	-0,08
MSCEIT H	-0,03	<b>-0,20*</b>	<b>-0,21*</b>	-0,11	0,12	-0,06
C.S. SFRT acciones	0,01	<b>-0,26**</b>	<b>-0,31**</b>	0,05	0,15	-0,02
SFRT objetivos	0,01	<b>-0,27**</b>	<b>-0,29**</b>	0,05	0,08	-0,01
ToM Happé	-0,04	<b>-0,26**</b>	<b>-0,34**</b>	0,07	0,08	-0,03
Self-serving Bias	0,05	-0,04	-0,14	-0,01	-0,03	0,05
Controlabilidad	0,04	0,13	0,20	0,11	-0,01	-0,07
Atención	-0,07	-0,06	-0,19	0,00	-0,16	0,07
MT	-0,08	<b>-0,29**</b>	<b>-0,35**</b>	-0,06	-0,15	0,12
Memoria	0,14	<b>-0,26**</b>	<b>-0,28**</b>	<b>0,21*</b>	-0,02	0,09
C.G. VP	-0,03	<b>-0,29**</b>	<b>-0,31**</b>	-0,03	-0,06	-0,05
FFEE	0,08	-0,15	-0,13	0,06	0,06	0,09
FV	-0,00	<b>-0,37**</b>	<b>-0,36**</b>	0,07	-0,08	0,10
Total	0,01	<b>-0,32**</b>	<b>-0,37**</b>	0,06	-0,10	0,10

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; CS = Cognición Social; CG = Cognición General; SFRT = Situational Feature Recognition Test; ToM = Teoría de la Mente; MT = Memoria de trabajo; VP = Velocidad de procesamiento; FFEE = Funciones ejecutivas; FV = Fluidez verbal; SP = Síntomas positivos; SN = Síntomas negativos; Desorg = Desorganización; Excitac = Excitación.

De la misma manera, es posible observar correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de la Cognición General y las mismas características clínicas que se encontraron respecto a la Cognición Social, además de la memoria verbal en relación con el componente de excitación de la PANSS ( $r = 0,21$ ;  $p < 0,05$ ).

#### 4.2.3. Relaciones entre el rendimiento en Cognición Social y General y funcionalidad

Los resultados de correlación indican que la Cognición General y la Cognición Social se relacionan con la funcionalidad (ver Tabla 13). En concreto, la escala de evaluación de las habilidades basadas en el desempeño “UPSA” mostró correlaciones significativas con todas las variables empleadas excepto con la controlabilidad medida con la escala “ASQ”.

Respecto a las demás medidas empleadas para la evaluación de la funcionalidad, escalas heteroaplicadas como la GAF o la DASWHO II presentaron relaciones estadísticamente significativas con algunas variables de la Cognición General y la Cognición Social. En el caso de la escala GAF se obtuvieron correlaciones positivas significativas con variables de la Cognición Social como la Percepción Emocional evaluada con el MSCEIT A y E y la Teoría de la Mente. Las variables de la Cognición General relacionadas significativamente con esta escala de funcionalidad fueron la velocidad de procesamiento y la puntuación total general. En cuanto a la escala DASWHO II sólo presentó una correlación significativa con el MSCEIT E.

Tabla 13. Correlaciones entre la Cognición Social y General y funcionalidad

	UPSA	GAF	SF-36	DAS-WHO II
MSCEIT A	<b>0,33**</b>	<b>0,22*</b>	0,01	-0,21
MSCEIT E	<b>0,31**</b>	<b>0,29**</b>	0,06	<b>-0,42**</b>
MSCEIT D	<b>0,28**</b>	0,17	-0,08	-0,05
MSCEIT H	<b>0,34**</b>	0,10	-0,03	-0,08
C.S. SFRT acciones	<b>0,70**</b>	0,11	0,00	-0,04
SFRT objetivos	<b>0,70**</b>	0,11	0,02	-0,01
ToM Happé	<b>0,59**</b>	<b>0,21*</b>	-0,11	-0,15
Self-serving Bias	<b>0,28**</b>	0,07	0,11	-0,16
Controlabilidad	-0,01	-0,10	<b>0,25*</b>	-0,13
Atención	<b>0,41**</b>	0,09	0,03	0,08
MT	<b>0,49**</b>	0,16	0,03	-0,08
Memoria	<b>0,62**</b>	0,15	<b>0,23*</b>	-0,11
C.G. VP	<b>0,49**</b>	<b>0,24**</b>	0,17	-0,01
FFEE	<b>0,46**</b>	0,14	0,13	-0,10
FV	<b>0,45**</b>	0,16	0,01	-0,11
Total	<b>0,66**</b>	<b>0,21*</b>	0,13	-0,08

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; CS = Cognición Social; CG = Cognición General; SFRT = Situational Feature Recognition Test; ToM = Teoría de la Mente; MT = Memoria de trabajo; VP = Velocidad de procesamiento; FFEE = Funciones ejecutivas; FV = Fluidez verbal; GAF = Escala de Evaluación de la Actividad Global.

Las puntuación de la escala SF-36, de formato autoaplicado, únicamente presentó relaciones estadísticamente significativas con la controlabilidad, evaluada con la escala ASQ, y con la memoria verbal.

### **4.3. Análisis mediacionales para la evaluación de las variables funcionales GAF y UPSA**

Con el objetivo de analizar la hipótesis que afirma que la cognición social media la relación entre la cognición general y la respuesta funcional de pacientes con esquizofrenia se realizaron análisis de regresión y mediacionales.

#### 4.3.1. Regresión y mediación para la variable dependiente Evaluación de la Actividad Global (GAF)

Basándonos en la Tabla 13 de correlaciones se quiso comprobar si las variables de la cognición social que mostraron relación significativa con la funcionalidad, como fueron el MSCEIT A, MSCEIT E y Happé, se trataban de posibles mediadoras de la relación entre la Cognición General total y la capacidad funcional medida con la GAF. En la Tabla 14 se exponen los resultados de los análisis de regresión lineal realizados con el fin de analizar la influencia que mostraron estas únicas posibles mediadoras sobre las relaciones encontradas.

En el primer paso de la Tabla 14 se muestra como la Cognición General total predijo significativamente la funcionalidad evaluada con la escala GAF. En el segundo paso, los principales mediadores de la cognición social identificados en la Tabla 13, como fueron el MSCEIT A, MSCEIT E y la puntuación total de Happé, también fueron precedidos significativamente por la Cognición General total. En el paso 3, se

introdujeron simultáneamente las variables de la Cognición Social identificadas y la Cognición General total como predictoras. En este paso se observó como el coeficiente de regresión no resultó ser significativo por lo que resulta posible afirmar que no existe mediación.

Tabla 14. Análisis de regresión del efecto de variables de la cognición social en la relación entre la cognición general total y la funcionalidad evaluada con la escala GAF.

Variable predictora	B	ET	$\beta$	$p$	Variable criterio
Paso 1					$R^2 = 0,04$ , $F = 4,52^*$ GAF
Cogn. General Total	4,00	1,88	0,21	0,04	
Paso 2a					$R^2 = 0,09$ , $F = 9,54^{**}$ MSCEIT A
Cogn. General Total	6,50	2,10	0,30	0,00	
Paso 2b					$R^2 = 0,06$ , $F = 6,42^*$ MSCEIT E
Cogn. General Total	4,70	1,86	0,25	0,01	
Paso 2c					$R^2 = 0,27$ , $F = 36,29^{***}$ Happé Total
Cogn. General Total	1,55	0,26	0,52	0,00	
Paso 3					$R^2 = 0,11$ , $F = 2,86$ n.s GAF
MSCEIT A	0,04	0,11	0,04	0,73	
MSCEIT E	0,22	0,12	0,21	0,08	
Happé Total	0,37	0,77	0,06	0,63	
Cogn. General Total	2,18	2,17	0,11	0,32	

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; n.s. = no significativa; B = Beta no estandarizada; ET = Error típico;  $\beta$  = Beta tipificada;  $R^2$  = coeficiente de determinación; F = análisis de la varianza; Cogn. = Cognición; GAF = Escala de Evaluación de la Actividad Global.

#### 4.3.2. Regresión y mediación para la variable dependiente de Habilidades

##### Basadas en la Ejecución (UPSA)

En la Tabla 15 se exponen los resultados de los análisis de regresión lineal realizados con el fin de analizar la mediación de algunas de las variables de la Cognición Social sobre las relaciones encontradas entre la Cognición General y la capacidad funcional.

Tabla 15. Análisis de regresión del efecto de variables de la cognición social en la relación entre la cognición general total y la funcionalidad evaluada con la escala UPSA.

Variable predictora	B	ET	$\beta$	$p$	Variable criterio
Paso 1					$R^2 = 0,44$ , $F = 78,11^{***}$ UPSA
Cogn. General Total	6,18	0,70	0,66	0,00	
Paso 2a					$R^2 = 0,09$ , $F = 9,54^{**}$ MSCEIT A
Cogn. General Total	6,50	2,10	0,30	0,00	
Paso 2b					$R^2 = 0,06$ , $F = 6,42^*$ MSCEIT E
Cogn. General Total	4,70	1,86	0,25	0,01	
Paso 2c					$R^2 = 0,31$ , $F = 43,73^{***}$ SFRT acc.
Cogn. General Total	16,53	2,50	0,55	0,00	
Paso 2d					$R^2 = 0,29$ , $F = 39,69^{***}$ SFRT obj.
Cogn. General Total	15,58	2,47	0,54	0,00	
Paso 2e					$R^2 = 0,27$ , $F = 36,29^{***}$ Happé
Cogn. General Total	1,55	0,26	0,52	0,00	Total
Paso 2f					$R^2 = 0,08$ , $F = 7,89^{**}$ SSB
Cogn. General Total	0,49	0,18	0,28	0,01	
Paso 3					$R^2 = 0,65$ , $F = 23,08^{***}$ UPSA
MSCEIT A	-0,03	0,04	-0,06	0,47	
MSCEIT E	0,02	0,04	0,05	0,54	
SFRT acciones	0,05	0,05	0,16	0,28	
SFRT objetivos	0,10	0,05	0,31	0,04	
Happé total	0,55	0,25	0,18	0,03	
SSB	0,34	0,35	0,07	0,33	
Cogn. General Total	2,76	0,74	0,30	0,00	

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; n.s. = no significativa; B = Beta no estandarizada; ET = Error típico;  $\beta$  = Beta tipificada;  $R^2$  = coeficiente de determinación; F = análisis de la varianza; Cogn. = Cognición; UPSA = Escala de Evaluación de las Habilidades basadas en el Desempeño; SFRT acc. = Situational Feature Recognition Test, acciones; SFRT obj. = Situational Feature Recognition Test, objetivos; SSB = Self-serving Bias.

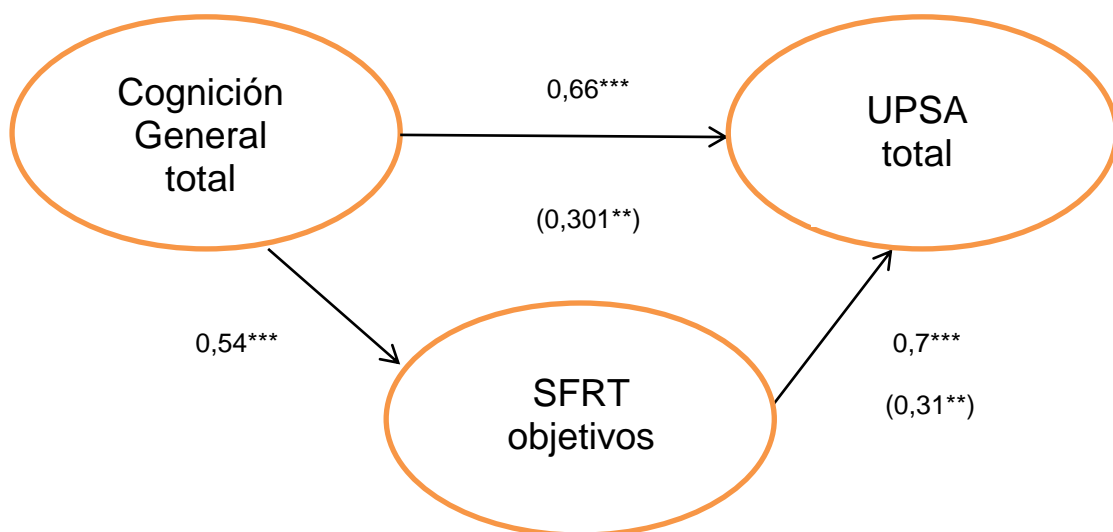
En el primer paso de la Tabla 15 se muestra como la Cognición General total predijo significativamente funcionalidad evaluada con la escala UPSA. En el segundo paso, la Cognición General total se asoció significativamente con los posibles mediadores de la Cognición Social relacionados e identificados en la Tabla 13: MSCEIT A, MSCEIT E, SFRT acciones, SFRT objetivos, Happé total y Self-serving Bias (ASQ). En el paso 3 fueron introducidas de manera simultánea las variables de la

Cognición Social previamente mencionadas y la variable de Cognición General total como predictoras de la funcionalidad medida con la escala UPSA.

Los resultados mostraron que las variables de SFRT objetivos y Happé total seguían manteniendo significación por lo que fueron realizados los análisis de mediación para estas variables debido a que fue posible afirmar la existencia de una mediación parcial. Además, la Cognición General total siguió siendo significativa pero su beta se redujo de 0,66 a 0,30.

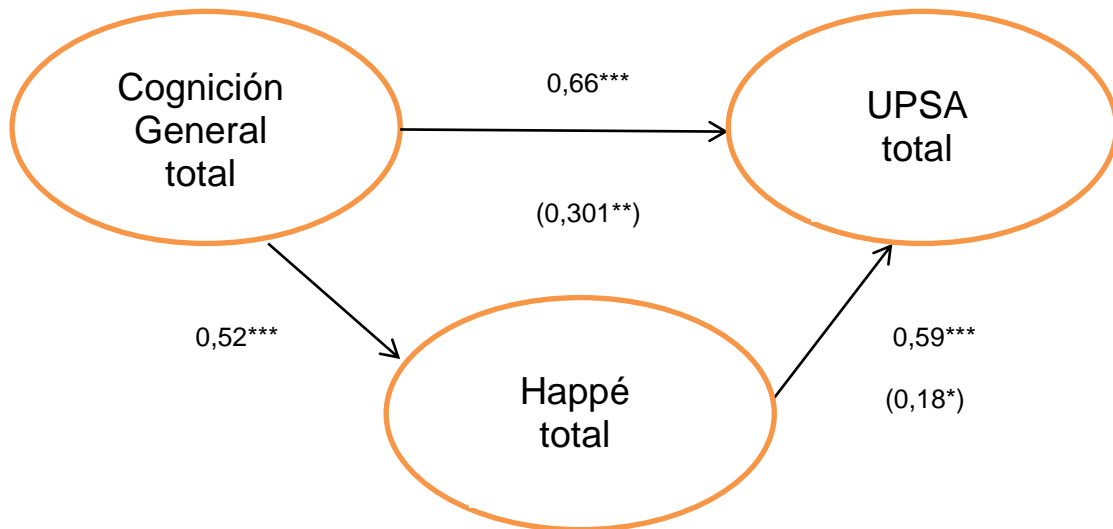
Para comprobar si la mediación era significativa se realizó el test de Sobel (Sobel, 1982) para aclarar el significado de la mediación. En la Figura 6 se expone el gráfico de la mediación para la variable SFRT objetivos, de evaluación de la Percepción Social. El resultado de esta prueba resultó significativo ( $Z = 2,02$ ;  $p < 0,05$ ).

Figura 6. Mediación de la Percepción Social (SFRT objetivos) en la relación entre la Cognición General total y la funcionalidad (UPSA).



El mismo procedimiento fue realizado para la variable mediadora Happé total, de evaluación de la Teoría de la Mente. El análisis del test de Sobel fue significativo ( $Z = 2,07$ ;  $p < 0,05$ ).

Figura 7. Mediación de la Teoría de la Mente (Happé total) en la relación entre la Cognición General total y la funcionalidad (UPSA).



#### 4.4. Eficacia del REHACOP en el rendimiento en Cognición Social

Con el objetivo de analizar la eficacia del programa de tratamiento empleado en el estudio sobre la cognición social, se realizó un análisis de MANOVA de medidas repetidas. En la Tabla 16 se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los dominios estudiados de la Cognición Social.

Los análisis del efecto intra-grupo para las variables de Cognición Social muestran diferencias significativas a lo largo del tiempo en la evaluación de la Teoría de la Mente (Happé). El análisis del efecto de la interacción Grupo X Tiempo fue significativo. en

Tabla 16. MANOVA de medidas repetidas comparando el rendimiento en Cognición Social entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento.

Dominio			M (dt)		C. Basal		Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
			REHACOP	Control	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>
PE	MSCEIT A	Pre	96,50 (14,79)	96,73 (15,33)	0,04	0,836	1,24	0,269	3,57	0,062	<b>6,67</b>	<b>0,011</b>
		Post	102,42 (15,76)	95,82 (16,81)								
	MSCEIT E	Pre	96,31 (12,81)	93,14 (13,51)	1,22	0,272	1,73	0,192	2,08	0,152	0,00	0,969
		Post	98,29 (15,65)	95,02 (13,70)								
	MSCEIT D	Pre	93,45 (13,01)	92,53 (13,16)	0,07	0,794	0,56	0,456	1,08	0,301	0,48	0,491
		Post	93,02 (12,38)	90,39 (14,88)								
MSCEIT H	Pre	88,72 (10,65)	88,96 (10,14)	0,03	0,863	1,48	0,227	0,04	0,837	<b>5,31</b>	<b>0,023</b>	
	Post	90,92 (11,08)	86,33 (9,32)									
PS	Acciones	Pre	69,55 (15,14)	68,04 (16,85)	1,45	0,226	2,77	0,099	0,03	0,855	<b>8,47</b>	<b>0,004</b>
		Post	73,35 (13,59)	63,73 (24,64)								
	Objetivos	Pre	67,59 (15,43)	66,65 (18,63)	0,89	0,347	1,49	0,226	1,50	0,224	<b>5,05</b>	<b>0,027</b>
		Post	69,04 (14,60)	61,70 (23,43)								
ToM	Happé	Pre	3,40 (2,10)	3,45 (2,05)	0,01	0,913	2,83	0,096	<b>20,90</b>	<b>0,000</b>	<b>14,19</b>	<b>0,000</b>
		Post	4,88 (1,79)	3,59 (2,30)								
EA	SSB	Pre	0,95 (1,32)	0,54 (1,12)	2,24	0,138	1,93	0,168	0,43	0,513	0,80	0,374
		Post	0,91 (1,32)	0,80 (1,13)								
	Control	Pre	8,88 (2,27)	8,04 (2,45)	2,52	0,116	3,43	0,067	0,16	0,691	0,16	0,689
		Post	8,88 (1,93)	8,22 (2,31)								

Nota: M = media; Dt = desviación típica; C. Basal = Comparación basal entre grupos; F = análisis de la varianza; *p* = grados de libertad; PE = Percepción emocional; PS = Percepción social; ToM = Teoría de la Mente; EA = Estilo atribucional; SSB = Self-serving Bias.

MSCEIT A y H, SFRT acciones correctas, SFRT objetivos correctos y Happé total. Estos resultados de interacción indican que el grupo REHACOP mejoró en Percepción Emocional, Percepción Social y Teoría de la Mente en comparación con el grupo control.

#### **4.5. Eficacia del REHACOP en el rendimiento en Cognición General**

En la Tabla 17 se recogen los datos obtenidos, tras analizar la eficacia del programa de rehabilitación empleado, respecto a los dominios de la Cognición General incluidos.

Tanto los análisis del efecto inter-grupo como los intra-grupo no presentaron diferencias significativas en ninguno de los dominios estudiados. No obstante, el análisis del efecto de la interacción Grupo X Tiempo sí mostró diferencias significativas entre el grupo REHACOP y el grupo control en varios de los dominios cognitivos explorados. Específicamente, los datos revelan mejora significativa en atención ( $F = 3,97$ ;  $p < 0,05$ ), aprendizaje y memoria verbal ( $F = 6,75$ ;  $p < 0,05$ ) y en cognición general total ( $F = 8,11$ ;  $p < 0,05$ ) entre ambos grupos. La velocidad de procesamiento por su parte ( $F = 3,64$ ;  $p = 0,059$ ) sólo presentó una tendencia a la significación. En los cuatro dominios mencionados, la ejecución del grupo REHACOP mejoró en comparación con el grupo control.

Tabla 17. MANOVA de medidas repetidas comparando el rendimiento en Cognición General entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento.

Dominio		M (dt)		C. Basal		Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
		REHACOP	Control	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>
Atención	Pre	-0,06 (0,86)	0,07 (1,14)	0,41	0,522	0,02	0,877	0,00	0,953	<b>3,97</b>	<b>0,049</b>
	Post	0,09 (0,99)	-0,10 (1,01)								
Memoria de Trabajo	Pre	0,01 (1,07)	-0,01 (0,93)	0,01	0,929	0,19	0,665	0,00	0,981	0,68	0,411
	Post	0,07 (0,99)	-0,07 (1,01)								
Memoria Verbal	Pre	0,01 (1,01)	-0,01 (0,99)	0,02	0,900	1,73	0,192	0,01	0,939	<b>6,75</b>	<b>0,011</b>
	Post	0,22 (0,98)	-0,23 (0,97)								
VP	Pre	-0,04 (0,80)	0,04 (0,86)	0,20	0,653	0,00	0,950	0,00	0,955	3,64	0,059
	Post	0,03 (0,77)	-0,03 (0,93)								
FFEE	Pre	-0,07 (0,94)	0,07 (0,87)	0,61	0,438	0,08	0,782	0,00	0,962	2,57	0,112
	Post	0,02 (0,92)	-0,02 (0,92)								
Fluidez Verbal	Pre	0,10 (0,92)	-0,16 (0,93)	1,08	0,302	2,00	0,161	0,00	0,984	0,05	0,829
	Post	0,09 (0,86)	-0,15 (0,95)								
Cognición General	Pre	0,00 (0,71)	0,00 (0,72)	0,02	0,892	0,40	0,530	0,00	0,962	<b>8,11</b>	<b>0,005</b>
	Post	0,09 (0,70)	-0,09 (0,72)								

Nota: M = media; Dt = desviación típica; C. Basal = Comparación basal entre grupos; F = análisis de la varianza; *p* = grados de libertad; VP = Velocidad de procesamiento; FFEE = Funciones ejecutivas.

Tabla 18. MANOVA de medidas repetidas comparando el nivel de sintomatología clínica entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento.

Dominio			M (dt)		C. Basal		Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
			REHACOP	Control	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>
Sint.	SP	Pre	13,69 (6,34)	13,92 (6,57)	0,03	0,861	0,04	0,835	<b>70,98</b>	<b>0,000</b>	0,00	0,990
		Post	10,19 (4,79)	10,41 (4,96)								
	SN	Pre	21,15 (9,14)	22,16 (9,25)	0,30	0,583	1,48	0,227	<b>54,58</b>	<b>0,000</b>	2,67	0,105
		Post	16,19 (6,72)	19,00 (8,13)								
	Desorg.	Pre	12,58 (5,20)	13,16 (4,95)	0,34	0,563	1,48	0,226	<b>39,80</b>	<b>0,000</b>	1,31	0,255
		Post	9,81 (3,87)	11,24 (4,13)								
	Excitac.	Pre	9,04 (4,74)	8,37 (4,22)	0,56	0,455	0,43	0,515	<b>26,34</b>	<b>0,000</b>	0,43	0,514
		Post	7,19 (3,35)	6,94 (3,01)								
	Distrés	Pre	10,23 (3,65)	9,63 (3,34)	0,74	0,393	0,49	0,484	<b>35,54</b>	<b>0,000</b>	<b>11,89</b>	<b>0,001</b>
		Post	7,48 (2,76)	8,90 (3,29)								
	PANSS Total	Pre	79,27 (21,37)	82,88 (24,27)	0,63	0,429	1,38	0,243	<b>82,88</b>	<b>0,000</b>	0,28	0,597
		Post	63,79 (18,00)	69,10 (18,68)								
Gravedad	CGI	Pre	4,65 (1,01)	4,84 (1,21)	0,68	0,411	1,03	0,313	<b>33,03</b>	<b>0,000</b>	0,01	0,925
		Post	4,00 (1,14)	4,20 (1,08)								
Insight	SUMD	Pre	8,65 (3,94)	9,65 (3,75)	1,70	0,195	1,57	0,214	<b>30,46</b>	<b>0,000</b>	0,19	0,661
		Post	7,19 (3,71)	7,94 (3,76)								

Nota: M = media; Dt = desviación típica; F = análisis de la varianza; *p* = grados de libertad; C. Basal = Comparación basal entre grupos; Sint. = Sintomatología; SP = Síntomas Positivos; SN = Síntomas Negativos; Desorg. = Desorganización; Excitac. = Excitación; Distrés = Distrés Emocional; PANSS = Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia; CGI = Escala de Evaluación de la Gravedad de la Enfermedad; SUMD = Escala de Evaluación del Insight.

#### **4.6. Eficacia del REHACOP en la sintomatología clínica**

Como se observa en la Tabla 18, el nivel de severidad de la sintomatología clínica en ambos grupos no difirió en su evaluación basal. Los datos revelan que en ambos grupos todas las variables de sintomatología evaluadas se redujeron significativamente en la evaluación posterior. Respecto a la interacción Grupo X Tiempo se puede apreciar como el estrés emocional ( $F = 11,89$ ;  $p < 0,001$ ) se trató de la única variable en la que la mejoría fue significativamente mayor para los participantes en el grupo REHACOP en comparación con el grupo control. Los cambios en el tiempo de las demás variables de sintomatología clínica evaluadas para este estudio no parecieron por tanto estar influidos por ninguno de los tratamientos empleados.

#### **4.7. Eficacia del REHACOP en la funcionalidad**

Los análisis de eficacia del programa sobre la capacidad funcional se elaboraron teniendo en cuenta el modo de administración de las medidas de evaluación empleadas. Como puede observarse, por un lado, en la Tabla 19 se encuentran recogidos los resultados obtenidos en aspectos de la funcionalidad que fueron recogidos mediante la evaluación heteroaplicada de los pacientes. Por otro lado, en la Tabla 20 se exponen los resultados obtenidos en funcionalidad en las escalas de evaluación autoaplicada.

Los análisis inter-grupo indicaron que los grupos incluidos en el estudio no presentaban diferencias pre-tratamiento en ninguno de los aspectos evaluados. Los análisis del efecto intra-grupo para las variables de funcionalidad heteroaplicadas (Tabla 19) muestran diferencias significativas a lo largo del tiempo en la evaluación de todos los aspectos estudiados, con excepción de las habilidades de comunicación (UPSA).

Tabla 19. MANOVA de medidas repetidas comparando el nivel de funcionalidad y otras medidas relevantes heteroaplicadas entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento.

		M (dt)		C. Basal		Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
		REHACOP	Control	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>
GAF	Pre	42,24 (12,01)	43,29 (14,47)	0,13	0,719						
	Post	55,12 (16,46)	50,65 (13,49)			0,45	0,503	<b>61,74</b>	<b>0,000</b>	<b>4,61</b>	<b>0,034</b>
DAS-WHO II	Pre	27,85 (10,91)	33,38 (12,03)	3,98	0,050						
	Post	23,26 (6,23)	27,19 (8,50)			5,62	0,020	<b>31,40</b>	<b>0,000</b>	0,69	0,408
Finanza	Pre	7,54 (2,08)	7,47 (2,00)	0,03	0,865						
	Post	8,52 (1,82)	7,63 (2,18)			1,75	0,189	<b>10,42</b>	<b>0,002</b>	<b>5,32</b>	<b>0,023</b>
Comun.	Pre	6,50 (2,33)	6,63 (2,46)	0,08	0,781						
	Post	7,13 (2,37)	6,43 (2,72)			0,40	0,528	1,28	0,261	<b>4,85</b>	<b>0,030</b>
UPSA	Pre	10,71 (1,75)	10,94 (2,12)	0,35	0,557						
	Post	11,69 (1,08)	11,02 (1,94)			0,52	0,472	<b>10,19</b>	<b>0,002</b>	<b>7,30</b>	<b>0,008</b>
Transp.	Pre	6,33 (1,72)	5,69 (1,92)	3,05	0,084						
	Post	6,96 (1,74)	6,04 (1,99)			5,59	0,020	<b>9,08</b>	<b>0,003</b>	0,78	0,379
Total	Pre	31,08 (6,25)	30,73 (6,70)	0,07	0,791						
	Post	34,31 (5,58)	31,12 (6,97)			2,15	0,146	<b>19,67</b>	<b>0,000</b>	<b>12,14</b>	<b>0,001</b>

Nota: M = media; Dt = desviación típica; F = análisis de la varianza; *p* = grados de libertad; C. Basal = Comparación basal entre grupos; GAF = Escala de Evaluación de la Actividad Global; DAS-WHO = *Escala* de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud; UPSA = Escala de Evaluación de las Habilidades basadas en el Desempeño; Comun = Comunicación; Planif = Planificación; Transp = Transporte.

Tabla 20. MANOVA de medidas repetidas comparando el nivel de funcionalidad y otras medidas relevantes autoaplicadas entre el grupo Control y el grupo REHACOP en situación basal y después del tratamiento.

			M (dt)		C. Basal		Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
			REHACOP	Control	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>
SF-36	PGS	Pre	15,77 (4,92)	15,80 (4,18)	0,01	0,929						
		Post	16,40 (4,29)	16,07 (4,66)			0,03	0,862	2,42	0,123	0,42	0,518
	Salud emociion	Pre	4,65 (1,25)	4,27 (1,25)	1,93	0,167						
		Post	4,85 (1,32)	4,60 (1,27)			2,21	0,140	3,33	0,071	0,24	0,625
	Rol social	Pre	7,16 (2,16)	6,51 (2,19)	1,58	0,211						
		Post	7,58 (1,87)	7,36 (1,72)			1,56	0,214	<b>9,16</b>	<b>0,003</b>	1,05	0,307
	Vitalidad	Pre	15,52 (4,10)	14,40 (3,85)	2,01	0,160						
		Post	15,44 (3,52)	13,94 (4,67)			3,38	0,069	0,48	0,490	0,25	0,620
	Salud mental	Pre	19,87 (5,38)	18,49 (4,62)	2,23	0,138						
		Post	21,04 (4,45)	19,28 (4,56)			3,39	0,069	<b>4,83</b>	<b>0,030</b>	0,19	0,666
	Total	Pre	63,16 (14,70)	59,20 (12,94)	1,41	0,238						
		Post	65,44 (12,21)	60,53 (13,12)			3,01	0,086	3,56	0,062	0,24	0,622
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	Pre	19,65 (8,13)	18,85 (7,90)	0,25	0,620							
	Post	19,35 (7,24)	19,11 (7,76)			0,13	0,723	0,00	0,962	0,27	0,605	

Nota: M = media; Dt = desviación típica; F = análisis de la varianza; *p* = grados de libertad; C. Basal = Comparación basal entre grupos; PGS = Percepción general de salud; Salud emociion = Salud emocional.

En los aspectos de la funcionalidad evaluados de manera autoaplicada (Tabla 20) también se observaron diferencias significativas en el tiempo en el componente de rol social y salud mental de la escala SF-36.

El análisis del efecto de la interacción Grupo X Tiempo fue significativo para la escala GAF ( $F = 4,61$ ;  $p < 0,05$ ), y para algunos sub-aspectos de la escala UPSA como las habilidades en finanzas ( $F = 5,32$ ;  $p < 0,05$ ), comunicación ( $F = 4,85$ ;  $p < 0,05$ ), planificación ( $F = 7,30$ ;  $p < 0,01$ ), así como su puntuación total ( $F = 12,14$ ;  $p < 0,001$ ).

Estos resultados de interacción indican que el grupo REHACOP mejoró significativamente en comparación con el grupo control en su capacidad de actividad global y en habilidades basadas en el desempeño, siendo más específico respecto al manejo de dinero, comunicación y capacidad de planificación, en comparación con el grupo control.

## **5. DISCUSIÓN**

Uno de los objetivos principales del presente estudio fue describir y clarificar conceptualmente el constructo de la cognición social en el ámbito de la investigación en esquizofrenia incluyendo las diferentes dimensiones que lo componen. También se buscó analizar la relación entre estas dimensiones y las características clínicas, cognitivas y funcionales en una muestra final de 101 pacientes con esquizofrenia caracterizando el perfil de rendimiento y déficits en dichas áreas. Finalmente, se pretendió examinar la eficacia del programa de rehabilitación cognitiva, REHACOP, en el área de la cognición social, la cual no había sido evaluada experimentalmente hasta el momento actual mediante este programa de rehabilitación específico.

El análisis detallado de la bibliografía existente ha indicado la existencia de cuatro subconstructos diferenciados que forman la cognición social: percepción emocional, percepción social, teoría de la mente y estilo atribucional, como los más ampliamente aceptados (Bell y cols., 2009; Brekke y Nakagami, 2010). En general, los resultados obtenidos en este estudio sugieren la existencia de relaciones relevantes entre dificultades en cognición social y otras variables clínicas y funcionales. Los análisis de regresión lineal múltiple mostraron un mayor conocimiento acerca de la influencia de los diferentes subconstructos de la cognición social en las relaciones entre la cognición general y la funcionalidad en estos pacientes. Además permitieron observar el grado en el que mediaban estas variables en las relaciones existentes. Por último se confirmó la eficacia del programa de rehabilitación cognitiva, REHACOP, en algunas áreas de la cognición social estudiadas. Todos los resultados se muestran detallados en los siguientes apartados.

### 5.1. Características sociodemográficas

De los 111 participantes identificados para este estudio, sólo 101 completaron todas las medidas y el tiempo requerido de tratamiento. Los pacientes que no formaron parte de la muestra final analizada, fueron excluidos del estudio debido a diferentes motivos como recaídas en la enfermedad, cambios de diagnóstico, o la falta de colaboración o renuncia en la evaluación del tiempo post.

Las características sociodemográficas de la muestra resultante son comparables a las publicadas por otros estudios previos con la misma población (Hoe y cols, 2012). Como en otros estudios, la proporción de hombres frente a mujeres resultó superior, el estado civil predominante fue de soltería y en situación laboral de incapacidad transitoria o total. En este sentido, los resultados de nuestro estudio corresponden con los de otros estudios nacionales y creemos que se ven influidos por el acceso a situaciones varias de incapacidad propias de nuestro sistema nacional de salud en comparación con las situaciones de otros países europeos o de Estados Unidos. Además, la media de años de educación (10,02 años) mostró que la mayoría de los pacientes habían completado los estudios primarios. Estos datos coinciden de nuevo con la literatura existente que emplean muestras similares (Horan y cols., 2011).

En resumen, las características sociodemográficas obtenidas de la muestra revelaron una predominancia de diagnóstico de esquizofrenia paranoide, en acuerdo con el Manual Diagnóstico DSM-IV-TR, un alto rango de pacientes viviendo en casa de sus familias de origen, con un inicio de enfermedad temprano (23,21 años) y una media de 7,59 ingresos previos a la inclusión en el presente estudio (Addington y cols., 2010; Sánchez y cols., 2014). Las puntuaciones alcanzadas en aspectos de reserva cognitiva y

de nivel de ajuste premórbido fueron inferiores en comparación con controles sanos analizados en otros estudios (Bright, Jaldow y Kopelman, 2002; Russell y cols., 2000).

## **5.2. La cognición social y sus diferentes subconstructos**

El estudio de la cognición social y su complejidad a partir de la literatura existente, nos sugirió que la subdivisión del constructo en varios componentes más concretos y objetivables se nos presentaba como la manera más adecuada de estudiarlo. Definiciones previas del constructo o escalas empleadas, como la GEOPTE, han tratado de medir este aspecto como un todo (Butman, 2001; Sanjuán y cols., 2003). Sin embargo, el análisis del mismo a lo largo de los últimos años ha dado lugar a una clara subdivisión en cuatro áreas diferenciadas: percepción emocional, percepción social, teoría de la mente y estilo atribucional, aceptadas de manera general por la mayoría de autores (Green y cols., 2005; Mancuso y cols., 2011; Mehta y cols., 2014). Aunque prácticamente no existen estudios que aborden la caracterización de los cuatro componentes de manera conjunta, su identificación de manera aislada pero repetida en la literatura sugería su validez, confirmada en este trabajo. Éste modelo compuesto por cuatro componentes resulta a nuestro entender, el modelo más adecuado para su estudio en pacientes con esquizofrenia (Bell y cols., 2009; Bellack y cols., 2007; Brekke y Nakagami, 2010; Eack y cols., 2009).

A pesar de esta definición en subcomponentes es importante destacar que se trata de un constructo multidimensional que requiere adicionalmente del buen funcionamiento de una gran variedad de procesos mentales relacionados con la percepción, la interpretación y las interacciones existentes entre seres sociales (Mancuso y cols., 2011). Y a su vez, estas habilidades muestran cierta interdependencia entre sí

dando lugar a variaciones muy importantes en el perfil de deterioro que presentan los pacientes (Ochsner, 2008), dificultando su cuantificación y medición experimental.

### **5.3. La cognición social en relación con la cognición general, la sintomatología y el resultado funcional**

Como ejemplo de dichas interrelaciones, los resultados obtenidos en este estudio mostraron relaciones entre los diferentes subconstructos de la cognición social y diversos aspectos de la cognición general analizados. En particular, una mejor atención, velocidad de procesamiento, fluidez y memoria verbal, memoria de trabajo y funciones ejecutivas se relacionaron con una mejor percepción social y funcionamiento en teoría de la mente.

Este hallazgo coincide con investigaciones previas que también encontraron relaciones con estas variables de la cognición general (Johnson y cols., 2013; Mehta, Bhagyavathi, Thirthalli, Kumar y Gangadhar, 2014; Schmidt y cols., 2011). En el caso de la percepción social, Corrigan (1997) indicó que una mejor memoria verbal facilitaba la comprensión de las reglas sociales de su entorno en pacientes con esquizofrenia. Del mismo modo, se ha dado importancia al papel de las funciones ejecutivas en relación con estos aspectos de la cognición social como fundamentales para la correcta elaboración de intenciones y objetivos en las otras personas en el marco de un contexto social (Brüne, 2003). Existe en la literatura actual un especial interés por el déficit en estas funciones de la cognición general en relación con la teoría de la mente. Por ejemplo, autores como Ahmed y Miller (2011) sugieren que funciones cognitivas como la fluencia verbal, la resolución de problemas y las funciones ejecutivas, deben mostrarse intactas para un correcto procesamiento de los aspectos que forman parte de

la teoría de la mente como son la comprensión de las falsas creencias o las “meteduras de pata”, entendiendo que al presentar gran interrelación, el deterioro en uno u otro componente afectaría al segundo. En nuestra recogida de la literatura son igualmente abundantes ( Corrigan (1997), Mehta y cols., 2014; Schmidt y cols., 2011) las evidencias que apuntan a que un deterioro en funciones más básicas (cognición general) suscite un deterioro en cognición social (procesos bottom-up) o a la inversa (procesos top-down) (Lindenmayer y cols., 2013). Sin embargo, autores como Gil y cols. (2012) afirman que por el momento no resulta posible explicar si los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit en cognición social o si son las limitaciones en la cognición general son las que les limitan para comprender las tareas de cognición social en su conjunto.

La evaluación del subconstructo de la percepción emocional mediante caras mostró relación con todas las variables cognitivas evaluadas a excepción de la atención, la cual no se relacionó con ninguna de las demás medidas que componen la percepción emocional en este estudio. Este hecho puede deberse al efecto de la familiaridad que puede suscitar la prueba al ver rostros de personas e imágenes, no interfiriendo tanto la atención sino el posible componente emocional. Dalmaso y cols. (2013) afirmaron que la orientación de la mirada relacionada con las interacciones sociales está alterada en pacientes con esquizofrenia, aunque por sí misma no pueda explicar las alteraciones de la percepción de todas las señales sociales. Por el contrario, estudios realizados con anterioridad sí encontraron relaciones positivas entre la percepción emocional y la atención, proponiendo que el déficit atencional explican los errores de percepción en este tipo de tareas (Fett y cols., 2011; Foussias y cols., 2009).

Por otro lado las relaciones encontradas entre el Self-serving Bias (tendencia que las personas tenemos a atribuir los acontecimientos positivos a causas internas y los malos a agentes externos) y aspectos como la atención, memoria verbal y memoria de trabajo, son coherentes con otros hallazgos previos. Autores como Mezulis y cols. (2004) han confirmado que se trata de un sesgo común en las personas sanas, encontrándose influido a su vez por variables como la edad, la cultura y la psicopatología. Sin embargo, en este estudio no fueron incluidos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Autores como Martin y Penn (2002) han sugerido que los pacientes con esquizofrenia que padecen ideas persecutorias mostraban este sesgo de manera más acentuada que las personas sanas, en especial en lo que se refiere a responsabilizar a los otros de los eventos negativos. El estudio de Kim y cols. (2014) se centró en la paranoia, como estructura cognitiva y afectiva. Estos autores encontraron también relaciones con el sesgo de la atribución en situaciones ambiguas, tanto en la paranoia clínica, con muestra de pacientes con esquizofrenia, como en la no clínica. Estos sesgos atribucionales han sido considerados una de las causas principales de los errores que estos pacientes presentan a la hora de interpretar situaciones sociales ambiguas (Freeman y cols., 2005), así como de la necesidad de emplear mayor tiempo para la comprensión de las mismas (Phillips y cols., 2000).

Respecto a la sintomatología clínica, nuestros resultados indican que un peor rendimiento en cognición general estuvo relacionado con la sintomatología negativa y la desorganización. Este hallazgo replica lo encontrado en la mayor parte de los estudios que han analizado esta relación en pacientes con esquizofrenia (Gur y cols., 2015; Ojeda y cols., 2007; Savilla, Kettler y Galletly, 2008). En cuanto los aspectos de la cognición social en relación a la sintomatología clínica, la percepción emocional y social y la

teoría de la mente, se relacionaron igualmente con una mayor presencia de síntomas negativos y de desorganización. Estudios previos han encontrado relaciones similares a pesar de emplear muestras de mayor heterogeneidad clínica que la empleada en nuestra investigación (Bell, Corbera, Johannesen, Fiszdon y Wexler, 2013; Corcoran y cols., 1997; Fretland, Andersson, Sundet, Andreassen, Melle y Vaskinn, 2015; Hardy-Bayle y cols., 1994; Meyer y cols., 2014). Esto puede ser debido a la apatía e indefensión aprendida por las diferentes limitaciones, cognitivas y sociales, que interfieren en su vida. Otros estudios, por su parte, han sugerido que la cognición social es un área independiente de la sintomatología negativa por considerar que sus déficits tienen un impacto directo en el resultado funcional (Meyer y cols., 2014; Rassovsky y cols., 2011; Sergi y cols., 2007).

Por otro lado, y contrario a nuestros resultados, la mayor parte de estudios en este área han encontrado relaciones entre la sintomatología positiva y algunos aspectos de la cognición social como es el caso del estilo atribucional (Combs y cols., 2009; Fornells-Ambrojo y Garety, 2009, Janssen y cols., 2006). Estos resultados que resultan inconsistentes con los de nuestro estudio nos hacen pensar que los resultados aún resultan inconsistentes. Algunos autores como Combs y cols. (2009) explicaron esta inconsistencia como posible resultado del solapamiento de conceptos interrelacionados, como podría ser la paranoia explicada como un sesgo cognitivo de amenaza con su consiguiente hostilidad percibida. Otra razón puede ser la gran variedad de escalas de evaluación empleadas en los diferentes estudios (Combs y cols., 2009; Fornells-Ambrojo y Garety, 2009, Granholm, Holden, Link y McQuaid, 2014).

Los resultados encontrados entre las variables de la cognición social y general y la funcionalidad fueron variables en función del cuestionario de medida y el modo de administración del mismo. La Escala de Evaluación de Habilidades Basadas en el Desempeño (UPSA), de formato heteroaplicado mediante el uso de actividades ecológicas, fue la que presentó relaciones más consistentes. De manera más específica, un rendimiento óptimo en la cognición general (destacando la memoria), así como en los subconstructos de la cognición social (percepción social y teoría de la mente especialmente) se relacionaron con fuerza con una mayor competencia funcional. Otros estudios que han empleado esta escala también han señalado que el rendimiento en cognición general se relaciona significativamente con los resultados en esta escala (Holshausen, Bowie, Kalache y cols., 2015; Mausbach, Patterson y Harvey, 2014; Mausbach y cols., 2008, 2010). Nuestros resultados refuerzan este mensaje a la par que enfatizan la relación entre cognición social y funcionalidad por encima de otros factores como la sintomatología negativa (Addington y cols., 2006; Pan, Chen, Chen y Liu, 2009; Thaler, Sutton y Allen, 2015). Patterson y cols. (2006) demostraron que la relación entre la funcionalidad medida a través de esta escala y la probabilidad de los pacientes de tener una vida independiente era satisfactoria. A pesar de que otros autores como Revheim y Medalia (2004) han criticado este tipo de escalas por considerarlas incompletas ya que no consideran procesos más espontáneos del desempeño en la vida real. Aunque realmente la disponibilidad de la escala UPSA, la cual es ampliamente aceptada y utilizada, resulta una mejora significativa respecto a las escalas más tradicionales en funcionalidad a lo largo de la literatura.

En el caso de escalas aplicadas y puntuadas por los psiquiatras responsables, como es el caso de la Valoración de la Actividad Global (GAF) o la Evaluación de la

Discapacidad Social (DASWHO), fueron encontradas relaciones positivas moderadas con la percepción emocional y teoría de la mente. Por otro lado, una mayor controlabilidad se relacionó con una mejor percepción de calidad de vida por parte del paciente. Un reciente estudio examinó las posibles relaciones existentes entre la variable de la cognición social, teoría de la mente, y su efecto en el resultado funcional encontrando resultados que apoyan los presentes (Martínez-Domínguez, Penadés, Segura, González-Rodríguez y Catalán, 2015). Respecto a las relaciones encontradas en nuestro estudio con aspectos de la cognición general, una óptima cognición general y más concretamente mayor velocidad de procesamiento se relacionaron con un mejor funcionamiento general, medido a través de la GAF. También fueron encontradas relaciones positivas entre una memoria más conservada y una percepción de mejor calidad de vida por parte del paciente. Este hallazgo es apoyado por un estudio reciente que ha encontrado asociaciones entre una valoración satisfactoria de la vida del paciente con un rendimiento neurocognitivo y un insight bajos en pacientes con esquizofrenia crónica (Siu y cols., 2015). Por su parte, varios autores (Barch y cols., 1998; Caletti y cols., 2013; Paquin, Wilson, Cellard, Lecomte y Potvin, 2014) indican que sus pacientes necesitaban un tiempo superior para procesar las tareas por atender a estímulos irrelevantes o más superficiales, lo cual les limitaría en procesos más complejos como las relaciones sociales y la capacidad funcional general. Pardo en su estudio (2005) encontró relaciones similares respecto a las funciones ejecutivas y la memoria, indicando las limitaciones que éstas suponían en estos pacientes a la hora de planificar, mostrarse flexibles y perseverar en las tareas en su funcionamiento diario.

Una razón posible que puede explicar la falta de asociación entre los datos obtenidos de estas escalas y el rendimiento en los diferentes dominios de la cognición

social puede ser la baja capacidad predictiva de la escala GAF para evaluar el funcionamiento en pacientes con esquizofrenia (Revheim y Medalia, 2004; Roy-Byrne, Dagadakis, Unutzer y Ries, 1996). Esto podría ser explicado por autores como Cornblatt y cols. (2007) que afirmaron la intensa influencia de la psicopatología clínica en la valoración de la capacidad funcional de los pacientes con esquizofrenia mediante esta escala, no siendo tan potente respecto a su valoración de la disfunción social. Años más tarde y apoyando esta idea, autores como Robertson y cols. (2013) concluyeron que dicha escala, aunque puede ser sensible a los cambios en sintomatología clínica, no resulta tan sensible a los aspectos sociales de la cognición. No obstante, es una escala ampliamente utilizada en esta población y numerosos estudios han mostrado relación con la capacidad funcional (Jones, Thornicroft, Coffey y Dunn, 1995; Troisi, Pompili, Binello y Sterpone, 2007; Samara y cols., 2014; Valencia y cols., 2015). Una crítica actual general sobre la evaluación de la funcionalidad es la distinción a realizar entre capacidad, entendida como una competencia de lo que una persona es capaz de hacer, y cómo funciona en realidad la persona inmersa en una comunidad (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton y Harvey, 2006). Esto nos hace pensar en la necesidad de evaluaciones e intervenciones más ecológicas con el fin de obtener resultados lo más próximos posibles a su realidad (Bowie y cols., 2008). Es posible, que en ese sentido, en la medida que la escala UPSA se aproxima más al modelo ecológico comparada con el formato de las otras escalas, resulte más sensible a la medición y cumpla mejor con la función de medir la capacidad funcional real del paciente.

#### 5.4. Predictores y mediadores del rendimiento funcional

Otro de los objetivos del presente estudio consistió en la identificación de posibles variables que mostraran un valor predictivo mayor sobre la respuesta funcional de estos pacientes medida con las escalas GAF y UPSA.

Los resultados de los análisis de regresión sugirieron que la cognición general total, la percepción emocional y la teoría de la mente tenían la capacidad de predecir la funcionalidad medida con la escala GAF. Estos hallazgos confirman los de otros estudios que han descrito la influencia de estos aspectos sobre el resultado funcional de los pacientes con esquizofrenia (Martínez-Domínguez y cols., 2015; Penn, Sanna y Roberts, 2008; Thaler, Sutton y Allen, 2015). La percepción emocional resultó ser la variable que mayor peso presentó, por encima de la cognición general o la teoría de la mente. Estos resultados son consistentes con estudios previos (Irani, Seligman, Kamath, Kohler y Gur, 2012). Más específicamente, se pudo observar que un mejor manejo emocional predijo una actividad global más óptima en esta muestra de pacientes (Brekke y cols., 2005; Campellone y Kring, 2013). Un estudio reciente en el que empleaban la escala GAF como medida de la capacidad psicosocial, encontraron resultados similares al del presente estudio en una muestra de 216 pacientes con esquizofrenia (Robertson y cols., 2013).

La cognición general total en el presente estudio predijo la funcionalidad tal como ya sugirieron otros autores en estudios previos (Bell y cols., 2009; Bowie y cols., 2008; Leeson, Barnes, Hutton, Ron y Joyce, 2009). En cuanto a la cognición social, aspectos como la percepción emocional, la percepción social, la teoría de la mente y el Self-serving Bias también predijeron la respuesta funcional medida con la escala UPSA.

En concreto, un mayor potencial en aspectos de percepción social y de teoría de la mente resultaron ser las que más influencia mostraron en el desempeño de habilidades funcionales, explicando hasta un 65% del cambio mostrado por los pacientes antes y después de la rehabilitación. Este hecho confirma los hallazgos de otros autores como Fett y cols. (2011) que consideraron que las características de la cognición social eran los predictores más importantes de estos pacientes respecto a su funcionalidad. Esto se corresponde, en general, con los hallazgos de la literatura, aunque con la limitación de que en este estudio, sólo se han medido las variables en un momento de tiempo (Couture y cols., 2006), siendo necesaria la elaboración de estudios longitudinales que ayuden a clarificar en mayor medida las posibles interrelaciones en el curso a medio y largo plazo de la enfermedad (Andreou y cols., 2015; Brekke y cols., 2007; Hoe, Nakagami, Green y Brekke, 2012).

El uso de análisis de mediación se basó en la idea de replicar hallazgos previos en la literatura que postulan que la cognición social media la relación entre la cognición general y la capacidad de respuesta funcional en pacientes con esquizofrenia (Couture y cols., 2006; Fett y cols., 2011; Schmidt y cols., 2011). Los análisis de mediación de la percepción emocional y teoría de la mente entre la cognición general y la Valoración de la Actividad Global (GAF) no pudieron llevarse a cabo ya que no se encontraron relaciones entre el conjunto de variables de la percepción emocional y teoría de la mente con respecto a la capacidad funcional. No obstante, sí fue posible mantener estas relaciones cuando la capacidad funcional fue evaluada con el test de Habilidades Basadas en el Desempeño (UPSA). Aspectos de la cognición social, como la teoría de la mente y la percepción social mostraron un peso importante como mediadoras en la relación entre la cognición general y la respuesta funcional, medida con la escala UPSA,

llegando a reducir hasta en la mitad la fuerza de la relación entre ambas. No obstante, y como ya apuntaron otros autores como Schmidt y cols. (2011), debe considerarse que el papel mediador de la cognición social entre estas variables difiere según el factor específico de la cognición social que se emplee. Esta explicación podría ser el motivo de las discrepancias en el diferente peso que la cognición social ha mostrado como mediadora de la cognición general y el resultado funcional en diversos estudios (Lysaker y cols., 2010; Martínez-Domínguez y cols., 2015; Schmidt y cols., 2011).

### **5.5. Eficacia del programa de rehabilitación cognitiva REHACOP sobre la cognición social, la cognición general, la sintomatología clínica y la funcionalidad**

Los datos obtenidos en este estudio describen que, en comparación con lo sucedido con el grupo control, los pacientes que formaron parte del grupo de rehabilitación con el programa REHACOP mejoraron significativamente sus habilidades en aspectos de percepción emocional, percepción social y teoría de la mente. Estas áreas son referidas y trabajadas en el programa REHACOP mediante los cuatro cuadernillos que conforman el módulo de cognición social que integran aspectos sociales de la vida cotidiana, los cuales son trabajados con el grupo participante en la rehabilitación de manera conjunta con el grupo y el terapeuta responsable. Otros estudios que han empleado programas de rehabilitación de estas habilidades han encontrado resultados igualmente óptimos aun presentando características diversas en sus métodos de tratamiento (Nahum y cols., 2014; Roberts y cols., 2014; Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté y Caqueo-Urizar, 2013; Vinogradov, 2013).

El reconocimiento emocional en caras y el manejo de emociones entre los pacientes que participaron en la rehabilitación en el presente estudio presentaron una marcada mejoría en comparación con el grupo control. La evidencia científica muestra que los pacientes con esquizofrenia mejoran en el reconocimiento facial tras el entrenamiento y rehabilitación de este tipo de tareas frente a los demás dominios de la cognición social (Kurtz y Richardson, 2012). La percepción emocional se trata del área de la cognición social más ampliamente estudiada hasta el momento como puede reflejarse en la revisión de la literatura (Abram y cols., 2014; Kohler, Walker, Martin, Healey y Moberg, 2010; Turetsky, Kohler, Indersmitten, Bhati, Charbonnier y Gur, 2007).

En nuestro estudio la percepción social mostró mejorías tras el tratamiento administrado tanto en lo relativo a la percepción de las acciones como de los objetivos, siendo sin embargo la teoría de la mente la que destacó en este aspecto. No obstante, el estudio de Peyroux y Franck (2014) refleja más evidencia de que los tratamientos cognitivos sociales podrían ser más eficaces para aspectos como el reconocimiento de emociones, que para la percepción social o el estilo atribucional, consideradas como procesos de orden superior. Quizá un motivo de que en nuestro estudio la teoría de la mente haya destacado en el grado de mejora puede deberse a que se trate de un aspecto transversal surgido en el trato entre pacientes y la terapeuta a lo largo de todo el proceso de rehabilitación. La eficacia de diferentes programas respecto a estas áreas de la cognición social ha sido referenciada en varios estudios (Choi, Fiszdon y Medalia, 2010; Horan, Kern, Green y Penn, 2008; Taylor y cols., 2015), consiguiendo todos ellos mejoras en alguno de los aspectos de la cognición social. No todos los estudios revisados, sin embargo, mantienen este patrón de mejoría tras la rehabilitación de los

cuatro factores de la cognición social. Por ejemplo, Horan y cols. (2009) hallaron únicamente mejoría en la percepción emocional, aun siendo el área que más tiempo de rehabilitación y atención recibió. La diversa índole de los resultados encontrados, en ocasiones contradictorios, incluso entre estudios que emplearon el mismo programa de tratamiento, no permite sacar conclusiones determinantes a nivel clínico acerca de qué factores intervenir de manera prioritaria para lograr la mejora de estos aspectos en su conjunto (Kurtz y Richardson, 2012).

El resultado del tratamiento sobre el rendimiento cognitivo también fue manifiesto. En concreto la atención, la memoria verbal y la cognición general total mejoraron tras la rehabilitación. La mejora hallada en la capacidad atencional se mostró en consonancia con multitud de estudios anteriores (Hodge y cols., 2010, Roder, Mueller y Schmidt, 2011, Vauth y cols., 2005). A pesar de que autores como Silverstein y cols. (2009) estipularon que el mejor funcionamiento en atención podría resultar un predictor del correcto rendimiento en funciones superiores, en nuestro estudio este hecho no pudo ser apoyado. Como es puntualizado en la actualidad, la mejora en aspectos atencionales podría ser explicada como respuesta a un estado motivacional elevado frente a la tarea (Fervaha y cols., 2014; Walsh-Messinger y cols., 2014; Ward, Simpson, Kandel y Balsam, 2011). Esta inclusión de aspectos motivacionales personales, de consecución de metas, como ir aumentando dificultad en las tareas en la rehabilitación, también fue valorada en anteriores estudios que consideraron necesaria la inclusión de otros aspectos más personales como posibles explicaciones de la mejora en pacientes con esquizofrenia (Bellack y cols., 2007; Wykes y Reeder, 2005). En la actualidad, autores como Fervaha y cols. (2014) puntualizan la importancia de la motivación encontrando que ésta muestra un papel predictivo sobre la respuesta

funcional mayor que el conjunto de la neurocognición. Friis (2014) apoya esta afirmación remarcando la importancia de esta motivación personal como el factor que predice en mayor medida la capacidad funcional en relación a las relaciones interpersonales. La memoria también mostró una mejoría sustancial. Recientes estudios como los de Wykes y Spaulding. (2011) o Woodberry y cols. (2010) afirmaron que tras el entrenamiento de estas habilidades los pacientes con esquizofrenia mejoraban significativamente en tareas de memoria verbal.

Respecto a la influencia del programa sobre la sintomatología clínica, gravedad de la enfermedad e insight, a pesar de que todas estas variables mejoraron en ambos grupos, sólo la variable distrés mejoró significativamente en los pacientes del grupo REHACOP en comparación con el grupo control. Estos hallazgos contradicen los hallazgos de otros estudios donde la rehabilitación no mejora esta área (Lindenmayer y cols., 2008; Penadés y cols., 2006). Esto puede deberse a que tras el proceso rehabilitador, los participantes del grupo se sentían con más recursos con los que poder enfrentarse a posibles situaciones de angustia personal, pudiendo así afrontar los obstáculos de su enfermedad más fácilmente. No obstante, respecto a la rehabilitación de la cognición social, aunque no ha resultado posible encontrar evidencias acerca de su efecto directo, puede que algunos factores relacionados, como el desarrollo y manejo de habilidades sociales en el grupo de rehabilitación haya influido en la mejora de la cognición social. Autores como Lysaker y cols. (2012) lo explican en base a la repercusión que el ambiente de la rehabilitación tiene en estos pacientes, aumentando su autoestima, y reduciendo al mismo tiempo su angustia (Lysaker, Roe, Ringer, Gilmore y Yanos, 2012). Por el contrario, la literatura científica respecto a la valoración de la angustia o distrés en familiares de pacientes con esquizofrenia es extendida y con

resultados alentadores siempre que éstas sientan apoyo y dispongan de información y asesoramiento (Boye y cols., 2001; Greenberg, Greenley y Brown, 1997; Saunders, 2003; Winefield y Harvey, 1993).

Los resultados de eficacia del tratamiento sobre la respuesta funcional fueron diversos dependiendo en gran parte del tipo de escala empleada: heteroaplicada o autoaplicada. Por un lado, los dominios evaluados mediante escalas heteroaplicadas a los pacientes por parte de la neuropsicóloga o del psiquiatra de referencia mostraron en su mayoría mejoras a lo largo del tiempo, excepto en la escala DASWHO. No obstante, sólo la Valoración de la Actividad Global (GAF) y la mayoría de subescalas del test UPSA, como el manejo de finanzas, funcionamiento en la comunidad y planificación así como su puntuación total, mostraron cambios significativos entre ambos grupos presentando los pacientes del grupo REHACOP una marcada mejoría con respecto al grupo control. Los módulos de desarrollo de funciones ejecutivas, entrenamiento en habilidades sociales y actividades de la vida diaria pueden haber sido claves en este progreso de mejora. Estos posibles mecanismos de mejoría también han sido propuestos por otros autores en una misma línea de trabajo (Bowie, McGurk, Mausbach, Patterson y Harvey, 2012; Wykes y cols., 2011). Esto puede deberse a que permiten la generalización de las técnicas de rehabilitación a su vida diaria. En nuestro estudio la única área de la escala UPSA que no mejoró resultó ser la de manejo del transporte. Esto pudo ser debido a que puede tratarse de un área que requiere de un entrenamiento inmerso en un contexto real y con posible necesidad de modelaje en su inicio. Esto nos hace plantearnos posibles mejoras en el programa de rehabilitación con el fin de poder entrenar junto con el terapeuta fuera incluso de la propia sesión.

En lo que respecta a la funcionalidad medida a través de administración autoaplicada por los pacientes colaboradores en el estudio, a pesar de que los grupos mostraron cambios favorables en el tiempo en la valoración propia de su rol social y salud mental, no existieron diferencias entre los que recibieron el tratamiento con el programa REHACOP y los que no. Esto implica que los cambios en el tiempo hallados no puedan ser explicados como resultado del tratamiento empleado. Resulta complicada la comparación de estos resultados con otros estudios debido a la variedad de estudios con pacientes con esquizofrenia que han empleado la escala SF-36 (Lang y cols., 2002; Meijer, Schene, y Koeter, 2002; Túnez, Croghan, Heilman, Johnstone y Obenchain, 1999), y la gran variabilidad de factores en los que ésta ha sido subdividida según el autor que lo emplee (Keller y cols., 1998; Ware y Gandek, 1998; Ware y cols., 1998). Autores como Chia-Ting y cols. (2014) sin embargo, han encontrado puntuaciones más fiables y válidas en la Escala de Calidad de Vida de la OMS versión breve (WHOQOL-BREF) que las del SF-36 para evaluar a personas con esquizofrenia, a pesar de considerar a ambas útiles y confiables. Años antes Meijer y cols. (2002) ya habían considerado a la escala SF-36 como una buena elección a emplear en esta población. La falta de consenso respecto a todos los aspectos que engloban el concepto de calidad de vida ha dificultado el encontrar resultados más contundentes y fiables (Gladis, Gosch, Dishuk y Crits-Christoph, 1999; Smith, Avis y Assmann, 1999). Un estudio de Khatri, Romney y Pelletier (2001) sugirió la existencia de concordancia entre los índices objetivos, del paciente, y subjetivos, por parte de alguien cercano a éste, de calidad de vida de las personas con esquizofrenia, pudiendo considerarse ambos como medidas reales a tener en cuenta.

Estos resultados, por tanto, confirman la última hipótesis de nuestro estudio aportando nuevas evidencias de la eficacia del programa de rehabilitación cognitiva REHACOP, en pacientes con esquizofrenia en muchos de los aspectos de la cognición general, social, sintomatología y funcionalidad evaluados para este estudio.

En resumen, este estudio muestra que el interés en la cognición social en pacientes con esquizofrenia se ha visto incrementado en los últimos años. Cada vez existen evidencias más sólidas de relación de la cognición social con la cognición general y la sintomatología, así como en el papel que ejerce como predictora de la capacidad funcional. Algunos de estos hallazgos importantes son las estrechas relaciones entre la cognición social y la funcionalidad por encima incluso de la cognición general, así como el papel mediador de aspectos de la cognición social en las relaciones replicadas a lo largo de la literatura entre la cognición general y la capacidad funcional. La gran cantidad de escalas empleadas para la evaluación de los diferentes subcomponentes de la cognición social así como de la funcionalidad dan lugar a resultados diversos que en ocasiones dificultan la comparación y generalización de los mismos. Todo ello hace necesaria la búsqueda de un consenso entre los diferentes profesionales con el fin de encontrar respuestas más sólidas que nos ayuden a avanzar en esta área con más consistencia y fiabilidad.

Respecto a la rehabilitación de los diferentes aspectos de la cognición social existen diversos programas en la literatura, algunos de los cuales han mostrado resultados satisfactorios en la rehabilitación de algún dominio concreto de la cognición social tratada, como es el caso del empleado para este estudio. Aunque resulta difícil establecer la idoneidad de cada uno de ellos, todos presentan características

compartidas, como puede ser el trabajo en conjunto con el terapeuta o el intento de crear interés por la tarea, que favorecen este proceso rehabilitador. Algunos de estos programas están enfocados en el estudio de aspectos más personales, como es la motivación, la cual presenta una estrecha relación con el resultado funcional. Autores como Gard y cols. (2009) explicaron la motivación como uno de los factores clave en la inclusión de estos pacientes en la comunidad y que a su vez es posible entrenar mediante tareas de carácter social y lo más ecológicas posibles (Nakagami y cols., 2008). Otros autores como Choi y cols. (2010) o Gard y cols. (2009) lo explicaron como un incremento de la motivación intrínseca y de la sensación de control sobre su propia vida (Choi y cols., 2010; Gard y cols., 2009; Garrido y cols., 2013; Nakagami y cols., 2008). Este hecho nos hace plantearnos mejoras en las intervenciones llevadas a cabo con estos pacientes abriendo con ello importantes líneas de investigación futuras.

## **5.6. Limitaciones del estudio**

Este estudio presenta hallazgos sólidos en algunos de los parámetros analizados. Sin embargo, también adolece de algunas limitaciones que es importante destacar.

- 1) Las escalas empleadas para la evaluación de la cognición social pueden no resultar las más eficaces para la detección de los déficits en las áreas evaluadas por, en algunas situaciones, no ser lo suficientemente específicas. En la actualidad se está apostando por la modificación, para algunos constructos como la percepción emocional y en menor grado la atribución, del uso de escalas de lápiz y papel por tareas dinámicas como videos que resulten más ecológicos. No obstante, estos instrumentos no existen en castellano por lo que no resulta

posible su uso en personas hispanohablantes. La falta de consenso en este aspecto limita los resultados y su generalización con otros estudios con intereses similares.

- 2) La no inclusión de escalas de evaluación de aspectos de carácter más motivacional que puedan resultar sensibles a los cambios en la respuesta funcional y sintomatología de los pacientes con esquizofrenia. Actualmente, el interés por el aspecto motivacional va en aumento encontrándose una alta influencia de éste sobre el resultado funcional y de manera específica en las relaciones interpersonales. La evaluación de este aspecto además ayudaría a conocer mejor a los pacientes pudiendo así adecuar mejor los tratamientos a las inquietudes específicas de cada persona.
- 3) Los resultados de este estudio se limitan a pacientes con esquizofrenia crónica en régimen de ingreso u hospitalización, por lo que no es posible concluir que los resultados puedan resultar generalizables a otros tipos de muestras de pacientes que no cumplan éstas y otras características, como no estar medicado o poseer una capacidad intelectual inferior a 70. Estos factores pueden suponer variables adicionales que diferirían con los resultados encontrados.
- 4) La falta de seguimiento en un periodo de tiempo más largo (seis o doce meses) tras la finalización del tratamiento con el fin de analizar si el efecto del mismo resulta eficaz tras la finalización del grupo y en la consecución de sus actividades posteriores. Esto ayudaría a comprender si los pacientes que aprendieron las diferentes habilidades entrenadas las han incorporado a su vida

diaria y les resultan de utilidad. La falta de recursos humanos y de tiempo para este estudio no posibilitó dicho seguimiento.

- 5) Se ha tratado del primer estudio empleado con el programa de rehabilitación cognitiva REHACOP en el área de la cognición social. Son necesarios más ensayos que ratifiquen o no los hallazgos aquí descritos. Lo que sí se sugiere con estos resultados es la necesidad de emplear posibles actividades de modelaje en un contexto social amplio como herramientas para una mejor implementación y generalización de las mismas.

## **6. CONCLUSIONES**

El estudio de la cognición social en pacientes con esquizofrenia avanza a través de estudios como el presente, posibilitando su comprensión y por tanto, su rehabilitación. La cognición social presenta además relaciones con todos los demás aspectos incluidos en este estudio como son la cognición general, la sintomatología y la funcionalidad. Además también tiene un papel clave como mediadora en la relación existente entre la cognición general y la funcionalidad de estos pacientes.

- 1) La subdivisión de componentes más comúnmente aceptada en la literatura actual sobre el concepto de cognición social, es la de considerar este aspecto como una conformación de subdominios que incluyen la percepción emocional, percepción social, teoría de la mente y estilo atribucional.
- 2) Las capacidades en cognición general y cognición social de los pacientes con esquizofrenia se relacionan entre sí, así como con otros aspectos clínicos y funcionales. Además las variables de cognición social, y más concretamente la percepción social y la teoría de la mente, predijeron en mayor grado el resultado funcional del paciente con un efecto superior al de la cognición general.
- 3) La cognición social, percepción social y teoría de la mente, median la relación entre la cognición general y el resultado funcional reduciendo de manera significativa la relación entre ambas.
- 4) El programa de rehabilitación cognitiva REHACOP resultó eficaz para la mejora de algunas funciones cognitivas, clínicas y funcionales. También mostró

resultados satisfactorios en percepción social, teoría de la mente y aspectos de la percepción emocional, que conforman el constructo de la cognición social, foco de interés de nuestro estudio.

## **7. REFERENCIAS**

- Aakre, J. M., Seghers, J. P., St-Hilaire, A. y Docherty, N. (2009). Attributional style in delusional patients: A comparison of remitted paranoid, remitted nonparanoid, and current paranoid patients with nonpsychiatric controls. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 994-1002. doi:10.1093/schbul/sbn033
- Abram, S. V., Karpouzian, T. M., Reilly, J. L., Derntl, B., Habel, U. y Smith, M. J. (2014). Accurate perception of negative emotions predicts functional capacity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 216(1), 6-11. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.032
- Abramson, L. Y., Garber, J., Edwards, N. B. y Seligman, M. E. (1978). Expectancy changes in depression and schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 102-109. doi:10.1037/0021-843X.87.1.102
- Abu-Akel, A. y Bo, S. (2013). Superior mentalizing abilities of female patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(3), 794-799. doi:10.1016/j.psychres.2013.09.013
- Acheson, D. J., Postle, B. R. y MacDonald, M. C. (2010). The interaction of concreteness and phonological similarity in verbal working memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 36(1), 17-36. doi:10.1037/a0017679.
- Addington, J. y Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: A 2.5 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 44(1), 47-56. doi:10.1016/S0920-9964(99)00160-7

- Addington, D., Addington, J. y Robinson, G. (1999). Attributional style and depression in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(7), 697–700.
- Addington, J., Cornblatt, B. A., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., ... Woods, S. W. (2011). At clinical high risk for psychosis: Outcome for nonconverters. *The American Journal of Psychiatry*, 168(8), 800-805. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10081191
- Addington, J., Girard, T. A., Christensen, B. K. y Addington, D. (2010). Social cognition mediates illness-related and cognitive influences on social function in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 35(1), 49-54. doi:10.1503/jpn.080039
- Addington, J., Penn, D., Woods, S. W., Addington, D. y Perkins, D. O. (2008). Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 67-68. doi:10.1192/bjp.bp.107.039784
- Addington, J., Saeedi, H. y Addington, D. (2005). The course of cognitive functioning in first episode psychosis: Changes over time and impact on outcome. *Schizophrenia Research*, 78(1), 35-43. doi:10.1016/j.schres.2005.05.008
- Addington, J., Saeedi, H. y Addington, D. (2006). Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 142-150. doi:10.1016/j.schres.2006.03.028
- Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(12), 469-479. doi:10.1016/S1364-6613(99)01399-6

- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11(2), 231-239. doi:10.1016/S0959-4388(00)00202-6
- Adolphs, R. (2002). Neural systems for recognizing emotion. *Current Opinion in Neurobiology*, 12(2), 169-177. doi:10.1016/S0959-4388(02)00301-X
- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H. y Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 372(6507), 669-672. doi:10.1038/372669a0
- Aghotor, J. (2007). *Evaluation of a metacognitive training program for schizophrenia studies: a feasibility study [in German]*. Heidelberg, Germany: University of Heidelberg.
- Ahmed, F. S. y Miller, L. S. (2011). Executive function mechanisms of theory of mind. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), 667-678. doi:10.1007/s10803-010-1087-7
- Albus, M., Hubmann, W., Mohr, F., Hecht, S., Hinterberger-Weber, P., Seitz, N. N. y Kuchenhoff, H. (2006). Neurocognitive functioning in patients with first-episode schizophrenia: Results of a prospective 5-year follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(7), 442-451. doi:10.1007/s00406-006-0667-1
- Allison, T., Puce, A. y McCarthy, G. (2000). Social perception from visual cues: Role of the STS region. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(7), 267-278. doi:10.1016/S1364-6613(00)01501-1

- Alloy, L. B., Just, N. y Panzarella, C. (1997). Attributional style, daily life events, and hopelessness depression: Subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 21(3), 321-344. doi:10.1023/A:1021878516875
- Álvarez, J. C., Touriño, R., Abelleira, C., Fernández, J., Baena, E., Giráldez, A. y Bordón, R. (2013). Cognición social y esquizofrenia: Diferencias entre usuarios de centros de día de rehabilitación psicosocial y de un programa de empleo con apoyo. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(2), 4-9. ISSN: 1696-9936
- Amador, X. y David, A. (2004). *Insight and Psychosis. Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*, 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C. y Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(10), 826-836. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950100074007
- Amador, X. F. y Strauss, D. H. (1990). *The scale to assess unawareness of mental disorder (SUMD)*. Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A. y Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113-132. doi:10.1093/schbul/17.1.113

- Ambady, N., Hallahan, M. y Rosenthal, R. (1995). On judging and being judged accurately in zero-acquaintance situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(3), 518-529. doi:10.1037/0022-3514.69.3.518
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, (DSM-5)*. Arlington, V.A: American Psychiatric Association.
- Amminger, G. P., Edwards, J., Brewer, W. J., Harrigan, S. y McGorry, P. D. (2002) Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 54(3), 223–230. doi:10.1016/S0920-9964(01)00278-X
- Anderson, J. R. (2010). *Cognitive Psychology and Its Implications: Seventh Edition*. New York: Worth Publishing.
- Andreasen, N. C., Calage, C. A. y O'Leary, D. S. (2008). Theory of mind and schizophrenia: A positron emission tomography study of medication-free patients. *Schizophrenia Bulletin*, 34(4), 708-719. doi:10.1093/schbul/sbn034

- Andreou, C., Schneider, B. C., Balzan, R. P., Luedecke, D., Roesch-Ely, D. y Moritz, S. (2015). Neurocognitive deficits are relevant for the jumping-to-conclusions bias, but not for delusions: A longitudinal study. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2,8-11. doi:10.1016/j.scog.2015.02.001
- Anselmetti, S., Bechi, M., Bosia, M., Quarticelli, C., Ermoli, E., Smeraldi, E. y Cavallaro, R. (2009). 'Theory' of mind impairment in patients affected by schizophrenia and in their parents. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 278-285. doi:10.1016/j.schres.2009.09.018
- Argyle, M. (1986). Social skills and the analysis of situations and conversations. En: C. R. Hollin y P. Trower (Eds.), *Handbook of Social Skills Training: Clinical Applications and New Directions, Vol.2* (pp. 185-216). New York, N.Y: Pergamon Press.
- Astington, J. W. y Baird, J. A. (2005). Introduction. Why language matters. En: J. W. Astington y J. A. Baird (Eds.), *Why language matters for Theory of Mind* (pp. 3-5). Nueva York: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195159912.003.0001
- Author, A., Smith, C. y Cornblatt, B. (2006). *Global functioning: Social scale (GF: Social)*. Glen Oaks, NY: Zucker-Hillside Hospital.
- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417-423. doi:10.1016/S1364-6613(00)01538-2

- Banaschewski, T., Schulz, E., Martin, M. y Remschmidt, H. (2000). Cognitive functions and psychopathological symptoms in early-onset schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(1), 11-20. doi:10.1007/s007870050111
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Barch, D. M. (2005a). The cognitive neuroscience of schizophrenia. En: T. Cannon y S. Mineka (Eds.), *Annual Review of Clinical Psychology Vol.1* (pp. 321-353). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Barch, D. M. (2005b). The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: How much and how little we know. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 875-881. doi:10.1093/schbul/sbi040
- Baron-Cohen, S. (1997). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. London: MIT press.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C. y Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R. y Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with

- Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(5), 407-418. doi:10.1023/A:1023035012436
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The 'Reading the Mind in the Eyes' test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 42(2), 241-251. doi:10.1111/1469-7610.00715
- Bartsch, K. y Wellman, H. M. (1995). *Children talk about the mind*. New York: Oxford University Press.
- Bechi, M., Spangaro, M., Bosia, M., Zanoletti, A., Fresi, F., Buonocore, M., . . . Cavallaro, R. (2013). Theory of mind intervention for outpatients with schizophrenia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(3), 383-400. doi:10.1080/09602011.2012.762751
- Bediou, B., Asri, F., Brunelin, J., Krolak-Salmon, P., D'Amato, T., Saoud, M. y Tazi, I. (2007). Emotion recognition and genetic vulnerability to schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191(2), 126-130. doi:10.1192/bjp.bp.106.028829
- Bell, M. D. y Bryson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 269-279. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006873
- Bell, M., Bryson, G., Greig, T., Corcoran, C. y Wexler, B. E. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: Effects on neurocognitive test

- performance. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 763-768.  
doi:10.1001/archpsyc.58.8.763
- Bell, M., Bryson, G. y Lysaker, P. (1997). Positive and negative affect recognition in schizophrenia: A comparison with substance abuse and normal control subjects. *Psychiatry Research*, 73(1-2), 73–82. doi:10.1016/S0165-1781(97)00111-X
- Bell, M., Bryson, G. y Wexler, B. (2003). Cognitive remediation of working memory deficits: Durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 101-109.  
doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00090.x
- Bell, M. D., Corbera, S., Johannesen, J. K., Fiszdon, J. M. y Wexler, B. E. (2013). Social cognitive impairments and negative symptoms in schizophrenia: Are there subtypes with distinct functional correlates? *Schizophrenia Bulletin*, 39(1), 186-196. doi:10.1093/schbul/sbr125
- Bell, M., Tsang, H. W., Greig, T. C. y Bryson, G. J. (2009). Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 738-747.  
doi:10.1093/schbul/sbm169
- Bellack, A. S., Blanchard, J. J. y Mueser, K. T. (1996). Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(3), 535–544.  
doi:10.1093/schbul/22.3.535

- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., . . . Patrick, D. L. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(3), 805-822. doi:10.1093/schbul/sbl035
- Bellack, A. S., Sayers, M., Mueser, K. T. y Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(2), 371-378. doi:10.1037/0021-843X.103.2.371
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, *21*(8), 1143-1192. doi:10.1016/S0272-7358(01)00106-4
- Bentall, R. P., Kinderman, P. y Manson, K. (2005). Self-discrepancies in bipolar disorder: Comparison of manic, depressed, remitted and normal participants. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*(4), 457-473. doi:10.1348/014466505X29189
- Benton, A. L., Hamsher, K. S., Varney, N. R. y Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment: A clinical manual*. New York: Oxford University Press.
- Benton, A. L., Sivan, A. B., Hamsher, K. S., Varney, N. R. y Spreen, O. (1994). *Contributions to neuropsychological assessment: A clinical manual (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.

- Benton, A. L., Varney, N. R. y Hamsher, K. D. (1978). Visuospatial judgment: A clinical test. *Archives of Neurology*, 35(6), 364-367. doi:10.1001/archneur.1978.00500300038006
- Bertrand, M., Sutton, H., Achim, A. M., Malla, A. K. y Lepage, M. (2007). Social cognitive impairments in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 124-133. doi:10.1016/j.schres.2007.05.033
- Biehl, M., Matsumoto, D., Ekman, P. y Hearn, V. (1997). Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian Facial Expression and Emotion (JACFEE): reliability data and cross national differences. *Journal of Nonverbal Behavior* 21(1), 3-21. doi:10.1023/A:1024902500935
- Bigelow, N. O., Paradiso, S., Adolphs, R., Moser, D. J., Arndt, S., Heberlein, A., . . . Andreasen, N. C. (2006). Perception of socially relevant stimuli in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 83(2-3), 257-267. doi:10.1016/j.schres.2005.12.856
- Bilder, R. M., Goldman, R. S., Robinson, D., Reiter, G., Bell, L., Bates, J. A., . . . Woerner, M. G. (2000). Neuropsychology of first-episode schizophrenia: Initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 549-559. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.549
- Binder, J., Albus, M., Hubmann, W., Scherer, J., Sobizack, N., Franz, U., . . . Hecht, S. (1998). Neuropsychological impairment and psychopathology in first-episode schizophrenic patients related to the early course of illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248(2), 70-77. doi:10.1007/s004060050020

- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859. doi:10.1192/bjp.157.6.853
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Bonga, C., Piet, O. y Robin, E. (2008). First-episode psychosis: An update. *SAJP*, 14(1), 14-19.
- Bronshtein, U. (2006). Theory of mind in schizophrenia. *Harefuah*, 145(12), 926-31, 939.
- Bora, E., Gökçen, S., Kayahan, B. y Veznedaroglu, B. (2008). Deficits of social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind in remitted patients with schizophrenia: Effect of residual symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 95-99. doi:10.1097/NMD.0b013e318162a9e1
- Bora, E., Yucel, M. y Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1-3), 1-9. doi:10.1016/j.schres.2008.12.020
- Bosco, F. M., Colle, L., Pecorara, R. S. y Tirassa, M. (2006). ThOMAS, theory of mind assessment scale: Uno strumento per la valutazione della teoria della mente. *Sistemi Intelligenti*, 18(2), 215-242. doi:10.1422/22502
- Bowers, D., Blonder, L. y Heilman, K. (1991). *The Florida Affect Battery*. Gainesville, F.L: University of Florida.

- Bowie, C. R., Leung, W. W., Reichenberg, A., McClure, M. M., Patterson, T. L., Heaton, R. K. y Harvey, P. D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological Psychiatry*, 63(5), 505-511. doi:10.1016/j.biopsych.2007.05.022
- Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton, R. K. y Harvey, P. D. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 418-425. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.418
- Brandt, J. y Benedict, R. (2001). *Hopkins Verbal Learning Test-Revised*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brekke, J. (2007). *The relationship between cognitive and environmental determinants of the functional dimensions in schizophrenia*. Invited presentation to NIMH-sponsored conference, Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS-CT). Bethesda, August 21–22.
- Brekke, J. S., Hoe, M., Long, J. y Green, M. F. (2007). How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1247-1256. doi:10.1093/schbul/sbl072
- Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S. y Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 213-225. doi:10.1016/j.schres.2005.07.008

- Brekke, J. S., Kohrt, B. y Green, M. F. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 697-708. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006908
- Brekke, J. S. y Long, J. D. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 667-680. doi:http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033485
- Brekke, J. y Nakagami, E. (2010). The relevance of neurocognition and social cognition for outcome and recovery in schizophrenia. En: V. Roder y A. Medalia (Eds.), *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment Vol.177* (pp. 23-36). Key Issues Ment Health: Basel, Karger. doi:10.1159/000284376
- Brenner, H. D, Seeger, G. y Stramke, W. G. (1980). Evaluation eines spezifischen Therapie programs zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronischschizophrener Patienten in einemnaturalistischen Feldexperiment. En: D. Hautzinger y W. Schulz (Eds.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Bd. 4* (pp. 31-46). Tübingen, Germany: GWG/DGVT.
- Bright, P., Jaldow, E. y Kopelman, M. D. (2002). The national adult reading test as a measure of premorbid intelligence: A comparison with estimates derived from demographic variables. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(06), 847-854. doi:10.1017/S1355617702860131

- Brill, N., Levine, S., Reichenberg, A., Lubin, G., Weiser, M. y Rabinowitz, J. (2009). Pathways to functional outcomes in schizophrenia: The role of premorbid functioning, negative symptoms and intelligence. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 40-46. doi:10.1016/j.schres.2009.02.016
- Bromley, E. y Brekke, J. S. (2010). Assessing function and functional outcome in schizophrenia. En: N. R. Swerdlow (Eds.), *Behavioral neurobiology of schizophrenia and its treatment. Current Topics in Behavioral Neurosciences, Vol.4* (pp. 3-21). New York: Springer. doi:10.1007/7854\_2010\_40
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(1), 57-64. doi:10.1016/S0920-9964(02)00162-7
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133(2-3), 135-147. doi:10.1016/j.psychres.2004.10.007
- Brüne, M. y Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437-455. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.08.001
- Brunet, E., Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M. y Decety, J. (2000). A PET investigation of the attribution of intentions with a nonverbal task. *NeuroImage*, 11(2), 157-166. doi:10.1006/nimg.1999.0525

- Bryson, G., Bell, M. y Lysaker, P. (1997). Affect recognition in schizophrenia: A function of global impairment or a specific cognitive deficit. *Psychiatry Research*, 71(2), 105-113. doi:10.1016/S0165-1781(97)00050-4
- Buchanan, R. W., Freedman, R., Javitt, D. C., Abi-Dargham, A. y Lieberman, J. A. (2007). Recent advances in the development of novel pharmacological agents for the treatment of cognitive impairments in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1120-1130. doi:10.1093/schbul/sbm083
- Burns, J. (2006). The social brain hypothesis of schizophrenia. *World Psychiatry*, 5(2), 77-81.
- Burns, N. R., Bastian, V. A. y Nettelbeck, T. (2007). Emotional intelligence: More than personality and cognitive ability? En: G. Matthews, M. Zeidner y R. D. Roberts (Eds.), *The Science of Emotional Intelligence: Knowns and Unknowns* (pp. 167-196). New York: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195181890.003.0007
- Butler, P. D., Silverstein, S. M. y Dakin, S. C. (2008). Visual perception and its impairment in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 64(1), 40-47. doi:10.1016/j.biopsych.2008.03.023
- Butman, J. (2001). La cognición social y la corteza cerebral. *Revista Neurológica Argentina*, 26(3), 117-122. ISSN: 0325-0938
- Butman, J., Abel, C. y Allegri, R. F. (2003). Bases cognitivas de la conducta social humana. *II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet*. Tomado de:

- www.serviciode.com/congreso/congress/pass/conference/Butman.html1, el 2 de enero de 2009.
- Caletti, E., Paoli, R. A., Fiorentini, A., Cigliobianco, M., Zugno, E., Serati, M., . . . Caldiroli, A. (2013). Neuropsychology, social cognition and global functioning among bipolar, schizophrenic patients and healthy controls: Preliminary data. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 661. doi:10.3389/fnhum.2013.00661
- Calev, A. (1999). Neuropsychology of schizophrenia and related disorders. En: A. Calev (Ed.), *Assessment of Neuropsychological Functions in Psychiatric Disorders* (pp. 33-66). Washington (D.C): American Psychiatric Press.
- Calkins, M. E., Gur, R. C., Ragland, J. D. y Gur, R. E. (2005). Face recognition memory deficits and visual object memory performance in patients with schizophrenia and their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1963-1966. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1963
- Call, J. y Tomasello, M. (2008). Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(5), 187-192. doi:10.1016/j.tics.2008.02.010
- Camuñas, N. y Tobal, J. J. M. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *EduPsykhé: Revista De Psicología y Psicopedagogía*, 4(2), 179-197.
- Cannon-Spoor, H. E., Potkin, S. G. y Wyatt, R. J. (1982). Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 8(3), 470-484. doi:10.1093/schbul/8.3.470

- Carlson, M. C., Fried, L. P., Xue, Q., Bandeen-Roche, K., Zeger, S. L. y Brandt, J. (1999). Association between executive attention and physical functional performance in community-dwelling older women. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), S262-S270. doi:10.1093/geronb/54B.5.S262
- Carpenter, W. T., Strauss, J. S. y Bartko, J. J. (1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Science*, 182(4118), 1275-1278. doi:10.1126/science.182.4118.1275
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G. y Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35(3), 247-253. doi:10.1016/S0920-9964(98)00142-X
- Cavieres, F. A. y Valdebenito, V. M. (2007). Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia: Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 45(2), 120-128. doi:10.4067/S0717-92272007000200005
- Censits, D. M., Ragland, J. D., Gur, R. C. y Gur, R. E. (1997). Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 24(3), 289-298. doi:10.1016/S0920-9964(96)00091-6
- Chambon, V., Baudouin, J. y Franck, N. (2006). The role of configural information in facial emotion recognition in schizophrenia.

- Neuropsychologia/Neuropsychologica*, 44(12), 2437-2444.  
doi:10.1016/j.neuropsychologia.2006.04.008
- Chan, R. C., Chen, E. Y., Cheung, E. F., Chen, R. Y. y Cheung, H. K. (2006). The components of executive functioning in a cohort of patients with chronic schizophrenia: A multiple single-case study design. *Schizophrenia Research*, 81(2-3), 173-189. doi:10.1016/j.schres.2005.08.011
- Chan, R. C., Shum, D., Touloupoulou, T. y Chen, E. Y. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(2), 201-216. doi:10.1016/j.acn.2007.08.010
- Chia-Ting, S., Hong-Son, N., Ai-Lun, Y. y Chung-Ying, L. (2014). Psychometric evaluation of the Short Form 36 Health Survey (SF-36) and the World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-BREF) for patients with schizophrenia. *Psychological Assessment*, 26(3), 980-989. doi:10.1037/a0036764
- Choi, J., Fiszdon, J. M. y Medalia, A. (2010). Expectancy-value theory in persistence of learning effects in schizophrenia: Role of task value and perceived competency. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 957-965. doi:10.1093/schbul/sbq078
- Choi, J. y Medalia, A. (2005). Factors associated with a positive response to cognitive remediation in a community psychiatric sample. *Psychiatric Services*, 56(5), 602-604. doi:10.1176/appi.ps.56.5.602

- Chung, Y. S., Kang, D., Shin, N. Y., Yoo, S. Y. y Kwon, J. S. (2008). Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 111-118. doi:10.1016/j.schres.2007.11.012
- Clarke, M., Whitty, P., Browne, S., McTigue, O., Kinsella, A., Waddington, J. L., . . . O'Callaghan, E. (2006). Suicidality in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 221-225. doi:10.1016/j.schres.2006.05.026
- Clore, G. L., Wyer Jr, R. S., Dienes, B., Gasper, K., Gohm, C. y Isbell, L. (2001). Affective feelings as feedback: Some cognitive consequences. En: L. L. Martin y G. L. Clore (Eds.), *Theories of Mood and Cognition: A Users Guidebook* (pp. 27-62). Mahwah, N. J: Erlbaum.
- Cohen, A. S. y Minor, K. S. (2010). Emotional experience in patients with schizophrenia revisited: Meta-analysis of laboratory studies. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 143-150. doi:10.1093/schbul/sbn061
- Cohen, A. S., St-Hilaire, A., Aakre, J. M. y Docherty, N. M. (2009). Understanding anhedonia in schizophrenia through lexical analysis of natural speech. *Cognition and Emotion*, 23(3), 569-586. doi:10.1080/02699930802044651
- Coleman, M. J., Cook, S., Matthyse, S., Barnard, J., Lo, Y., Levy, D. L., . . . Holzman, P. S. (2002). Spatial and object working memory impairments in schizophrenia patients: A Bayesian item-response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 425-435. doi:10.1037/0021-843X.111.3.425
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., García-García, M., Reinares, M., Torrent, C., ... Salameró, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la

- manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica (Barc)*, 119(10), 366-371. doi:10.1016/S0025-7753(02)73419-2
- Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D. L., Tiegreen, J. y Stem, P. (2007b). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophrenia Research* 91(1-3), 112–116. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.007
- Combs, D. R. y Gouvier, W. (2001). The role of attention in affect perception: An examination of Mirsky's four-factor model of attention in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 727-738. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007126
- Combs, D. R., Penn, D. L., Michael, C. O., Basso, M. R., Wiedeman, R., Siebenmorgan, M., . . . Chapman, D. (2009). Perceptions of hostility by persons with and without persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(1), 30-52. doi:10.1080/13546800902732970
- Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M. y Waldheter, E. (2007a). The ambiguous intentions hostility questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(2), 128-143. doi:10.1080/13546800600787854
- Corcoran, R. y Frith, C. D. (2003). Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33(5), 897-905. doi:10.1017/S0033291703007529

- Corcoran, R., Mercer, G. y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 17(1), 5–13. doi:10.1016/0920-9964(95)00024-G
- Corcoran, R., Rowse, G., Moore, R., Blackwood, N., Kinderman, P., Howard, R., . . . Bentall, R. P. (2008). A transdiagnostic investigation of ‘theory of mind’ and ‘jumping to conclusions’ in patients with persecutory delusions. *Psychological Medicine*, 38(11), 1577-1583. doi:10.1017/S0033291707002152
- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Bearden, C. E. y Cannon, T. D. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 688-702. doi:10.1093/schbul/sbm029
- Cornblatt, B. A. y Keilp, J. G. (1994). Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 31-46. doi:10.1093/schbul/20.1.31
- Corrigan, P. W. (1997). The social perceptual deficits of schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 60(4), 309-326.
- Corrigan, P. W. y Addis, I. B. (1995). The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16(2), 137–144. doi:10.1016/0920-9964(94)00072-G
- Corrigan, P. W., Buican, B. y Toomey, R. (1996c). Construct validity of two tests of social cognition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 63(1), 77-82. doi:10.1016/0165-1781(96)02897-1

- Corrigan, P. W., Garman, A. y Nelson, D. (1996a). Situational feature recognition in schizophrenic outpatients. *Psychiatry Research*, 62(3), 251–257. doi:10.1016/0165-1781(96)02798-9
- Corrigan, P. W. y Green, M. F. (1993a). Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: The role of abstraction. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 589-594.
- Corrigan, P. W. y Green, M. F. (1993b). The Situational Feature Recognition Test: A measure of schema comprehension for schizophrenia. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3(1), 29-35.
- Corrigan, P. W., Green, M. F. y Toomey, R. (1994). Cognitive correlates to social cue perception in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53(2), 141-151. doi:10.1016/0165-1781(94)90105-8
- Corrigan, P. W., Silverman, R., Stephenson, J., Nugent-Hirschbeck, J. y Buican, B. J. (1996b). Situational familiarity and feature recognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 153-161. doi:10.1093/schbul/22.1.153
- Corrigan, P. W., Wallace, C. J. y Green, M. F. (1992). Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8(2), 129-135. doi:10.1016/0920-9964(92)90029-5
- Costanzo, M. y Archer, D. (1989). Interpreting the expressive behavior of others: The interpersonal perception task. *Journal of Nonverbal Behavior*, 13(4), 225-245. doi:10.1007/BF00990295

- Couture, S. M., Penn, D. L., Addington, J., Woods, S. W. y Perkins, D. O. (2008). Assessment of social judgments and complex mental states in the early phases of psychosis. *Schizophrenia Research*, *100*(1-3), 237-241. doi:10.1016/j.schres.2007.12.484
- Couture, S. M., Penn, D. L. y Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, *32 Suppl 1*, S44-63. doi:10.1093/schbul/sbl029
- Craig, T. J., Bromet, E. J., Fennig, S., Tanenberg-Karant, M., Lavelle, J. y Galambos, N. (2000). Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *The American Journal of Psychiatry*, *157*(1), 60-66.
- Dalmaso, M., Galfano, G., Tarqui, L., Forti, B. y Castelli, L. (2013). Is social attention impaired in schizophrenia? gaze, but not pointing gestures, is associated with spatial attention deficits. *Neuropsychology*, *27*(5), 608-613. doi:10.1037/a0033518
- Damasio, A. R. y Anderson, S. W. (1993). The Frontal Lobes. En: K. M. Heilman y E. Valenstein (Eds.), *Clinical Neuropsychology, 4<sup>th</sup> Edition* (pp. 404-406). New York: Oxford University Press.
- Danion, J., Kazes, M., Huron, C. y Karchouni, N. (2003). Do patients with schizophrenia consciously recollect emotional events better than neutral events? *American Journal of Psychiatry*, *160*(10), 1879-1881. doi:10.1176/appi.ajp.160.10.1879

- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 156(6), 798-808. doi:10.1192/bjp.156.6.798
- David, A., van Os, J., Jones, P., Harvey, I., Foerster, A. y Fahy, T. (1995). Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 621-628. doi:10.1192/bjp.167.5.621
- Davies, M. y Stone, T. (1995). *Folk psychology: The theory of mind debate*. Oxford: Blackwell.
- Davis, P. J. y Gibson, M. G. (2000). Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 445-450. doi:10.1037/0021-843X.109.3.445
- Dawes, S. E., Jeste, D. V. y Palmer, B. W. (2011). Cognitive profiles in persons with chronic schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(8), 929-936. doi:10.1080/13803395.2011.578569
- Dawson, S., Kettler, L., Burton, C. y Galletly, C. (2012). Do people with schizophrenia lack emotional intelligence? *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1-8. doi:10.1155/2012/495174
- De Achával, D., Costanzo, E. Y., Villarreal, M., Jáuregui, I. O., Chiodi, A., Castro, M. N., . . . Guinjoan, S. M. (2010). Emotion processing and theory of mind in schizophrenia patients and their unaffected first-degree relatives. *Neuropsychologia*, 48(5), 1209-1215. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.12.019

- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- De Jaegher, H., Di Paolo, E. y Gallagher, S. (2010). Can social interaction constitute social cognition? *Trends in Cognitive Sciences*, 14(10), 441-447. doi:10.1016/j.tics.2010.06.009
- De la Serna, E., Andrés-Perpiñá, S., Puig, O., Baeza, I., Bombin, I., Bartrés-Faz, D., . . . Mayoral, M. (2013). Cognitive reserve as a predictor of two year neuropsychological performance in early onset first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 143(1), 125-131. doi:10.1016/j.schres.2012.10.026
- Del Ser, T., González-Montalvo, J. I., Martínez-Espinosa, S., Delgado-Villapalos, C. y Bermejo, F. (1997). Estimation of Premorbid Intelligence in Spanish People with the Word Accentuation Test and Its Application to the Diagnosis of Dementia. *Brain and Cognition*, 33(3), 343-356. doi:10.1006/brcg.1997.0877
- Delahunty, A. y Morice, R., (1993). *The Frontal Executive Program. A Neurocognitive Rehabilitation Program for Schizophrenia, Revised Edition*. New South Wales Department of Health, Albury, NSW, Australia.
- Delahunty, A., Reeder, C., Wykes, T., Morice, R. y Newton, E. (2002). *Revised Cognitive Remediation Therapy Manual*. London: Institute of Psychiatry.
- De Vries, M., Holland, R. W. y Witteman, C. L. (2008). Fitting decisions: Mood and intuitive versus deliberative decision strategies. *Cognition and Emotion*, 22(5), 931-943. doi:10.1080/02699930701552580

- Dickinson, D., Iannone, V. N., Wilk, C. M. y Gold, J. M. (2004). General and specific cognitive deficits in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 55(8), 826-833. doi:10.1016/j.biopsych.2003.12.010
- Dickinson, D., Ramsey, M. E. y Gold, J. M. (2007). Overlooking the obvious: A meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 532-542. doi:10.1001/archpsyc.64.5.532
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. En: H. Grad, A. Blanco y J. Georgas (Eds.), *Key issues in Cross-cultural Psychology* (pp. 319-330). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger B.V.
- Dolcos, F. y Denkova, E. (2014). Current emotion research in cognitive neuroscience: Linking enhancing and impairing effects of emotion on cognition. *Emotion Review*, 6(4), 362-375. doi:10.1177/1754073914536449
- Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C. y Herpertz, S. C. (2007). Oxytocin improves “mind-reading” in humans. *Biological Psychiatry*, 61(6), 731-733. doi:10.1016/j.biopsych.2006.07.015
- Duñó, R., Pousa, E., Miguélez, M., Ruiz, A., Langohr, K. y Tobeña, A. (2008). Ajuste premórbido pobre vinculado al deterioro en habilidades de teoría de la mente: Estudio en pacientes esquizofrénicos estabilizados. *Revista de Neurología*, 47(5), 242-246.
- Eack, S. M., Greeno, C. G., Pogue-Geile, M. F., Newhill, C. E., Hogarty, G. E. y Keshavan, M. S. (2010). Assessing social-cognitive deficits in schizophrenia

- with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 370-380. doi:10.1093/schbul/sbn091
- Eack, S., Greenwald, D., Hogarty, S., Cooley, S., DiBarry, A. L., Montrose, D. y Keshavan, M. (2009). Cognitive enhancement therapy for early-course schizophrenia: Effects of a two-year randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 60(11), 1468-1476. doi:10.1176/appi.ps.60.11.1468
- Eack, S. M., Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S. y Keshavan, M. S. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. *Schizophrenia Research*, 89(1-3), 308-311. doi:10.1016/j.schres.2006.08.018
- Eack, S. M. y Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225-1237. doi:10.1093/schbul/sbl071
- Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Edwards, J., Jackson, H. J. y Pattison, P. E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: A methodological review. *Clinical Psychology Review*, 22(6), 789-832. doi:10.1016/S0272-7358(02)00130-7
- Edwards, J., Pattison, P. E., Jackson, H. J. y Wales, R. J. (2001). Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(2-3), 235-253. doi:10.1016/S0920-9964(00)00099-2

- Ekman, P. (1972). *Emotions in the Human Face*. New York: Pergamon Press.
- Ekman, P. (1976). *Pictures of facial affect*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologist Press.
- Ekman, P. y Friesen, W. (1969). The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding. *Semiotica*, 1(1), 49–98.
- Elfenbein, H. A. y Ambady, N. (2002). On the universality and cultural specificity of emotion recognition: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(2), 203-235. doi:10.1037//0033-2909.128.2.203
- Elizagárate, E., Sánchez, P., Ojeda, N., Napal, O., Peña, J., Mendiola, N., ... Yoller-Elburgo, A. B. (2010). *Guía clínica sobre estrategias terapéuticas en la esquizofrenia refractaria o esquizofrenia resistente a tratamiento. Investigación comisionada*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders imaging in clinical neuroscience. *British Medical Bulletin*, 65(1), 49-59. doi:10.1093/bmb/65.1.49
- Elvevag, B. y Goldberg, T. E. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. *Critical Reviews™ in Neurobiology*, 14(1), 1-21. doi:10.1615/CritRevNeurobiol.v14.i1.10
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770060086012

- Fenigstein, A. (1997). Paranoid thought and schematic processing. *Journal of Social and Clinical Psychology, 16*(1), 77-94. doi:10.1521/jscp.1997.16.1.77
- Fenton, W. S. y McGlashan, T. H. (1991). Natural history of schizophrenia subtypes: I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 48*(11), 969-977. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810350009002
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, J. (2001). *Procesos Psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fervaha, G., Zakzanis, K. K., Foussias, G., Graff-Guerrero, A., Agid, O. y Remington, G. (2014). Motivational deficits and cognitive test performance in schizophrenia. *JAMA Psychiatry, 71*(9), 1058-1065. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1105
- Fett, A. K., Viechtbauer, W., Dominguez, M. D., Penn, D. L., van Os, J. y Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35*(3), 573-588. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.07.001
- Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E. y Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review, 15*(2), 73-95. doi:10.1007/s11065-005-6254-9
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Barcelona: Masson.

- Fiszdon, J. M. y Johannesen, J. K. (2010). Functional significance of preserved affect recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 120-125. doi:10.1016/j.psychres.2009.08.006
- Fitch, W. T., Huber, L. y Bugnyar, T. (2010). Social cognition and the evolution of language: constructing cognitive phylogenies. *Neuron* 65(6), 795-814. doi:10.1016/j.neuron.2010.03.011
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 223-244.
- Fogel, A. y Garvey, A. (2007). Alive communication. *Infant Behavior and Development*, 30(2), 251-257. doi:10.1016/j.infbeh.2007.02.007
- Fornells-Ambrojo, M. y Craig, T. (2011). Intervenciones psicosociales en la psicosis tempranas. *Anuario De Psicología Clínica y De La Salud = Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7, 25-40.
- Fornells-Ambrojo, M. y Garety, P. A. (2009). Attributional biases in paranoia: The development and validation of the Achievement and Relationships Attributions Task (ARAT). *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(2), 87-109. doi:10.1080/13546800902844197
- Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K., van Reekum, R. y Remington, G. (2009). Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 115(2), 333-337. doi:10.1016/j.schres.2009.09.020

- Frances, A. (2010). *Abriendo la caja de pandora las 19 peores sugerencias del DSM-V. Preparémonos. Lo peor está por venir: el DSM-V: Una pandemia de trastornos mentales* (Críticas al DSM-V, publicadas por el autor del DSM-IV). Recuperado de: <http://psiquiatrianet.wordpress.com/2010/04/19/criticas-al-dsm-v/>
- Freeman, D., Dunn, G., Garety, P. A., Bebbington, P., Slater, M., Kuipers, E., . . . Ray, K. (2005). The psychology of persecutory ideation I: A questionnaire survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(5), 302-308. doi:10.1097/01.nmd.0000161687.12931.67
- Freeman, D. y Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923-947. doi:10.1016/S0005-7967(02)00104-3
- Freeman, D., Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G. (2004). Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 671–680. doi:10.1037/0022-006X.72.4.671
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D. y Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331-347. doi:10.1348/014466502760387461
- Fretland, R. A., Andersson, S., Sundet, K., Andreassen, O. A., Melle, I. y Vaskinn, A. (2015). Theory of mind in schizophrenia: Error types and associations with symptoms. *Schizophrenia Research*, 162(1–3), 42–46. doi:10.1016/j.schres.2015.01.024

- Freudenreich, O., Deckersbach, T. y Goff, D. (2004). Insight into current symptoms of schizophrenia. association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 14-20. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00319.x
- Friedman, D. y Squires-Wheeler, E. (1994). Event-related potentials (ERPs) as indicators of risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 63-74. doi:10.1093/schbul/20.1.63
- Friis, S. (2014). Prediction of outcome in schizophrenia depends on the sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(4), 241-242. doi:10.1111/acps.12288
- Friis, S., Sundet, K., Rund, B., Vaglum, P. y McGlashan, T. (2002). Neurocognitive dimensions characterizing patients with first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 181(43), s85-s90. doi:10.1192/bjp.181.43.s85
- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hillsdale, NJ England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Frith, C. D. (1996). Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1(4), 305-318. doi:10.1080/135468096396460
- Frith, C. D. y Corcoran, R. (1996). Exploring theory of mind in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26(3), 521-530. doi:10.1017/S0033291700035601
- Frith, U. y Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 358(1431), 459-473. doi:10.1098/rstb.2002.1218

- Frith, C. D. y Frith, U. (2007). Social cognition in humans. *Current Biology*, 17(16), R724-R732. doi:10.1016/j.cub.2007.05.068
- Frommann, N., Streit, M. y Wölwer, W. (2003). Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: A new training program. *Psychiatry Research*, 117(3), 281-284. doi:10.1016/S0165-1781(03)00039-8
- Gaebel, W. (2011). Neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. En: W. P. Horan, R. Kern, P. Harvey y M. F. Green (Eds.), *Schizophrenia: Current Science and Clinical Practice*, (Charter 3). Wiley: Chichester. doi:10.1002/9780470978672.ch3
- Galderisi, S., Davidson, M., Kahn, R. S., Mucci, A., Boter, H., Gheorghie, M. D., . . . López-Ibor, J. J. (2009). Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: The EUFEST study. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 104-114. doi:10.1016/j.schres.2009.09.022
- Gallagher, S. (2005). *How the body Shapes the Mind*. Oxford University Press.
- Gallagher, H., Happe, F., Brunswick, N., Fletcher, P., Frith, U. y Frith, C. (2000). Reading the mind in cartoons and stories: An fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*, 38(1), 11-21. doi:10.1016/S0028-3932(99)00053-6
- García, S., Fuentes, I., Ruiz, J. C., Gallach, E. y Roder, V. (2003). Application of the IPT in a Spanish sample of the «Social Perception Subprogramme». *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 299-310.

- García-Portilla, M. P., Gomar, J. J., Bobes-Bascaran, M. T., Menéndez-Miranda, I., Saiz, P. A., Muñiz, J., . . . Bobes, J. (2013). Validation of a European Spanish version of the University of California Performance Skills Assessment (sp-UPSA) in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research, 150*(2-3), 421-426. doi:10.1016/j.schres.2013.07.049
- García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousono, M., Bascaran, M. T., Guzmán-Quilo, C. y Bobes, J. (2011). Validación de la versión española de la escala de funcionamiento personal y social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Revista De Psiquiatría y Salud Mental, 4*(1), 9-18. doi:10.1016/j.rpsm.2010.11.003
- Gard, D. E., Fisher, M., Garrett, C., Genevsky, A. y Vinogradov, S. (2009). Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 115*(1), 74-81. doi:10.1016/j.schres.2009.08.015
- Garety, P. A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(2), 113-154. doi:10.1348/014466599162700
- Garrido, G., Barrios, M., Penadés, R., Enríquez, M., Garolera, M., Aragay, N., . . . Alberní, J. (2013). Computer-assisted cognitive remediation therapy: Cognition, self-esteem and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 150*(2), 563-569. doi:10.1016/j.schres.2013.08.025

- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R. y Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente "Hinting Task". *Revista De Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 79-88. doi:10.1016/j.rpsm.2011.11.004
- Golden, C. J. (2001). *Stroop: Test de colores y palabras (3º Ed.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goldman, A. y Vignemont, F. (2009). Is social cognition embodied? *Trends in Cognitive Sciences*, 13(4), 154-159. doi:10.1016/j.tics.2009.01.007
- Goldstein, F. C. y Levin, H. S. (1987). Disorders of reasoning and problem-solving ability. En: M. J. Meier, A. Benton y L. Diller (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 327–354). New York: Guilford Press.
- Goldstein, G., Shemansky, W. J. y Allen, D. N. (2005). Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(2), 153-159. doi:10.1192/bjp.bp.108.055731
- González-Blanch, C., Crespo-Facorro, B., Álvarez-Jiménez, M., Rodríguez-Sánchez, J. M., Pelayo-Terán, J. M., Pérez-Iglesias, R. y Vázquez-Barquero, J. L. (2007). Cognitive dimensions in first-episode schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 968-977. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.08.009
- Granholtm, E., Holden, J., Link, P. C. y McQuaid, J. R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: Improvement in functioning and experiential negative symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, doi:10.1037/a0037098

- Grant, P. M. y Beck, A. T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 798-806. doi:10.1093/schbul/sbn008
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430
- Green, M. F., Kern, R. S. y Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72(1), 41-51. doi:10.1016/j.schres.2004.09.009
- Green, M. F. y Nuechterlein, K. H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 309-319.
- Green, M. F. y Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophrenia Research*, 72(1), 1-3. doi:10.1016/j.schres.2004.09.006
- Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L. y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882-887. doi:10.1093/schbul/sbi049
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., . . . Heinsen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on

- definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220. doi:10.1093/schbul/sbm145
- Green, M. J. y Phillips, M. L. (2004). Social threat perception and the evolution of paranoia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(3), 333-342. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.03.006
- Greenwood, K., Smith, S., White, V., Morris, R. y Wykes, T. (2006). Validating a new virtual reality measure of community function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81, 122.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. En: Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Editor. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)
- Guastella, A. J., Mitchell, P. B. y Dadds, M. R. (2008). Oxytocin increases gaze to the eye region of human faces. *Biological Psychiatry*, 63(1), 3-5. doi:10.1016/j.biopsych.2007.06.026
- Gur, R. E., March, M., Calkins, M. E., Weittenhiller, L., Wolf, D. H., Turetsky, B. I. y Gur, R. C. (2015). Negative symptoms in youths with psychosis spectrum features: Complementary scales in relation to neurocognitive performance and function. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 322-327. doi:10.1016/j.schres.2015.05.037

- Guy, W. (1976). Clinical Global Impression (CGI). En: *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual* (pp. 217-222). Rockville: National Institute of Mental Health.
- Haaga, D. A., Ahrens, A. H., Schulman, P., Seligman, M. E., DeRubeis, R. J. y Minarik, M. L. (1995). Metatraits and cognitive assessment: Application to attributional style and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 121-142. doi:10.1007/BF02229680
- Hall, J., Harris, J. M., Sprengelmeyer, R., Sprengelmeyer, A., Young, A. W., Santos, I. M., . . . Lawrie, S. M. (2004). Social cognition and face processing in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 169-170. doi:10.1192/bjp.185.2.169
- Hamlin, J. K., Wynn, K. y Bloom, P. (2007). Social evaluation by preverbal infants. *Nature*, 450(7169), 557-559. doi:10.1038/nature06288
- Happé, F. G. (1994). An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 129-154. doi:10.1007/BF02172093
- Harrington, L., Siegert, R. y McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(4), 249-286. doi:10.1192/bjp.bp.107.035899

- Harvey, P. D., Velligan, D. I. y Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: Usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1138-1148. doi:10.1093/schbul/sbm040
- Hayashi, N., Yamashina, M., Igarashi, Y. y Kazamatsuri, H. (2001). Improvement of patient attitude toward treatment among inpatients with schizophrenia and its related factors: Controlled study of a psychological approach. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 240-246. doi:10.1053/comp.2001.23136
- Heather, M. (2003). First episode psychosis. What are the signs? *The Canadian Journal of CME*, 131-137.
- Heaton, R., Paulsen, J. S., McAdams, L. A., Kuck, J., Zisook, S., Braff, D., . . . Jeste, D. V. (1994). Neuropsychological deficits in schizophrenics: Relationship to age, chronicity, and dementia. *Archives of General Psychiatry*, 51(6), 469-476. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950060033003
- Heerey, E. A. y Gold, J. M. (2007). Patients with schizophrenia demonstrate dissociation between affective experience and motivated behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 268-278. doi:10.1037/0021-843X.116.2.268
- Heinrichs, R. W., Ammari, N., Miles, A. A. y Vaz, S. M. (2010). Cognitive performance and functional competence as predictors of community independence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 381-387. doi:10.1093/schbul/sbn095

- Heinrichs, R. W., Statucka, M., Goldberg, J. y Vaz, S. M. (2006). The University of California Performance Skills Assessment (UPSA) in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 88(1-3), 135-141. doi:10.1016/j.schres.2006.07.026
- Hempel, R. J., Tulen, J. H., van Beveren, N. J., van Steenis, H. G., Mulder, P. G. y Hengeveld, M. W. (2005). Physiological responsivity to emotional pictures in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 39(5), 509-518. doi:10.1016/j.jpsychires.2004.11.004
- Herbener, E. S., Hill, S. K., Marvin, R. W. y Sweeney, J. A. (2005). Effects of antipsychotic treatment on emotion perception deficits in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1746-1748. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1746
- Herbener, E. S., Rosen, C., Khine, T. y Sweeney, J. A. (2007). Failure of positive but not negative emotional valence to enhance memory in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 43-55. doi:10.1037/0021-843x.116.1.43
- Herbener, E. S., Song, W., Khine, T. T. y Sweeney, J. A. (2008). What aspects of emotional functioning are impaired in schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 239-246. doi:10.1016/j.schres.2007.06.025
- Herold, R., Tenyi, T., Lenard, K. y Trixler, M. (2002). Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32(6), 1125-1129. doi:10.1017/S0033291702005433
- Ho, B., Andreasen, N. C., Ziebell, S., Pierson, R. y Magnotta, V. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: A longitudinal study of first-episode

- schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 128-137.  
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.199.
- Hodel, B., Brenner, H. D., Merlo, M. C. y Teuber, J. F. (1998). Emotional management therapy in early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 172(33), 128-133.
- Hodel, B., Kern, R. S. y Brenner, H. D. (2004). Emotion Management Training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia: first results. *Schizophrenia Research*, 68(1), 107–108. doi:10.1016/S0920-9964(03)00119-1
- Hodge, M. A., Siciliano, D., Withey, P., Moss, B., Moore, G., Judd, G., . . . Harris, A. (2010). A randomized controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 419-427. doi:10.1093/schbul/sbn102
- Hoekert, M., Kahn, R. S., Pijnenborg, M. y Aleman, A. (2007). Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1-3), 135-145.  
doi:10.1016/j.schres.2007.07.023
- Hoff, A. L., Harris, D., Faustman, W. O., Beal, M., DeVilliers, D., Mone, R. D., . . . Csernansky, J. G. (1996). A neuropsychological study of early onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 21-28. doi:10.1016/0920-9964(95)00065-8
- Hoff, A. L., Sakuma, M., Razi, K., Heydebrand, G., Csernansky, J. y DeLisi, L. (2000). Lack of Association between Duration of Untreated Illness and Severity of Cognitive and Structural Brain Deficits at the First Episode of Schizophrenia.

- American Journal Psychiatry*, 157(11), 1824-1828.  
doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1824
- Hoff, A. L., Svetina, C., Shields, G., Stewart, J. y DeLisi, L. E. (2005). Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 78(1), 27-34.  
doi:10.1016/j.schres.2005.05.010
- Hogarty, G. E. y Flesher, S. (1999). Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 677-692.
- Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue-Geile, M., . . . Garrett, A. (2004). Cognitive enhancement therapy for Schizophrenia Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 866-876. doi:10.1001/archpsyc.61.9.866
- Hogarty, G. E. y Greenwald, D. (2006). *Cognitive enhancement therapy: Tire training manual*. Recuperado de: <http://www.CognitiveEnhancementTherapy.com>
- Holgado, H. H. (2011). Riesgo del síndrome de síntomas psicóticos atenuados en DSM-V. *Revista Norte De Salud Mental*, 9(39), 19-26.
- Holshausen, K., Bowie, C. R., Mausbach, B. T., Patterson, T. L. y Harvey, P. D. (2014). Neurocognition, functional capacity, and functional outcomes: The cost of inexperience. *Schizophrenia Research*, 152(2-3), 430-434.  
doi:10.1016/j.schres.2013.08.004
- Holthausen, E. A., Wiersma, D., Cahn, W., Kahn, R. S., Dingemans, P. M., Schene, A. H. y van den Bosch, R. J. (2007). Predictive value of cognition for different

- domains of outcome in recent-onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 71-80. doi:10.1016/j.psychres.2005.07.037
- Hooker, C. y Park, S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 112(1), 41-50. doi:10.1016/S0165-1781(02)00177-4
- Hooker, C. I., Tully, L. M., Verosky, S. C., Fisher, M., Holland, C. y Vinogradov, S. (2011). Can I trust you? Negative affective priming influences social judgments in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 98-107. doi:10.1037/a0020630
- Horan, W. P. y Blanchard, J. J. (2003). Neurocognitive, social, and emotional dysfunction in deficit syndrome schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 65(2-3), 125-137. doi:10.1016/S0920-9964(02)00410-3
- Horan, W. P., Green, M. F., Degroot, M., Fiske, A., Helleman, G., Kee, K., . . . Nuechterlein, K. H. (2012). Social cognition in schizophrenia, part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 865-872. doi:10.1093/schbul/sbr001
- Horan, W. P., Green, M. F., Kring, A. M. y Nuechterlein, K. H. (2006). Does anhedonia in schizophrenia reflect faulty memory for subjectively experienced emotions? *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 496-508. doi:10.1037/0021-843X.115.3.496
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K. y Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study

- of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, 107(1), 47-54.  
doi:10.1016/j.schres.2008.09.006
- Horan, W. P., Kern, R. S., Tripp, C., Helleman, G., Wynn, J. K., Bell, M., . . . Green, M. F. (2011). Efficacy and specificity of social cognitive skills training for outpatients with psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1113-1122. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.01.015
- Horan, W. P., Rassovsky, Y., Kern, R. S., Lee, J., Wynn, J. K. y Green, M. F. (2010). Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 44(8), 499-505. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.11.001
- Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research and training. *Australian Psychologist*, 36(2), 170-176. doi:10.1080/00050060108259650
- Hughes, C. y Dunn, J. (1998). Understanding mind and emotion: Longitudinal associations with mental-state talk between young friends. *Developmental Psychology*, 34(5), 1026-1037. doi:10.1037/0012-1649.34.5.1026
- Hui, C., Morcillo, C., Russo, D. A., Stochl, J., Shelley, G. F., Painter, M., . . . Pérez, J. (2013). Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 148(1-3), 175-180. doi:10.1016/j.schres.2013.05.026
- Humphreys, L. y Barrowclough, C. (2006). Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: Symptom-specific or general coping strategy? *The*

- British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 45(Pt 2), 231-246. doi:10.1348/014466505X50509
- Hutton, S. B., Murphy, F. C., Joyce, E. M., Rogers, R., Cuthbert, I., Barnes, T. R., . . . Robbins, T. W. (2002). Decision making deficits in patients with first-episode and chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 55(3), 249-257. doi:10.1016/S0920-9964(01)00216-X
- Hutton, S. B., Puri, B. K., Duncan, L. J., Robbins, T. W., Barnes, T. R. y Joyce, E. M. (1998). Executive function in first-episode schizophrenia. *Psychological Medicine*, 28(2), 463-473. doi:10.1017/S0033291797006041
- Hyman, S. E. y Fenton, W. S. (2003). What are the right targets for psychopharmacology? *Science*, 299(5605), 358-359. doi:10.1126/science.1077141
- Ickes, W., Gesn, P. R. y Graham, T. (2000). Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? *Personal Relationships*, 7(1), 95-109. doi:10.1111/j.1475-6811.2000.tb00006.x
- Inoue, Y., Yamada, K., Hirano, M., Shinohara, M., Tamaoki, T., Iguchi, H., . . . Kanba, S. (2006). Impairment of theory of mind in patients in remission following first episode of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(5), 326-328. doi:10.1007/s00406-006-0608-z
- Irani, F., Platek, S. M., Panyavin, I. S., Calkins, M. E., Kohler, C., Siegel, S. J., . . . Gur, R. C. (2006). Self-face recognition and theory of mind in patients with

- schizophrenia and first-degree relatives. *Schizophrenia Research*, 88(1-3), 151-160. doi:10.1016/j.schres.2006.07.016
- Izard, C. E., Kagan, J. y Zajonc, R. B. (1984). *Emotions, cognition and behavior*. Cambridge University Press.
- Jabben, N., Arts, B., van Os, J. y Krabbendam, L. (2010). Neurocognitive functioning as intermediary phenotype and predictor of functioning across the psychosis continuum: Studies in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 764-774. doi:10.4088/JCP.08m04837yel
- Jack, R. E., Garrod, O. G. y Schyns, P. G. (2014). Dynamic facial expressions of emotion transmit an evolving hierarchy of signals over time. *Current Biology*, 24(2), 187-192. doi:10.1016/j.cub.2013.11.064
- Jaeger, J., Berns, S. M. y Czobor, P. (2003). The multidimensional scale of independent functioning: a new instrument for measuring functional disability in psychiatric populations. *Schizophrenia Bulletin*, 29(1), 153-168. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006987
- Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J. y van Os, J. (2003). Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 110-117. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00092.x
- Janssen, I., Versmissen, D., Campo, J. A., Myin-Germeys, I., van Os, J. y Krabbendam, L. (2006). Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychological Medicine*, 36(6), 771-778. doi:10.1017/S0033291706007422

- Jepsen, J. R., Fagerlund, B., Pagsberg, A. K., Christensen, A. M., Hilker, R. W., Nordentoft, M. y Mortensen, E. L. (2010). Course of intelligence deficits in early onset, first episode schizophrenia: A controlled, 5-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *19*(4), 341-351. doi:10.1007/s00787-009-0053-4
- Jeste, D. V., Wolkowitz, O. M. y Palmer, B. W. (2011). Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* *37*(3), 451-455. doi: 10.1093/schbul/sbr026
- Johns, L. C. y van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, *21*(8), 1125-1141. doi:10.1016/S0272-7358(01)00103-9
- Johnson, K. J. y Fredrickson, B. L. (2005). “We all look the same to me” positive emotions eliminate the own-race bias in face recognition. *Psychological Science*, *16*(11), 875-881. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01631.x
- Johnson, M. K., McMahon, R. P., Robinson, B. M., Harvey, A. N., Hahn, B., Leonard, C. J., . . . Gold, J. M. (2013). The relationship between working memory capacity and broad measures of cognitive ability in healthy adults and people with schizophrenia. *Neuropsychology*, *27*(2), 220-229. doi:10.1037/a0032060
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. y Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the global assessment of functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *166*(5), 654-659. doi.10.1192/bjp.166.5.654

- Joyce, E. M., Hutton, S. B., Mutsatsa, S. H. y Barnes, T. R. (2005). Cognitive heterogeneity in first-episode schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 187, 516-522. doi:10.1192/bjp.187.6.516
- Kalache, S., Mulsant, B., Davies, S., Liu, A., Voineskos, A., Butters, M., Miranda, D., Menon, M., Kern, R. y Rajji, T. (2015). The Impact of Aging, Cognition, and Symptoms on Functional Competence in Individuals with Schizophrenia Across the Lifespan. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 374-381. doi:10.1093/schbul/sbu114
- Kaney, S. y Bentall, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62(2), 191-198. doi:10.1111/j.2044-8341.1989.tb02826.x
- Kantor, R., Wallner, J. y Winder, C. (1953). Process and reactive schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 157-162. doi:10.1037/h0059210
- Kaustav, C. y Debasish, B. (2010). Insight in schizophrenia – A comprehensive update. *The German Journal of Psychiatry*, 13, 17-30.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. doi:10.1093/schbul/13.2.261
- Kee, K. S., Green, M. F., Mintz, J. y Brekke, J. S. (2003). Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 487-497.

- Kee, K. S., Kern, R. S. y Green, M. F. (1998). Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: What's the link? *Psychiatry Research*, 81(1), 57-65. doi:10.1016/S0165-1781(98)00083-3
- Keefe, R. S., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., Gold, J. M., . . . Neurocognitive Working Group. (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Archives of General Psychiatry*, 64(6), 633-647. doi:10.1001/archpsyc.64.6.633
- Keefe, R. S., Silva, S. G., Perkins, D. O. y Lieberman, J. A. (1999). The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 201-222.
- Kelemenova, S., Schmidtova, E., Ficek, A., Celec, P., Kubranska, A. y Ostatnikova, D. (2010). Polymorphisms of candidate genes in Slovak autistic patients. *Psychiatric Genetics*, 20(4), 137-139. doi:10.1097/YPG.0b013e32833a1eb3
- Kelleher, I. y Cannon, M. (2011). Psychotic-like experiences in the general population: Characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychological Medicine*, 41(1), 1-6. doi:10.1017/S0033291710001005
- Kendler, K. S. y Hays, P. (1982). Schizophrenia with premorbid inferiority feelings: A distinct subgroup? *Archives of General Psychiatry*, 39(6), 643-647. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290060005002
- Kerr, S. y Neale, J. (1993). Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 312-318. doi:10.1037/0021-843X.102.2.312

- Keshavan, M. S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P. D. y Schooler, N. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 70(2-3), 187-194. doi:10.1016/j.schres.2003.11.007
- Kettle, J. W., O'Brien-Simpson, L. y Allen, N. B. (2008). Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: Comparison with community, university and depressed controls. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 96-102. doi:10.1016/j.schres.2007.11.011
- Khatri, N., Romney, D. M. y Pelletier, G. (2001). Validity of Self-Reports About Quality of Life Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(4), 534-535. doi:10.1176/appi.ps.52.4.534
- Kim, N. W., Song, Y. Y., Park, J. Y., Baek, S. Y., Kang, J. I., Lee, E. y An, S. K. (2014). Emotional Dysregulation, Attributional Bias, Neurocognitive Impairment in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis and with Schizophrenia: Its Association with Paranoia. *Korean Journal Schizophrenia Research*, 17(2), 63-71. doi:10.16946/kjsr.2014.17.2.63
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: The internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 261-264. doi:10.1016/0191-8869(95)00186-7
- Kinderman, P., Dunbar, R. y Bentall, R. P. (1998). Theory-of-mind deficits and causal attributions. *British Journal of Psychology*, 89(2), 191-204. doi:10.1111/j.2044-8295.1998.tb02680.x

- Kingdon, D. G. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Kohler, C. G., Bilker, W., Hagendoorn, M., Gur, R. E. y Gur, R. C. (2000). Emotion recognition deficit in schizophrenia: Association with symptomatology and cognition. *Biological Psychiatry*, 48(2), 127-136. doi:10.1016/S0006-3223(00)00847-7
- Kohler, C. G., Turner, T. T., Bilker, W. B., Brensinger, C., Siegel, S. J., Kanesh, S. J., ... Gur, R. (2003). Facial emotion recognition in schizophrenia: Intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1768-1774. doi:10.1176/appi.ajp.160.10.1768
- Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healey, K. M. y Moberg, P. J. (2010). Facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 1009-1019. doi:10.1093/schbul/sbn192
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. y Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, Suppl 1, S12-23. doi:10.1093/schbul/sbl023
- Kosmidis, M. H., Bozikas, V. P., Giannakou, M., Anezoulaki, D., Fantie, B. D. y Karavatos, A. (2007). Impaired emotion perception in schizophrenia: A differential deficit. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 279-284. doi:10.1016/j.psychres.2004.09.011
- Kosmidis, M. H., Giannakou, M., Garyfallos, G., Kiosseoglou, G. y Bozikas, V. P. (2011). The impact of impaired “theory of mind” on social interactions in

- schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(3), 511-521. doi:10.1017/S1355617711000300
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: E. & S. Livingstone.
- Kucharska-Pietura, K., David, A. S., Masiak, M. y Phillips, M. L. (2005). Perception of facial and vocal affect by people with schizophrenia in early and late stages of illness. *The British Journal of Psychiatry*, 187(6), 523-528. doi:10.1192/bjp.187.6.523
- Kurtz, M. M. (2011). Neurocognition as a predictor of response to evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: What is the state of the evidence? *Clinical Psychology Review*, 31(4), 663-672. doi:10.1016/j.cpr.2011.02.008
- Kurtz, M. M., Baker, E., Pearlson, G. D. y Astur, R. S. (2007). A virtual reality apartment as a measure of medication management skills in patients with schizophrenia: A pilot study. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1162-1170. doi:10.1093/schbul/sbl039
- Kurtz, M. M., Moberg, P. J., Mozley, L. H. y Swanson, C. L. (2001). Effectiveness of an attention and memory training program on neuropsychological deficits in schizophrenia. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 15(1), 75-80. doi:10.1177/154596830101500110
- Lakshminarayanan, V. R. y Santos, L. R. (2008). Capuchin monkeys are sensitive to others' welfare. *Current Biology*, 18(21), R999-R1000. doi:10.1016/j.cub.2008.08.057

- Lang, A., Berghofer, G., Kager, A., Steiner, E., Schmidl, F. y Rudas, S. (2002). Predictores de la percepción de la enfermedad mental entre pacientes psicóticos y no psicóticos. *The European Journal of Psychiatry (Edición en Español) [online]*, 16(3), 157-167. <http://dx.doi.org/10.4321/S1579-699X2002000300004>
- Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B. y Catts, S. V. (2001). Mentalising, executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 6(2), 81-108. doi:10.1080/13546800042000061
- Langdon, R., Ward, P. B. y Coltheart, M. (2010). Reasoning anomalies associated with delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 321-330. doi:10.1093/schbul/sbn069
- Lappin, J. M., Morgan, K. D., Morgan, C., Dazzan, P., Reichenberg, A., Zanelli, J. W., . . . Murray, R. M. (2007). Duration of untreated psychosis and neuropsychological function in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 103-110. doi:10.1016/j.schres.2007.05.037
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional (1ª Edición)*. Bs. As., Argentina: Planeta Argentina.
- Lee, E., Kim, J., Namkoong, K., An, S. K., Seok, J., Lee, Y. J., . . . Jeon, J. H. (2006). Aberrantly flattened responsivity to emotional pictures in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143(2), 135-145. doi:10.1016/j.psychres.2005.09.011

- Lee, T. M., Liu, H. L., Chan, C. C., Fang, S. Y. y Gao, J. H. (2005). Neural activities associated with emotion recognition observed in men and women. *Molecular Psychiatry*, *10*(5), 450-455. doi:10.1038/sj.mp.4001595
- Lee, J. y Park, S. (2005). Working memory impairments in schizophrenia: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 599-611. doi:10.1037/0021-843X.114.4.599
- Lehman, A. F., Lieberman, J., Dixon, L., McGlashan, T., Miller, A., Perkins, D. y Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(2 Suppl), 1-56. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.45859
- Leitman, D. I., Foxe, J. J., Butler, P. D., Saperstein, A., medalia, N. y Javitt, D. C. (2005). Sensory contributions to impaired prosodic processing in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *58*(1), 56-61. doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.034
- Leitman, D., Hoptman, M., Foxe, J., Saccente, E., Wylie, G., Nierenberg, J., . . . Javitt, D. (2007). The neural substrates of impaired prosodic detection in schizophrenia and its sensorial antecedents. *American Journal of Psychiatry*, *164*(3), 474-482. doi:10.1176/appi.ajp.164.3.474
- Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S. y Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Españolas Psiquiatría*, *39*(3), 155-162.

- Leonhard, C. y Corrigan, P. W. (2001). Social perception in schizophrenia. En: P. W. Corrigan y D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia* (pp. 73-96). Washington, DC: American Psychological Association.
- Levine, B., Dawson, D., Boutet, I., Schwartz, M. L. y Stuss, D. T. (2000). Assessment of strategic self-regulation in traumatic brain injury: Its relationship to injury severity and psychosocial outcome. *Neuropsychology*, *14*(4), 491-500. doi:10.1037/0894-4105.14.4.491
- Lewis, S. F. y Garver, D. L. (1995). Treatment and diagnostic subtype in facial affect recognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *29*(1), 5-11. doi:10.1016/0022-3956(94)00033-N
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Lieberman, J., Drake, R., Sederer, L., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D. y Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, *59*(5), 487-496. doi:10.1176/appi.ps.59.5.487
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S. y Perkins, D. O. (2006). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN 978-1-58562-191-0
- Lindenmayer, J. P., McGurk, S. R., Khan, A., Kaushik, S., Thanju, A., Hoffman, L., . . . Herrmann, E. (2013). Improving social cognition in schizophrenia: A pilot intervention combining computerized social cognition training with cognitive remediation. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(3), 507-517. doi:10.1093/schbul/sbs120

- Linscott, R. J. y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, *43*(6), 1133-1149. doi:10.1017/S0033291712001626
- Littrell, K. H., Petty, R. G., Hilligoss, N. M., Kirshner, C. D. y Johnson, C. G. (2004). Improvement in social cognition in patients with schizophrenia associated with treatment with olanzapine. *Schizophrenia Research*, *66*(2-3), 201-202. doi:10.1016/S0920-9964(03)00185-3
- López, M., Rodríguez, S., Apiquián, R., Páez, F. y Nicolini, H. (1996). Estudio de traducción y validación de la escala de ajuste premórbido para pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, *19*(3), 24-29.
- Lysaker, P., Gumley, A., Luedtke, B., Buck, K., Ringer, J., Olesek, K., . . . Dimaggio, G. (2013). Social cognition and metacognition in schizophrenia: Evidence of their independence and linkage with outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*, 239-247. doi:10.1111/acps.12012
- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., Nees, M. A. y Davis, L. W. (2004). Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *41*(2), 225-232. doi:10.1016/S0920-9964(03)80061-0
- Lysaker, P. H., Roe, D. y Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia

- spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.  
doi:10.1093/schbul/sbl016
- Lysaker, P., Shea, A., Buck, K., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., . . . Rand, K. (2010). Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 405-413. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01554.x
- Mah, L., Arnold, M. C. y Grafman, J. (2004). Impairment of social perception associated with lesions of the prefrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1247-1255. doi:10.1176/appi.ajp.161.7.1247
- Malla, A. y Payne, J. (2005). First-episode psychosis: Psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 650-671. doi:10.1093/schbul/sbi031
- Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S. y Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 143-151. doi:10.1016/j.schres.2010.11.007
- Mandal, M. K., Pandey, R. y Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 399-412.
- Marjoram, D., Miller, P., McIntosh, A. M., Cunningham Owens, D. G., Johnstone, E. C. y Lawrie, S. (2006). A neuropsychological investigation into 'Theory of Mind'

- and enhanced risk of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 144(1), 29-37.  
doi:10.1016/j.psychres.2006.01.008
- Marková, I. (2005). *Insight in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Markova, I. S. y Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry: A new model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(12), 743-751.  
doi:10.1097/00005053-199512000-00003
- Marková, I. S. y Berrios, G. E. (2002). The 'object' of insight assessment: Relationship to insight 'structure'. *Psychopathology*, 34(5), 245-252. doi:10.1159/000049317
- Martin, F., Baudouin, J., Tiberghien, G. y Franck, N. (2005). Processing emotional expression and facial identity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 134(1), 43-53. doi:10.1016/j.psychres.2003.12.031
- Martin, J. A. y Penn, D. L. (2002). Attributional style in schizophrenia: An investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 131-141.
- 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. doi:10.1016/j.psychres.2014.12.011
- Masand, P. S., Roca, M., Turner, M. S. y Kane, J. M. (2009). Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: A review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(4), 147-154. doi:10.4088/PCC.08r00612

- Mathews, J. y Barch, D. (2004). Episodic memory for emotional and nonemotional words in schizophrenia. *Cognition and Emotion*, 18(6), 721-740. doi:10.1080/02699930341000284
- Mathews, J. R. y Barch, D. M. (2010). Emotion responsivity, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 50-59. doi:10.1037/a0017861
- Mauerhofer, A., Berchtold, A., Michaud, P. y Suris, J. (2009). GPs' role in the detection of psychological problems of young people: A population-based study. *The British Journal of General Practice*, 59(566), e308-e314. doi:10.3399/bjgp09X454115
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). versión 2.0*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. y Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242. doi:10.1037/1528-3542.1.3.232
- Mazza, M., De Risio, A., Surian, L., Roncone, R. y Casacchia, M. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 47(2-3), 299-308. doi:10.1016/S0920-9964(00)00157-2
- Mazza, M., De Risio, A., Tozzini, C., Roncone, R. y Casacchia, M. (2003). Machiavellianism and theory of mind in people affected by schizophrenia. *Brain and Cognition*, 51(3), 262-269. doi:10.1016/S0278-2626(03)00018-6

- Mazza, M., Di Michele, V., Pollice, R., Casacchia, M. y Roncone, R. (2008). Pragmatic language and theory of mind deficits in people with schizophrenia and their relatives. *Psychopathology*, *41*(4), 254-263. doi:10.1159/000128324
- McDonald, S., Flanagan, S. y Rollins, J. (2002). *The Awareness of Social Inference Test*. Suffolk, UK: Thames Valley Test Company, Ltd.
- McDonald, S., Flanagan, S., Rollins, J. y Kinch, J. (2003). TASIT: a new clinical tool for assessing social perception after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *18*(3), 219–238. doi:10.1097/00001199-200305000-00001
- McDowell, C. L., Harrison, D. W. y Demaree, H. A. (1994). Is right hemisphere decline in the perception of emotion a function of aging? *International Journal of Neuroscience*, *79*(1-2), 1-11. doi:10.3109/00207459408986063
- McGorry, P. D., McKenzie, D., Jackson, H. J., Waddell, F. y Curry, C. (2000). Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? *Schizophrenia Research*, *42*(2), 91-100. doi:10.1016/S0920-9964(99)00125-5
- McGrath J. (2005). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(1), 4-11. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00467.x
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*, 67-76. doi:10.1093/epirev/mxn001

- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. y Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2, 13-34. doi:10.1186/1741-7015-2-13
- McGurk, S. R., Mueser, K. T. y Pascaris, A. (2005). Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: One-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 898-909. doi:10.1093/schbul/sbi037
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J. y Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07060906
- Medalia, A. y Choi, J. (2009). Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 19(3), 353-364. doi:10.1007/s11065-009-9097-y
- Medalia, A., Revheim, N. y Herlands, T. (2002). *Remediation of Cognitive Deficits in Psychiatric Outpatients: A Clinician's Manual*. New York, NY: Montefiore Medical Center Press.
- Medalia, A. y Richardson, R. (2005). What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 942-953. doi:10.1093/schbul/sbi045
- Medalia, A. y Thysen, J. (2008). Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1221-1230. doi:10.1093/schbul/sbm144

- Mehta, U. M., Bhagyavathi, H. D., Thirhalli, J., Kumar, K. J. y Gangadhar, B. N. (2014). Neurocognitive predictors of social cognition in remitted schizophrenia. *Psychiatry Research*, 219(2), 268–274. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.055
- Mehta, U. M., Thirhalli, J., Bhagyavathi, H. D., Kumar, J. K., Subbakrishna, D. K., Gangadhar, B. N., Eack, S. M. y Keshavan, M. S. (2014). Similar and contrasting dimensions of social cognition in schizophrenia and healthy subjects. *Schizophrenia Research*, 157(1–3), 70–77. doi: 10.1016/j.schres.2014.05.018
- Merten, J. (2005). Culture, gender and the recognition of the basic emotions. *Psychologia*, 48(4), 306-316. doi:10.2117/psysoc.2005.306
- Mesholam-Gately, R. I., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V. y Seidman, L. J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 23(3), 315-336. doi:10.1037/a0014708
- Meyer, E. C., Carrion, R. E., Cornblatt, B. A., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., . . . the NAPLS group. (2014). The relationship of neurocognition and negative symptoms to social and role functioning over time in individuals at clinical high risk in the first phase of the north american prodrome longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1452-1461. doi:10.1093/schbul/sbt235
- Meyer, U., Schwarz, M. J. y Müller, N. (2011). Inflammatory processes in schizophrenia: A promising neuroimmunological target for the treatment of negative/cognitive symptoms and beyond. *Pharmacology & Therapeutics*, 132(1), 96-110. doi:10.1016/j.pharmthera.2011.06.003

- Milev, P., Ho, B., Arndt, S. y Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: A longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 495-506. doi:10.1176/appi.ajp.162.3.495
- Ministerio de Salud de Chile (2009). *Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Mintz, A. R., Addington, J. y Addington, D. (2004). Insight in early psychosis: A 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 213-217. doi:10.1016/S0920-9964(03)00047-1
- Mintz, A. R., Dobson, K. S. y Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61(1), 75-88. doi:10.1016/S0920-9964(02)00316-X
- Mirsky, A. F., Anthony, B. J., Duncan, C. C., Ahearn, M. B. y Kellam, S. G. (1991). Analysis of the elements of attention: A neuropsychological approach. *Neuropsychology Review*, 2(2), 109-145. doi:10.1007/BF01109051
- Mirsky, A. F., Fantie, B. D. y Tatman, J. E. (1995). Assessment of attention across the lifespan. En: R. L. Mapou, y J. Spector (Eds.), *Clinical Neuropsychological Assessment: A Cognitive Approach* (pp. 17-48). New York, NY: Plenum Press.
- Mishara, A. L. y Goldberg, T. E. (2004). A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia:

- Opening a closed book. *Biological Psychiatry*, 55(10), 1013-1022.  
doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.027
- Mitchley, N. J., Barber, J., Gray, J. M., Brooks, D. N. y Livingston, M. G. (1998).  
Comprehension of irony in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 3(2), 127-  
138. doi:10.1080/135468098396206
- Mizrahi, R., Korostil, M., Starkstein, S. E., Zipursky, R. B. y Kapur, S. (2007). The  
effect of antipsychotic treatment on Theory of Mind. *Psychological Medicine*,  
37(4), 595-601. doi:10.1017/S0033291706009342
- Monsell, S. (2003). Task switching. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(3), 134-140.  
doi:10.1016/S1364-6613(03)00028-7
- Montgomery, S. A. y Asberg, M. A. (1979). A new depression scale designed to be  
sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.  
doi:10.1192/bjp.134.4.382
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A. y O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and  
its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European  
Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 14(5),  
264-269. doi:10.1016/S0924-9338(99)00172-8
- Moritz, S., Andresen, B., Perro, C., Schickel, M., Krausz, M., Naber, D. y PERSIST  
Study Group (2002). Neurocognitive performance in first-episode and chronic  
schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical  
Neuroscience*, 252(1), 33-37. doi:10.1007/s004060200006

- Moritz, S. y Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10(3), 69-78. doi:10.1177/0004867413508451
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S. y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323-329. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x
- Morrison, J. (2006). *DSM-IV Made Easy: the Clinician's Guide to Diagnosis*. New York: The Guilford Press.
- Morrison, R. L., Bellack, A. S. y Mueser, K. T. (1988). Deficits in facial-affect recognition and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(1), 67-83. doi:10.1093/schbul/14.1.67
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S. y Morrison, R. L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5(2), 167-176. doi:10.1016/0920-9964(91)90044-R
- Mueser, K. T., Doonan, R., Penn, D. L., Blanchard, J. J., Bellack, A. S., Nishith, P. y DeLeon, J. (1996). Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 271-275. doi:10.1037/0021-843X.105.2.271

- Mueser, K. T. y Sayers, M. S. D. (1992). Social skills assessment. En: D. J. Kavanagh (Eds.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp. 182-205). Londres: Chapman y Hall.
- Munroe-Blum, H., Collins, E., McCleary, L. y Nuttall, S. (1996). The social dysfunction index (SDI) for patients with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 211-219. doi:10.1016/0920-9964(96)88527-6
- Muñoz-Céspedes, J. M. y Tirapu-Ustarróz, J. (2004). Rehabilitación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 38, 656-663.
- Mutsatsa, S. H., Joyce, E. M., Hutton, S. B. y Barnes, T. R. (2006). Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia: The West London first episode study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(6), 356-363. doi:10.1007/s00406-006-0645-7
- Nahum, M., Fisher, M., Loewy, R., Poelke, G., Ventura, J., Nuechterlein, K. H., . . . Vinogradov, S. (2014). A novel, online social cognitive training program for young adults with schizophrenia: A pilot study. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1), e11-e19. doi:10.1016/j.scog.2014.01.003
- Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M. y Brekke, J. S. (2008). Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: Testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia Research*, 105(1-3), 95-104. doi:10.1016/j.schres.2008.06.015

- National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2011). *First episode: Psychosis. Results from a 2011 NAMI survey*. Arlington.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2009). *Schizophrenia*. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/schizophrenia-booklet-2009.pdf>
- Nayak, G. V., Palmer, B. W., Jeste, D. V. y Heaton, R. K. (2004). *Sensitivity of visual and verbal memory tests to cognitive impairment in schizophrenia*. Annual Meeting of the International Neuropsychology Society, Baltimore, Maryland.
- Nelson H. E. (1982). *National Adult Reading Test (NART)*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Nelson, A. L., Combs, D. R., Penn, D. L. y Basso, M. R. (2007). Subtypes of social perception deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94(1-3), 139-147. doi:10.1016/j.schres.2007.04.024
- Neumann, A., Blairy, S., Lecompte, D. y Philippot, P. (2007). Specificity deficit in the recollection of emotional memories in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 16(2), 469-484. doi:10.1016/j.concog.2006.06.014
- Niedenthal, P. M. (2007). Embodying emotion. *Science*, 316(5827), 1002-1005. doi:10.1126/science.1136930
- Niendam, T., Bearden, C., Johnson, J. y Cannon, T. (2006). *Global functioning: Role scale (GF: Role)*. Los Angeles, CA: University of California.

- Niendam, T. A., Jalbrzikowski, M. y Bearden, C. E. (2009). Exploring predictors of outcome in the psychosis prodrome: Implications for early identification and intervention. *Neuropsychology Review*, 19(3), 280-293. doi:10.1007/s11065-009-9108-z
- Norman, R. M., Townsend, L. y Malla, A. K. (2001) Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first episode patients. *British Journal of Psychiatry*, 179, 340-345. doi:10.1192/bjp.179.4.340
- Nowicki, S. y Duke, M. P. (1994). Individual differences in the nonverbal communication of affect: The diagnostic analysis of nonverbal accuracy scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, 18(1), 9-35. doi:10.1007/BF02169077
- Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F. y Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72(1), 29-39. doi:10.1016/j.schres.2004.09.007
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 160-203. doi:10.1093/schbul/10.2.160
- Nunes, E. A. (2012). Schizophrenia: Progress in multidisciplinary treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 521-522. doi:10.1016/j.rbp.2012.10.003
- O'Carroll, R., Baikie, E. y Whittick, J. (1987). Does the national adult reading test hold in dementia? *British Journal of Clinical Psychology*, 26(4), 315-316. doi:10.1111/j.2044-8260.1987.tb01367.x

- Ochsner, K. N. (2008). The social-emotional processing stream: Five core constructs and their translational potential for schizophrenia and beyond. *Biological Psychiatry*, *64*(1), 48-61. doi:10.1016/j.biopsych.2008.04.024
- Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Segarra, R., . . . Eguíluz, J. I. (2012a). REHACOP: Programa de rehabilitación cognitiva en psicosis. *Revista de Neurología*, *54*(6), 337-342.
- Ojeda, N., Peña, J., Sánchez, P., Bengoetxea, E., Elizagárate, E., Ezcurra, J. y Gutiérrez, M. (2012b). Efficiency of cognitive rehabilitation with REHACOP in chronic treatment resistant hispanic patients. *NeuroRehabilitation*, *30*(1), 65-74. doi:10.3233/NRE-2011-0728
- Ojeda, N., Peña, J., Sánchez, P., Elizagárate, E. y Ezcurra, J. (2008). Processing speed mediates the relationship between verbal memory, verbal fluency, and functional outcome in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *101*(1-3), 225-233. doi:10.1016/j.schres.2007.12.483
- Ojeda, N., Sánchez, P., Elizagárate, E., Yöller, A. B., Ezcurra, J., Ramírez, I. y Ballesteros, J. (2007). Course of cognitive symptoms in schizophrenia: A review of the literature. *Actas Españolas De Psiquiatría*, *35*(4), 263-270.
- Ojeda, N., Sanchez, P., Peña, J., Elizagarate, E., Yoller, A. B., Larumbe, J., . . . Ezcurra, J. (2010). Verbal fluency in schizophrenia: Does cognitive performance reflect the same underlying mechanisms in patients and healthy controls? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(4), 286-291. doi:10.1097/NMD.0b013e3181d61748

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1989). Trastornos mentales y del comportamiento. En: Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Décima revisión internacional de la clasificación internacional de enfermedades* (Versión española del Borrador para Estudios de Campo N° 4). Madrid: Editor.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Ed. Méditor.
- Ostrom, T.M. (1984). The sovereignty of social cognition. En: R. S. Wyer y T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition, Vol. 1* (pp. 1-37). Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports, 10*, 799–812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799
- Palmer, B. W., Dawes, S. E. y Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review, 19*(3), 365-384. doi:10.1007/s11065-009-9109-y
- Pantelis, C., Wood, S. J., Proffitt, T. M., Testa, R., Mahony, K., Brewer, W. J., . . . McGorry, P. D. (2009). Attentional set-shifting ability in first-episode and established schizophrenia: Relationship to working memory. *Schizophrenia Research, 112*(1-3), 104-113. doi:10.1016/j.schres.2009.03.039
- Paquin, K., Wilson, A. L., Cellard, C., Lecomte, T. y Potvin, S. (2014). A systematic review on improving cognition in schizophrenia: Which is the more commonly

- used type of training, practice or strategy learning? *BMC Psychiatry*, 14(1), 139-157. doi:10.1186/1471-244X-14-139
- Parellada, M., Fraguas, D., Bombin, I., Otero, S., Castro-Fornieles, J., Baeza, I., . . . Paya, B. (2009). Insight correlates in child-and adolescent-onset first episodes of psychosis: Results from the CAFEPS study. *Psychological Medicine*, 39(9), 1433-1445. doi:10.1017/S0033291708004868
- Park, S. y Holzman, P. S. (1992). Schizophrenics show spatial working memory deficits. *Archives of General Psychiatry*, 49(12), 975-982. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820120063009
- Patterson, T. L., Goldman, S., McKibbin, C. L., Hughs, T. y Jeste, D. V. (2001). UCSD performance-based skills assessment: Development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 235-245. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006870
- Pedersen, C. A., Gibson, C. M., Rau, S. W., Salimi, K., Smedley, K. L., Casey, R. L., . . . Penn, D. L. (2011). Intranasal oxytocin reduces psychotic symptoms and improves Theory of Mind and Social Perception in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 132(1), 50-53. doi:10.1016/j.schres.2011.07.027
- Penn, D. L. (1991). Cognitive rehabilitation of social deficits in schizophrenia: A direction of promise or following a primrose path? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(1), 27-41. doi:10.1037/h0095803
- Penn, D. L., Combs, D. R., Ritchie, M., Francis, J., Cassisi, J., Morris, S. y Townsend, M. (2000). Emotion recognition in schizophrenia: Further investigation of

- generalized versus specific deficit models. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 512-516. doi:10.1037/0021-843X.109.3.512
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M. y Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121(1), 114-132. doi:10.1037/0033-2909.121.1.114
- Penn, D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D. y Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: The role of context. *Psychiatry Research*, 109(2), 149-159. doi:10.1016/S0165-1781(02)00004-5
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D. y Sterne, A. (2007). Best Practices: The Development of the Social Cognition and Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451. doi:10.1176/appi.ps.58.4.449
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N. y Sheitman, B. (2005a). A pilot study of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 357-359. doi:10.1016/j.schres.2005.07.011
- Penn, D. L., Sanna, L. J. y Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411. doi:10.1093/schbul/sbn014
- Penn, D. L., Spaulding, W., Reed, D. y Sullivan, M. (1996). The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(3), 327-335. doi:10.1016/0920-9964(96)00010-2

- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T. y Lieberman, J. A. (2005b). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220-2232. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2220
- Pentarakis, A., Stefanis, N., Stahl, D., Kaliora, S., Roukas, D., Theleritis, C., . . . Kravariti, E. (2008a). 170–Theory of mind as a potential endophenotype of schizophrenia: Understanding false beliefs in families with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98, 103. doi:10.1016/j.schres.2007.12.237
- Pentarakis, A., Stefanis, N., Stahl, D., Kaliora, S., Roukas, D., Theleritis, C., . . . Kravariti, E. (2008b). 381–Theory of mind in families with schizophrenia: Understanding mental representation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98, 190-191. doi:10.1016/j.schres.2007.12.448
- Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., García-Gorostiaga, I., Gómez-Beldarrain, M. A., Díez-Cirarda, M. y Ojeda, N. (2014). Improving functional disability and cognition in Parkinson Disease: Randomized controlled trial. *Neurology*, (In press).
- Peña, J., Ojeda, N., Segarra, R., Eguiluz, J. I., Garcia, J. y Gutierrez, M. (2011). Executive functioning correctly classified diagnoses in patients with first-episode psychosis: Evidence from a 2-year longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 77-80. doi:10.1016/j.schres.2010.09.019
- Peña-Casanova, J. (1991). *Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona: Masson S.A.

- Peralta V. y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53(1), 31-40. doi:10.1016/0165-1781(94)90093-0
- Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberria, J., Paz Montes, M. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-272. ISSN: 0214-9915
- Perivoliotis, D. y Cather, C. (2009). Cognitive behavioral therapy of negative symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 65(8), 815-830. doi:10.1002/jclp.20614
- Perner, J. y CogNet, M. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge, M.A.: MIT Press.
- Peterson, C., Maier, S. F. y Seligman, M. E. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Seligman, M. E. (1982). The Attributional Style Questionnaire (ASQ). *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), 287-299. doi:10.1007/BF01173577
- Peyroux, E. y Franck, N. (2014). RC2S: A Cognitive Remediation Program to Improve Social Cognition in Schizophrenia and Related Disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 400. doi:10.3389/fnhum.2014.00400
- Pfammatter, M., Brenner, H. D., Junghan, U. M. y Tschacher, W. (2011). The importance of cognitive processes for the integrative treatment of persons with

- schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(suppl 2), S1-S4.  
doi:10.1093/schbul/sbr099
- Phillips, L. (1953). Case history data and prognosis in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 117(6), 515-525. doi:10.1097/00005053-195306000-00004
- Phillips, M., Senior, C. y David, A. (2000). Perception of threat in schizophrenics with persecutory delusions: An investigation using visual scan paths. *Psychological Medicine*, 30(1), 157-167. doi:10.1017/S0033291799001397
- Pickup, G. J. y Frith, C. D. (2001). Theory of mind impairments in schizophrenia: Symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine*, 31(2), 207-220. doi:10.1017/S0033291701003385
- Pijnenborg, G., van der Gaag, M., Bockting, C., van der Meer, L. y Aleman, A. (2011). REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: Study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, 11(1), 161-170. doi:10.1186/1471-244X-11-161
- Pijnenborg, G. H., Withaar, F. K. y Brouwer, W. H. (2007). Impaired perception of negative emotional prosody in schizophrenia. *The Clinical Neuropsychologist*, 21(5), 762-775. doi:10.1080/13854040600788166
- Pinkham, A. E., Gur, R. E. y Gur, R. C. (2007). Affect recognition deficits in schizophrenia: Neural substrates and psychopharmacological implications. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(7), 807-816. doi:10.1586/14737175.7.7.807

- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O. y Lieberman, J. (2003). Implications for the Neural Basis of Social Cognition for the Study of Schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 160(5), 815-824. doi:10.1176/appi.ajp.160.5.815
- Pomarol-Clotet, E., Hynes, F., Ashwin, C., Bullmore, E., McKenna, P. y Laws, K. (2010). Facial emotion processing in schizophrenia: A non-specific neuropsychological deficit? *Psychological Medicine*, 40(6), 911-919. doi:10.1017/S0033291709991309
- Poole, J. H., Tobias, F. C. y Vinogradov, S. (2000). The functional relevance of affect recognition errors in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6(6), 649-658. doi:10.1017/S135561770066602X
- Pousa, E. (2002). *"Measurement of Theory of Mind in Healthy adolescents: Translation and cultural adaptation of False Happé's Theory of Mind Stories (1999)"*. Trabajo de Investigación. Programa de Doctorado en Psicopatología infantil, juvenil y del adulto. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., . . . Stip, E. (2004). The crucial role of sustained attention in community functioning in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 129(2), 171-177. doi:10.1016/j.psychres.2004.07.005
- Psychosis Work Group (2010). *Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome. Proposed revision. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Puche-Navarro, R. (2004). Graphic jokes and children's mind: An unusual way to approach children's representational activity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(4), 343-355. doi:10.1111/j.1467-9450.2004.00414.x
- Puig, O., Penadés, R., Gastó, C., Catalán, R., Torres, A. y Salamero, M. (2008). Verbal memory, negative symptomatology and prediction of psychosocial functioning in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 158(1), 11-17. doi:10.1016/j.psychres.2007.04.017
- Pyne, J. M., Bean, D. y Sullivan, G. (2001). Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 146-153. doi:10.1097/00005053-200103000-00002
- Quirk, S. W. y Strauss, M. E. (2001). Visual exploration of emotion eliciting images by patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(11), 757-765. doi:10.1097/00005053-200111000-00005
- Rassovsky, Y., Green, M. F., Nuechterlein, K. H., Breitmeyer, B. y Mintz, J. (2004). Paracontrast and metacontrast in schizophrenia: Clarifying the mechanism for visual masking deficits. *Schizophrenia Research*, 71(2-3), 485-492. doi:10.1016/j.schres.2004.02.018
- Rassovsky, Y., Horan, W. P., Lee, J., Sergi, M. J. y Green, M. F. (2011). Pathways between early visual processing and functional outcome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 41(3), 487-497. doi:10.1017/S0033291710001054

- Reddy, V. (2009). How infants know minds. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 12(1), 129-134.  
doi:10.1080/13698030902742961
- Reeder, C., Smedley, N., Butt, K., Bogner, D. y Wykes, T. (2006). Cognitive predictors of social functioning improvements following cognitive remediation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl 1), S123-S131.  
doi:10.1093/schbul/sbl019
- Reitan, R. M. y Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Therapy and clinical interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychological Press.
- Reivich, K. (1995). The measurement of explanatory style. En: G. M. Buchanan y M. E. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 21-48). Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.
- Revheim, N. y Medalia, A. (2004). The Independent Living Scales as a Measure of Functional Outcome for Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55(9), 1052-1054.  
doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1052
- Richardson, M. J., Marsh, K. L., Isenhower, R. W., Goodman, J. R. y Schmidt, R. C. (2007). Rocking together: Dynamics of intentional and unintentional interpersonal coordination. *Human Movement Science*, 26(6), 867-891.  
doi:10.1016/j.humov.2007.07.002
- Riley, E. M., McGovern, D., Mockler, D., Doku, V. C., O'Ceallaigh, S., Fannon, D. G., . . . Sharma, T. (2000). Neuropsychological functioning in first-episode psychosis

- evidence of specific deficits. *Schizophrenia Research*, 43(1), 47-55.  
doi:10.1016/S0920-9964(99)00177-2
- Rittmannsberger, H., Pachinger, T., Keppelmüller, P. y Wancata, J. (2004). Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatric Services*, 55(2), 174-179. doi:10.1176/appi.ps.55.2.174
- Rivière, A. (2000). Teoría de la mente y metarrepresentación. En: P. Chacón y M. Rodríguez (Eds.), *Pensando en la mente: perspectivas en filosofía y psicología*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B. y Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. doi:10.1111/bjc.12044
- Roberts, D. L. y Penn, D. L. (2009). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 141-147. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.007
- Roder, V. y Mueller, D. R. (2006). *Integrated Neurocognitive Therapy (INT) for Schizophrenia Patients* (unpublished manual). Bern, CH: University Psychiatric Hospital.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T. y Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl 1), S81-S93. doi:10.1093/schbul/sbl021

- Rodríguez-Sosa, J. T. y Touriño-González, R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del concepto. *Archivos De Psiquiatría*, 73(1), 9 (12-noviembre-2010).
- Rodseth, L., Wrangham, R. W., Harrigan, A. M., Smuts, B. B., Dare, R., Fox, R., . . . Muller, J. (1991). The human community as a primate society [and comments]. *Current Anthropology*, 32(3), 221-254. doi:10.1086/203952
- Roncione, R., Falloon, I. R., Mazza, M., De Risio, A., Pollice, R., Necozone, S., . . . Casacchia, M. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 35(5), 280-288. doi:10.1159/000067062
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M. R., Rogers, P. L. y Archer, D. (1979). *Sensitivity to Nonverbal Communication: The PONS Test*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press.
- Ruiz-Ruiz, J., García-Ferrer, S. y Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 137-155. ISSN: 0213-3334
- Rund, B. R., Melle, I., Friis, S., Larsen, T. K., Midbøe, L. J., Opjordsmoen, S., . . . McGlashan, T. (2004). Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: Correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated

- psychosis. *American Journal of Psychiatry*, *161*(3), 466-472.  
doi:10.1176/appi.ajp.161.3.466
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J. y Caqueo-Urizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioral social skills training for stabilized outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, *143*(2-3), 327-336. doi:10.1016/j.schres.2012.11.014
- Russell, T. A., Green, M. J., Simpson, I. y Coltheart, M. (2008). Remediation of facial emotion perception in schizophrenia: Concomitant changes in visual attention. *Schizophrenia Research*, *103*(1-3), 248-256. doi:10.1016/j.schres.2008.04.033
- Russell, A. J., Munro, J., Jones, P., Hayward, P., Hemsley, D. y Murray, R. (2000). The National Adult Reading Test as a measure of premorbid IQ in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(3), 297-305.  
doi:10.1348/014466500163301
- Russell, T. A., Reynaud, E., Herba, C., Morris, R. y Corcoran, R. (2006). Do you see what I see? Interpretations of intentional movement in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *81*(1), 101-111. doi:10.1016/j.schres.2005.10.002
- Sachs, G., Steger-Wuchse, D., Kryspin-Exner, I., Gur, R. C. y Katschnig, H. (2004). Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *68*(1), 27-35. doi:10.1016/S0920-9964(03)00131-2
- Salovey, P. (1997). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York, NY: Basic Books.

- Samara, M. T., Engel, R. R., Millier, A., Kandenwein, J., Toumi, M. y Leucht, S. (2014). Equipercetile linking of scales measuring functioning and symptoms: Examining the GAF, SOFAS, CGI-S, and PANSS. *European Neuropsychopharmacology*, doi:10.1016/j.euroneuro.2014.08.009 (in press).
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2005). *Spanish adaptation of Attributional Style Questionnaire: Psychometric properties*. Trabajo presentado en la VIII European Conference of Psychological Assessment. Budapest (Hungría), 31 de Agosto - 4 de Septiembre. (Acta de Congreso: pp.142).
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2006). La relación entre optimismo disposicional y estilo atribucional y su capacidad predictiva en un diseño longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 71-90. ISSN: 0373-2002
- Sanjuán, P. y Magallanes, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*, 18(1), 83-98. ISSN: 1130-5274
- Sanjuán, J., Prieto, L., Olivares, J. M., Ros, S., Montejo, A., Ferrer, F., . . . Bousono, M. (2003). GEOPTE scale of social cognition for psychosis [Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis]. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 31(3), 120-128. ISSN: 1139-9287
- Sanz, D. G., Lorenzo, M. D., Seco, R. B., Rodríguez, M. A., Martínez, I. L., Calleja, R. S. y Soltero, A. Á. (2009). Efficacy of a social cognition training program for schizophrenic patients: A pilot study. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 184-191. doi:10.1017/S1138741600001591

- Sarfati, Y. (2000). Deficit of the theory-of-mind in schizophrenia: Clinical concept and review of experimental arguments [Deficit en theorie de l'esprit dans la schizophrénie: relecture clinique et revue des arguments experimentaux]. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 45(4), 363-368.
- Sass, L. A. y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.
- Savaskan, E., Ehrhardt, R., Schulz, A., Walter, M. y Schächinger, H. (2008). Post-learning intranasal oxytocin modulates human memory for facial identity. *Psychoneuroendocrinology*, 33(3), 368-374. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.12.004
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L. y Twamley, E. W. (2012). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979-992. doi:10.1093/schbul/sbs080
- Saykin, A. J., Gur, R. C., Gur, R. E., Mozley, P. D., Mozley, L. H., Resnick, S. M., . . . Stafiniak, P. (1991). Neuropsychological function in schizophrenia: Selective impairment in memory and learning. *Archives of General Psychiatry*, 48(7), 618-624. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810310036007
- Saykin, A. J., Shtasel, D. L., Gur, R. E., Kester, D. B., Mozley, L. H., Stafiniak, P. y Gur, R. C. (1994). Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 51(2), 124-131. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950020048005

- Schenkel, L. S., Spaulding, W. D. y 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(5), 499-508. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.01.001
- Schmidt, P. C. y Mast, M. S. (2010). Mood effects on emotion recognition. *Motivation and Emotion*, 34(3), 288-292. doi:10.1007/s11031-010-9170-0
- Schmidt, P. C., Mast, M. S., Bombari, D., Mast, F. W. y Lobmaier, J. S. (2011). How mood states affect information processing during facial emotion recognition: An eye tracking study. *Swiss Journal of Psychology*, 70(4), 223-231. doi:10.1024/1421-0185/a000060
- Schmidt, S. J., Mueller, D. R. y Roder, V. (2011). Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: Empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophrenia Bulletin*, 37(suppl 2), S41-S54. doi:10.1093/schbul/sbr079
- Schneider, F., Gur, R. C., Koch, K., Backes, V., Amunts, K., Shah, N. J., . . . Habel, U. (2006). Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 442-447. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.442
- Scholl, B. J. y Leslie, A. M. (1999). Modularity, development and 'theory of mind'. *Mind & Language*, 14(1), 131-153. doi:10.1111/1468-0017.00106
- Schooler, N. R., Hogarty, G. E. y Weissman, M. M. (1979). Social Adjustment Scale II (SAS-II). En: W. P. Hargreaves, C. C. Attkison y J. E. Sorenson (Eds.),

- Resource Materials for Community Health Program Evaluations 2<sup>nd</sup> ed* (pp. 290-330). Rockville, Md: US Department of Health, Education and Welfare.
- Schulman, P., Castellon, C. y Selligman, M. E. (1989). Assessing explanatory style: the Content Analysis of Verbatim Explanations and the Attributional Style Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 27(5), 505-512. doi:10.1016/0005-7967(89)90084-3
- Segarra Echebarría, R., Ojeda Del Pozo, N., Zabala Rabadán, A., García Ormaza, J., Peña Lasa, J., Eguíluz Uruchurtu, I. y Gutiérrez Fraile, M. (2010). Insight in first episode psychosis. Conceptual and clinical considerations. *The European Journal of Psychiatry*, 24(2), 78-86. doi:10.4321/S0213-61632010000200003
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M. y Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261. doi:10.1002/cpp.362
- Sergerie, K., Armony, J. L., Menear, M., Sutton, H. y Lepage, M. (2010). Influence of emotional expression on memory recognition bias in schizophrenia as revealed by fMRI. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 800-810. doi:10.1093/schbul/sbn172
- Sergi, M. J. y Green, M. F. (2003). Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 59(2-3), 233-241. doi:10.1016/S0920-9964(01)00405-4
- Sergi, M., Green, M., Widmark, C., Reist, C., Erhart, S., Braff, D., . . . Mintz, J. (2007). Social cognition and neurocognition: Effects of risperidone, olanzapine, and

- haloperidol. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1585-1592.  
doi:10.1176/appi.ajp.2007.06091515
- Sergi, M. J., Rassovsky, Y., Nuechterlein, K. H. y Green, M. F. (2006). Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163(3), 448-454.  
doi:10.1176/appi.ajp.163.3.448
- Sergi, M. J., Rassovsky, Y., Widmark, C., Reist, C., Erhart, S., Braff, D. L., . . . Green, M. F. (2007a). Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 316-324. doi:10.1016/j.schres.2006.09.028
- Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Harari, H. y Levkovitz, Y. (2007). Neurocognitive basis of impaired empathy in schizophrenia. *Neuropsychology*, 21(4), 431-438.  
doi:10.1037/0894-4105.21.4.431
- Shean, G., Murphy, A. y Meyer, J. (2005). Social cognition and symptom dimensions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 751-755.  
doi:10.1097/01.nmd.0000185868.58587.5b
- Shimizu, T., Shimizu, A., Yamashita, K., Iwase, M., Kajimoto, O. y Kawasaki, T. (2000). Comparison of eye-movement patterns in schizophrenic and normal adults during examination of facial affect displays. *Perceptual and Motor Skills*, 91(3f), 1045-1056. doi:10.2466/pms.2000.91.3f.1045

- Shockley, K., Richardson, D. C. y Dale, R. (2009). Conversation and coordinative structures. *Topics in Cognitive Science*, 1(2), 305-319. doi:10.1111/j.1756-8765.2009.01021.x
- Shrivastava, A., Shah, N., Johnston, M., Stitt, L., Thakar, M. y Chinnasamy, G. (2010). Effects of duration of untreated psychosis on long-term outcome of people hospitalized with first episode schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 164-167. doi:10.4103/0019-5545.64583
- Silver, H., Feldman, P., Bilker, W. y Gur, R. C. (2003). Working memory deficit as a core neuropsychological dysfunction in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1809-1816. doi:10.1176/appi.ajp.160.10.1809
- Silverstein, M. L., Mavrolefteros, G. y Close, D. (2002). Premorbid adjustment and neuropsychological performance in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 157-165. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006918
- Sim, K., Mahendran, R., Siris, S. G., Heckers, S. y Chong, S. A. (2004). Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Research*, 129(2), 141-147. doi:10.1016/j.psychres.2004.07.007
- Simon, A. E., Cattapan-Ludewig, K., Zmilacher, S., Arbach, D., Gruber, K., Dvorsky, D. N., . . . Umbricht, D. (2007). Cognitive functioning in the schizophrenia prodrome. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 761-771. doi:10.1093/schbul/sbm018

- Simon, A. E. y Umbricht, D. (2010). High remission rates from an initial ultra-high risk state for psychosis. *Schizophrenia Research*, 116(2-3), 168-172. doi:10.1016/j.schres.2009.10.001
- Siu, C. O., Harvey, P. D., Agid, O., Wayne, M., Brambilla, C., Choi, W. y Remington G. (2015). Insight and subjective measures of quality of life in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(3), 127-132. doi:10.1016/j.scog.2015.05.002
- Slaghuis, W. L., Holthouse, T., Hawkes, A. y Bruno, R. (2007). Eye movement and visual motion perception in schizophrenia II: Global coherent motion as a function of target velocity and stimulus density. *Experimental Brain Research*, 182(3), 415-426. doi:10.1007/s00221-007-1003-3
- Smith, T. E., Hull, J. W., Israel, L. M. y Willson, D. F. (2000). Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 193-200.
- Smith, T. E., Hull, J. W. y Santos, L. (1998). The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: A longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*, 33(1-2), 63-67. doi:10.1016/S0920-9964(98)00063-2
- Snitz, B. E., MacDonald, A. W. y Carter, C. S. (2006). Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: A meta-analytic review of putative endophenotypes. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 179-194. doi:10.1093/schbul/sbi048

- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. En: S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sohlberg, M. M. y Mateer, C. A. (1987). Effectiveness of an attention-training program. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(2), 117-130. doi:10.1080/01688638708405352
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. y van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 5-13. doi:10.1192/bjp.bp.107.035899
- Stern, Y. (2003). The concept of cognitive reserve: A catalyst for research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 589-593. doi:10.1076/jcen.25.5.589.14571
- Stirling, J., White, C., Lewis, S., Hopkins, R., Tantam, D., Huddy, A. y Montague, L. (2003). Neurocognitive function and outcome in first-episode schizophrenia: A 10-year follow-up of an epidemiological cohort. *Schizophrenia Research*, 65(2-3), 75-86. doi:10.1016/S0920-9964(03)00014-8
- Stratton, P., Munton, A. G., Hanks, H. G., Heard, D. H. y Davidson, C. (1988). *Leeds attributional coding system manual*. Leeds: LFRTC.
- Strauss, G. P. y Gold, J. M. (2012). A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 364-373. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11030447

- Strauss, J. S., Kokes, R. F., Klorman, R. y Sacksteder, J. L. (1977). Premorbid adjustment in schizophrenia: Concepts, measures, and implications: I. The concept of premorbid adjustment. *Schizophrenia Bulletin*, 3(2), 182-185. doi:10.1093/schbul/3.2.182
- Strauss, M. E. y Summerfelt, A. (2003). The neuropsychological study of schizophrenia: a methodological perspective. En: M. F. Lenzenweger y J. M. Hooley (Eds.), *Principles of Experimental Psychopathology: Essays in Honor of Brendan A. Mather* (pp. 119-134). Washington, D.C: American Psychological Association. doi:10.1037/10477-008
- Stuss, D. T. y Levine, B. (2002). Adult clinical neuropsychology: Lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 401-433. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135220
- Subotnik, K. L., Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Horan, W. P., Nienow, T. M., Ventura, J. y Nguyen, A. T. (2006). Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 84-95. doi:10.1016/j.schres.2006.03.007
- Suslow, T., Droste, T., Roestel, C. y Arolt, V. (2005). Automatic processing of facial emotion in schizophrenia with and without affective negative symptoms. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(1), 35-56. doi:10.1080/13546800344000318
- Sweeney, J. A., Clementz, B. A., Haas, G. L., Escobar, M. D., Drake, K. y Frances, A. J. (1994). Eye tracking dysfunction in schizophrenia: Characterization of

- component eye movement abnormalities, diagnostic specificity, and the role of attention. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 222-230. doi:10.1037/0021-843X.103.2.222
- Taylor, R., Cella, M., Csipke, E., Heriot-Maitland, C., Gibbs, C. y Wykes, T. (2015). Tackling Social Cognition in Schizophrenia: A Randomized Feasibility Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 9, 1-12. doi:10.1017/S1352465815000284
- Taylor, J. L. y Kinderman, P. (2002). An analogue study of attributional complexity, theory of mind deficits and paranoia. *British Journal of Psychology*, 93(Pt1), 137-140. doi:10.1348/000712602162481
- Tek, C., Gold, J., Blaxton, T., Wilk, C., McMahon, R. P. y Buchanan, R. W. (2002). Visual perceptual and working memory impairments in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 146-153. doi:10.1001/archpsyc.59.2.146
- Thaler, N. S., Sutton, G. P. y Allen, D. N. (2015). Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 309-314. doi:10.1016/j.psychres.2014.08.035
- Thompson, A. D., Bartholomeusz, C. y Yung, A. R. (2011). Social cognition deficits and the 'ultra high risk' for psychosis population: A review of literature. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(3), 192-202. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00275.x

- Thompson, K. N., McGorry, P. D. y Harrigan, S. M. (2001). Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 498-503. doi:10.1053/comp.2001.27900
- Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrin-Valero, C. (2007). What is theory of mind? [¿Qué es la teoría de la mente?]. *Revista De Neurología*, 44(8), 479-489.
- Todorov, A. (2008). Evaluating faces on trustworthiness: An extension of systems for recognition of emotions signaling approach/avoidance behaviors. En: A. Kingstone y M. B. Miller (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1124. *The year in cognitive neuroscience 2008* (pp. 208–224). doi:10.1196/annals.1440.012
- Tombaugh, T. N. (2004). Trail making test A and B: Normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 203-214. doi:10.1016/S0887-6177(03)00039-8
- Toomey, R., Seidman, L. J., Lyons, M. J., Faraone, S. V. y Tsuang, M. T. (1999). Poor perception of nonverbal social-emotional cues in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 40(2), 121-130. doi:10.1016/S0920-9964(99)00036-5
- Toulopoulou, T., Rabe-Hesketh, S., King, H., Murray, R. y Morris, R. (2003). Episodic memory in schizophrenic patients and their relatives. *Schizophrenia Research*, 63(3), 261-271. doi:10.1016/S0920-9964(02)00324-9

- Troisi, A., Pompili, E., Binello, L. y Sterpone, A. (2007). Facial expressivity during the clinical interview as a predictor functional disability in schizophrenia. A pilot study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(2), 475-481. doi:10.1016 / j.pnpbp.2006.11.016
- Tsoi, D. T., Lee, K., Khokhar, W. A., Mir, N. U., Swalli, J. S., Gee, K. A., . . . Woodruff, P. W. (2008). Is facial emotion recognition impairment in schizophrenia identical for different emotions? A signal detection analysis. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 263-269. doi:10.1016/j.schres.2007.11.006
- Turner-Brown, L. M., Perry, T. D., Dichter, G. S., Bodfish, J. W. y Penn, D. L. (2008). Brief report: feasibility of social cognition and interaction training for adults with high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1777–1784. doi:10.1007/s10803-008-0545-y
- Twamley, E. W., Doshi, R. R., Nayak, G. V., Palmer, B. W., Golshan, S., Heaton, R. K., . . . Jeste, D. V. (2002). Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2013-2020. doi:10.1176/appi.ajp.159.12.2013
- Twamley, E. W., Palmer, B. W., Jeste, D. V., Taylor, M. J. y Heaton, R. K. (2006). Transient and executive function working memory in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 87(1-3), 185-190. doi:10.1016/j.schres.2006.04.013
- Twamley, E. W., Savla, G. N., Zurhellen, C. H., Heaton, R. K. y Jeste, D. V. (2008). Development and pilot testing of a novel compensatory cognitive training

- intervention for people with psychosis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(2), 144-163. doi:10.1080/15487760801963678
- Valencia, M. (1986). *Criterios metodológicos para diseñar instrumentos de investigación: La Escala de Funcionamiento Psicosocial. La Psicología Social en México, Vol 1*. México: Editorial Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Valencia, M., Fresán, A., Barak, Y., Juárez, F., Escamilla, R. y Saracco, R. (2015). Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2339–2348. doi:10.2147/NDT.S87335
- Vallina-Fernández, O., Lemos-Giráldez, S., Roder, V., García-Saiz, A., Otero-García, A., Alonso-Sánchez, M. y Gutiérrez-Pérez, A. M. (2001). Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *The European Journal of Psychiatry*, 15(3), 167-179. ISSN: 0213-6163
- van der Gaag, M., Cuijpers, A., Hoffman, T., Remijsen, M., Hijman, R., de Haan, L., . . . De Hert, M. (2006). The five-factor model of the positive and negative syndrome scale I: Confirmatory factor analysis fails to confirm 25 published five-factor solutions. *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 273-279. doi:10.1016/j.schres.2006.04.001
- van der Meer, L., Groenewold, N. A., Nolen, W. A., Pijnenborg, M. y Aleman, A. (2011). Inhibit yourself and understand the other: Neural basis of distinct processes underlying theory of mind. *NeuroImage*, 56(4), 2364-2374. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.03.053

- van Hooren, S., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., à Campo, J., Mengelers, R., . . . Krabbendam, L. (2008). Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophrenia Research, 103*(1-3), 257-265. doi:10.1016/j.schres.2008.02.022
- van Overwalle, F. (2009). Social cognition and the brain: A meta-analysis. *Human Brain Mapping, 30*(3), 829-858. doi:10.1002/hbm.20547
- van't Wout, M., Aleman, A., Kessels, R. P., Cahn, W., de Haan, E. H. y Kahn, R. S. (2007). Exploring the nature of facial affect processing deficits in schizophrenia. *Psychiatry Research, 150*(3), 227-235. doi:10.1016/j.psychres.2006.03.010
- Vauth, R., Rüsçh, N., Wirtz, M. y Corrigan, P. W. (2004). Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Research, 128*(2), 155-165. doi:10.1016/j.psychres.2004.05.018
- Vázquez, A. J. y Jiménez, R. (2000). Social Functioning Scale (SFS). New contributions on its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research, 93*(3), 247-256. doi:10.1016/S0165-1781(99)00123-7
- Velligan, D. I., Bow-Thomas, C. C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J. y Miller, A. L. (2008). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *American Journal Psychiatry, 157*(8), 1317-1328. doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1317

- Velligan, D. I., Prihoda, T. J., Ritch, J. L., Maples, N., Bow-Thomas, C. C. y Dassori, A. (2002). A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 283-292.
- Verdoux, H., Liraud, F., Assens, F., Abalan, F. y van Os, J. (2002). Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: A two-year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 149-159. doi:10.1016/S0920-9964(01)00225-0
- Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Mengelers, R., van Os, J. y Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 103-110. doi:10.1016/j.schres.2007.09.024
- Vinogradov, S. (2013). Combining computerized social cognitive training with neuroplasticity-based auditory training in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(2), 78-86. doi:10.3371/CSRP.SAFI.012513
- Voelz, Z., Haeffel, G., Joiner, T. y Wagner, K. (2003). Reducing hopelessness: The interaction of enhancing and depressogenic attributional styles for positive and negative life events among youth psychiatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1183-1198. doi:10.1016/S0005-7967(03)00030-5
- Walker-Andrews, A. S. (1998). Emotions and social development: Infants' recognition of emotions in others. *Pediatrics*, 102(5 Suppl E), 1268-1271.
- Walsh-Messinger, J., Ramirez, P. M., Wong, P., Antonius, D., Aujero, N., McMahon, K., . . . Malaspina, D. (2014). Impairment in emotional modulation of attention

- and memory in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 63-69.  
doi:10.1016/j.schres.2014.05.014
- Ward, R. D., Simpson, E. H., Kandel, E. R. y Balsam, P. D. (2011). Modeling motivational deficits in mouse models of schizophrenia: Behavior analysis as a guide for neuroscience. *Behavioural Processes*, 87(1), 149-156.  
doi:10.1016/j.beproc.2011.02.004
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health-Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30(6), 473-483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002
- Weiss, E., Kohler, C., Brensinger, C., Bilker, W., Loughhead, J., Delazer, M. y Nolan, K. (2007). Gender differences in facial emotion recognition in persons with chronic schizophrenia. *European Psychiatry*, 22(2), 116-122.  
doi:10.1016/j.eurpsy.2006.05.003
- Weniger, G., Lange, C., R  ther, E. y Irle, E. (2004). Differential impairments of facial affect recognition in schizophrenia subtypes and major depression. *Psychiatry Research*, 128(2), 135-146. doi:10.1016/j.psychres.2003.12.027
- Weschler, D. (2002). *WAIS III: Test de Inteligencia para Adultos. Manual T  cnico*. Buenos Aires: Paid  s.
- Wexler, B. E. (2007). Nonpharmacologic interventions for the management of cognitive symptoms. *Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine*, 7(3), 79-84. ISSN: 1053-8135

- Wexler, B. E. y Bell, M. D. (2005). Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 931-941. doi:10.1093/schbul/sbi038
- White, R., Bebbington, P., Pearson, J., Johnson, S. y Ellis, D. (2000). The social context of insight in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(11), 500-507. doi:10.1007/s001270050271
- Whittaker, J. F., Deakin, J. y Tomenson, B. (2001). Face processing in schizophrenia: Defining the deficit. *Psychological Medicine*, 31(3), 499-507.
- Whyte, M., Brett, C., Harrison, L. K., Byrne, M., Miller, P., Lawrie, S. M. y Johnstone, E. C. (2006). Neuropsychological performance over time in people at high risk of developing schizophrenia and controls. *Biological Psychiatry*, 59(8), 730-739. doi:10.1016/j.biopsych.2005.08.028
- Wiffen, B. D., Rabinowitz, J. R., Lex, A. y David, A. S. (2010). Correlates change, and “state or trait” properties of insight in early episode schizophrenia patients treated with long-acting injectable risperidone. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 94-103. doi:10.1016/j.schres.2010.03.005
- Wigman, J. T., van Nierop, M., Vollebergh, W. A., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. y van Os, J. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and Severity—Implications for diagnosis and Ultra-High risk research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 247-257. doi:10.1093/schbul/sbr196

- Wilkniss, S., Medalia, A., Revheim, N. y Herlands, T. (2010). Cognitive remediation for psychological disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 78. doi:10.1037/h0094661
- Wimmer, H. y Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128. doi:10.1016/0010-0277(83)90004-5
- Winters, K. C. y Neale, J. M. (1985). Mania and low self-esteem. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(3), 282-290. doi:10.1037/0021-843X.94.3.282
- Wolwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M. y Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 295-303. doi:10.1016/j.schres.2005.07.018
- Woodberry, K. A., Seidman, L. J., Giuliano, A. J., Verdi, M. B., Cook, W. L. y McFarlane, W. R. (2010). Neuropsychological profiles in individuals at clinical high risk for psychosis: Relationship to psychosis and intelligence. *Schizophrenia Research*, 123(2-3), 188-198. doi:10.1016/j.schres.2010.06.021
- Woodward, T. S., Mizrahi, R., Menon, M. y Christensen, B. K. (2009). Correspondences between theory of mind, jumping to conclusions, neuropsychological measures and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 170(2-3), 119-123. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.018

- Wykes, T. y Huddy, V. (2009). Cognitive remediation for schizophrenia: It is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 161-167. doi:10.1097/YCO.0b013e3283222fbf4
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R. y Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10060855
- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C. y Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 291-307.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A. y Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 421-427. doi:10.1192/bjp.bp.106.026575
- Wykes, T., Reeder, C., Williams, C., Corner, J., Rice, C. y Everitt, B. (2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61(2-3), 163-174. doi:10.1016/S0920-9964(02)00239-6
- Wynn, J. K., Lee, J., Horan, W. P. y Green, M. F. (2008). Using event related potentials to explore stages of facial affect recognition deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(4), 679-687. doi:10.1093/schbul/sbn047

- Young, A. W., Perret, D. I., Calder, A. J., Sprengelmeyer, R. y Ekman, P. (2002). *Facial Expressions of Emotion: Stimuli and Tests (FEEST)*. England: Bury St. Edmunds, Thames Valley Test Company.
- Yung, A. R., Woods, S. W., Ruhrmann, S., Addington, J., Schultze-Lutter, F., Cornblatt, B. A., . . . McGlashan, T. H. (2012). Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1130-1134. doi:1110.1093/schbul/sbs1108
- Zalewski, C., Johnson-Selfridge, M. T., Ohriner, S., Zarrella, K. y Seltzer, J. C. (1998). A review of neuropsychological differences between paranoid and nonparanoid schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 127-145.
- Zammit, S., Kounali, D., Cannon, M., David, A. S., Gunnell, D., Heron, J., . . . Lewis, G. (2013). Psychotic Experiences and Psychotic Disorders at Age 18 in Relation to Psychotic Experiences at Age 12 in a Longitudinal Population-Based Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 742-750. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12060768
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C. y Wilson, S. (1986). Dysfunctional attitudes and attribution style in healthy controls and patients with schizophrenia, psychotic depression, and nonpsychotic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 403-405. doi:10.1037/0021-843X.95.4.403
- Zs, P., Cristina, B., Papava, I., Madaina, C., Catalina, G. O., Rosu, M. y Anca, D. (2012). Schizophrenia: Social cognition as a predictive factor of social performance? *Acta Médica Marisiensis*, 58(5), 321-323.

# **ANEXOS**

**Anexo I:**  
Tablas

Tabla 1: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el CIE-10 (1992)

<p><b>Síntomas</b></p>	<p>(1) Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento  (2) Ideas delirantes de control, influencia o pasividad, o ideas delirantes extrañas de otro tipo y percepción delirante  (3) Alucinaciones auditivas que comentan la conducta del paciente, que discuten entre ellas o con un significado similar.  (4) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa (...)  (5) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.  (6) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.  (7) Manifestaciones catatónicas, como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.  (8) Síntomas "negativos" como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, embotamiento o incongruencia afectiva. Ha de quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.  (9) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.</p>
<p><b>Pautas para el diagnóstico</b></p>	<p>- Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos del uno al cuatro; o síntomas de al menos dos de los grupos del cinco al ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. El síntoma 9 de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple y ha de estar presente al menos un año.  - El diagnóstico de esquizofrenia no se tendrá que hacer en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos claramente se iniciasen antes del trastorno afectivo.  (...) Tampoco se tendría que diagnosticar esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia de las mismas.</p>
<p><b>Formas de evolución</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continua</li> <li>- Episódica con déficit progresivo</li> <li>- Episódica con déficit estable</li> <li>- Episódica con remisión</li> <li>- Episodio único, remisión incompleta</li> <li>- Episodio único, remisión completa</li> </ul>

Tabla 2: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el DSM-IV-TR (2000)

<p><b>Síntomas</b></p>	<p>Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si se trata con éxito).  (1) Ideas delirantes  (2) Alucinaciones  (3) Lenguaje desorganizado (por ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia)  (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado  (5) Síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o Abulia).  <b>Nota:</b> Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p>
<p><b>Disfunción social/laboral</b></p>	<p>Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o</p>

	adolescencia, fracaso en llegar al nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).	
<b>Duración</b>	Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista de síntomas, presentes de forma atenuada.	
<b>Exclusión de:</b>	<b>Trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo</b>	El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado por: <b>1)</b> no ha habido ningún episodio depresivo, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o <b>2)</b> si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
	<b>Consumo de sustancias y de enfermedad médica</b>	El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.
<b>Relación con un Trastorno Generalizado del Desarrollo</b>	Si hay historia de trastorno autista o de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).	
<b>Clasificación del curso longitudinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Episódico con síntomas residuales interepisódicos</li> <li>-Episódico sin síntomas residuales interepisódicos</li> <li>-Continuo</li> <li>-Episodio único en remisión parcial</li> <li>-Episodio único en remisión total</li> <li>-Otro patrón no especificado</li> <li>-Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de la fase activa</li> </ul>	

Tabla 3: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el DSM-V (2013)

<b>Síntomas</b>	Dos (o más) de los siguientes, cada uno presentes durante una parte significativa de tiempo - durante un período de 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito). Al menos una de ellas debe ser (1) , (2) , o (3) : <b>(1)</b> Delirios <b>(2)</b> Alucinaciones <b>(3)</b> Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia). <b>(4)</b> Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. <b>(5)</b> Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).
<b>Disfunción social/laboral</b>	En una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración el nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de sí mismo, está claramente por debajo del nivel alcanzado antes de la aparición de la enfermedad (o cuando el inicio es en la infancia o en la adolescencia, hay fracaso para alcanzar el nivel académico, ocupacional o interpersonal esperado).
<b>Duración</b>	Señales continuas de la perturbación que persisten durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas característicos de la fase activa (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos prodrómicos o síntomas residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la

	lista presentes de manera atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas inusuales).	
<b>Exclusión de:</b>	<b>Trastorno esquizoafectivo, depresivo o Trastorno Bipolar con síntomas psicóticos</b>	Se han descartado ya sea porque: <b>1)</b> no ha habido ningún episodio depresivo, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o <b>2)</b> si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
	<b>Consumo de sustancias y de enfermedad médica</b>	La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia, ya sea droga o medicación.
<b>Relación con un Trastorno Generalizado del Desarrollo</b>	Si hay historia de trastorno autista o de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones, además de los otros síntomas requeridos de la esquizofrenia, que también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).	
<b>Clasificación del curso longitudinal</b>	Las siguientes especificaciones de curso son sólo para ser utilizado después de una duración de 1 año de la enfermedad y si no están en contradicción con los criterios de diagnóstico del curso. - Primer episodio: actualmente en el episodio agudo - Primer episodio: actualmente en remisión parcial - Primer episodio: actualmente en remisión completa - Episodios múltiples: actualmente en el episodio agudo - Episodios múltiples: actualmente en remisión parcial - Episodios múltiples: actualmente en remisión completa - Continua: sin especificar	
<b>Especificar</b>	<b>Con catatonia</b>	(usar el código adicional 293.89 [F06.1])
	<b>La severidad</b>	En el momento actual de las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos, deterioro cognitivo, depresión y los síntomas de manía.

## **Anexo II:**

Hoja de Información y Formulario de  
Consentimiento Informado

## HOJA DE INFORMACIÓN

Estimado Sr/Sra.,

Le pedimos que participe en un estudio de rehabilitación cognitiva.

El objetivo de este estudio es establecer si la rehabilitación cognitiva puede mejorar los problemas de atención, memoria y lenguaje y en qué grado.

En este estudio lo que se pretende es alcanzar un mayor conocimiento sobre estas limitaciones y modos eficaces de tratarlas.

Algunas personas presentan dificultades en atención, memoria, percepción, lenguaje y relaciones sociales. Estas dificultades pueden ser diferentes en cada persona e influyen en la vida de modo negativo. La rehabilitación cognitiva sirve para mejorar esas dificultades y por tanto, repercute en una mejor calidad de vida en las personas que la reciben. Este estudio ayudará a establecer si la rehabilitación cognitiva puede mejorar y en qué grado esas dificultades. El objetivo final es alcanzar un mayor conocimiento sobre estas limitaciones y modos eficaces de tratarlas.

Usted reúne los requisitos para participar en el estudio, por lo que solicito su colaboración para poder recoger la información necesaria para llevar a cabo el estudio. Se recogería información de su diagnóstico, su situación médica y su rendimiento en tareas cognitivas, sin que los datos puedan ser vinculados de ninguna manera con usted.

**NO se realizaría ninguna exploración de tipo invasivo.** Se necesitaría su colaboración para una evaluación que incluye: 1) Entrevista clínica. Permite determinar al médico qué síntomas están presentes y en qué medida y valorar la interpretación del paciente de lo que los profesionales denominan enfermedad mental; 2) Administración de pruebas de atención, memoria, lenguaje y habilidades similares. El total de la evaluación puede llevar alrededor de 2 hrs. Se realizará una segunda evaluación igual que la primera a los 3 meses. En el medio, podrá ser elegido para acudir a la rehabilitación cognitiva durante 3 meses, 3 días a la semana en el centro donde sigue su tratamiento habitual. Cada sesión dura 1 hr y media. Si es asignado al grupo control, participará en otras actividades ocupacionales con la misma intensidad y frecuencia.

Si usted es asignado a un grupo control, al finalizar el estudio tendrá la oportunidad de recibir el entrenamiento con el Rehacop si así lo desea. La participación sería totalmente voluntaria.

El estudio no supone ningún riesgo para usted. El conocimiento obtenido con el estudio puede ser beneficioso porque aportará información sobre cómo mejorar los procesos cognitivos en las personas con problemas en ellos.

**Se garantiza la confidencialidad de los datos personales de los pacientes de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.**

**De acuerdo a la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir al/la investigador/a de estudio.**

**La participación en el estudio es voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento. En cualquier caso, tanto si se decide participar en el estudio como si no, la atención que reciba posteriormente no se verá afectada en absoluto.**

**Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el/la investigador/a podrá relacionar dichos datos con el paciente, por lo tanto la identidad no será revelada.**

**Si tiene cualquier duda sobre el estudio, puede contactar con [Natalia Ojeda](#) en el teléfono [94 4139000 /Ext 2702](#)**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Nombre y apellidos).....con DNI.....,

He leído la información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (Nombre del investigador en cada centro) .....

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que me puedo retirar del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen este consentimiento.

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de contacto que figura en este documento.

Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para **MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO SOBRE “rehabilitación cognitiva”**, hasta que decida lo contrario. Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Fecha:

Fdo.:

## HOJA DE INFORMACIÓN AL TUTOR LEGAL

Estimado Sr/Sra.,

Le pedimos que participe en un estudio de rehabilitación cognitiva.

El objetivo de este estudio es establecer si la rehabilitación cognitiva puede mejorar los problemas de atención, memoria y lenguaje y en qué grado.

En este estudio lo que se pretende es alcanzar un mayor conocimiento sobre estas limitaciones y modos eficaces de tratarlas.

Algunas personas presentan dificultades en atención, memoria, percepción, lenguaje y relaciones sociales. Estas dificultades pueden ser diferentes en cada persona e influyen en la vida de modo negativo. La rehabilitación cognitiva sirve para mejorar esas dificultades y por tanto, repercute en una mejor calidad de vida en las personas que la reciben. Este estudio ayudará a establecer si la rehabilitación cognitiva puede mejorar y en qué grado esas dificultades. El objetivo final es alcanzar un mayor conocimiento sobre estas limitaciones y modos eficaces de tratarlas.

Usted reúne los requisitos para participar en el estudio, por lo que solicito su colaboración para poder recoger la información necesaria para llevar a cabo el estudio. Se recogería información de su diagnóstico, su situación médica y su rendimiento en tareas cognitivas, sin que los datos puedan ser vinculados de ninguna manera con usted.

**NO se realizaría ninguna exploración de tipo invasivo.** Se necesitaría su colaboración para una evaluación que incluye: 1) Entrevista clínica. Permite determinar al médico qué síntomas están presentes y en qué medida y valorar la interpretación del paciente de lo que los profesionales denominan enfermedad mental; 2) Administración de pruebas de atención, memoria, lenguaje y habilidades similares. El total de la evaluación puede llevar alrededor de 2 hrs. Se realizará una segunda evaluación igual que la primera a los 3 meses. En el medio, podrá ser elegido para acudir a la rehabilitación cognitiva durante 3 meses, 3 días a la semana en el centro donde sigue su tratamiento habitual. Cada sesión dura 1 hr y media. Si es asignado al grupo control, participará en otras actividades ocupacionales con la misma intensidad y frecuencia.

El estudio no supone ningún riesgo para usted. El conocimiento obtenido con el estudio puede ser beneficioso porque aportará información sobre cómo mejorar los procesos cognitivos en las personas con problemas en ellos.

**Se garantiza la confidencialidad de los datos personales de los pacientes de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.**

**De acuerdo a la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir al/la investigador/a de estudio.**

**La participación en el estudio es voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento. En cualquier caso, tanto si se decide participar en el estudio como si no, la atención que reciba posteriormente no se verá afectada en absoluto.**

**Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el/la investigador/a podrá relacionar dichos datos con el paciente, por lo tanto la identidad no será revelada.**

**Si tiene cualquier duda sobre el estudio, puede contactar con [Natalia Ojeda](#) en el teléfono [94 4139000 /Ext 2702](#)**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TUTOR LEGAL

Yo (Nombre y apellidos).....con DNI.....,

He leído la información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (Nombre del investigador de cada centro) .....

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que me puedo retirar del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen este consentimiento.

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de contacto que figura en este documento.

Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para **MANIFESTAR MI DESEO DE QUE.....PARTICIPE EN ESTE ESTUDIO SOBRE “rehabilitación cognitiva”**, hasta que decida lo contrario. Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos ni los de mi familiar. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Fecha:

Fdo.:

## **Anexo III:**

# Protocolo de Evaluación Clínica y Funcional y Cuadernillo de Recogida de Datos (CRD)

Cumplimentado por los psiquiatras responsables del paciente

# **CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

## **EFICACIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS**

### **REHACOP**

**PROTOCOLO CLÍNICO Y FUNCIONAL  
CUMPLIMENTADO POR LOS PSIQUIATRAS RESPONSABLES DEL  
PACIENTE**

## Visita Pre-tratamiento

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

### CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

	SI	NO
Edad comprendida entre los 18 y los 65 años.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnóstico de Esquizofrenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consentimiento informado para el estudio por escrito del paciente, tutor o representante legal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si ha señalado alguna de estas opciones el paciente debe EXCLUIRSE del estudio</i>	_____ ↑	

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

	SI	NO
Cociente Intelectual inferior a 75	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comorbilidad con otros trastornos del Eje I, incluido el abuso o dependencia de tóxicos (excepto el consumo esporádico).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de enfermedades orgánicas del sistema nervioso central (SNC), antecedentes de traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia, retraso mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastornos generalizados del desarrollo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si ha señalado alguna de estas opciones el paciente debe EXCLUIRSE del estudio</i>	_____ ↑	

Nº de paciente

## ***DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS***

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** *(no enviar a la Base de Datos)*

---

Código numérico del participante en el estudio: \_\_\_\_\_

Nombre del Psiquiatra responsable: \_\_\_\_\_

Lugar de tratamiento habitual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

---

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

---

EDAD: \_\_\_\_\_ años FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SEXO: ① Mujer; ② Varón

RAZA: ① Caucasiano

② Negro africano

③ Negro caribeño

④ Hispano

⑤ Otros, especificar: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: ① Soltero

② Casado

③ Separado/Divorciado

④ Viudo

⑤ Otros, especificar → \_\_\_\_\_

TIPO DE CONVIVENCIA: ① Solo/a

② Con Pareja

③ Con esposo/a

④ Con hijos

⑤ Familia de origen ( padre, madre, ambos)

⑥ Asistida

⑦ Otros, especificar → \_\_\_\_\_

NIVEL EDUCACIONAL: ① Superiores completos

② Secundarios (ESO o equivalente) completos

③ Primarios (Primario o equivalente) completos

④ Primarios incompletos

⑤ Sin estudios / analfabeto-a

Nº de años estudiados: \_\_\_\_\_ años cumplidos

SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL: ① Ama de casa/nunca ha tenido profesión

② Trabajador activo

③ Paro con subsidio

④ Paro sin subsidio

⑤ Incapacidad transitoria

⑥ Incapacidad total/gran invalidez

⑦ Pensionista jubilado

⑧ Otros \_\_\_\_\_

## ***DATOS DE LA ENFERMEDAD***

**SITUACIÓN:** ① Ambulatorio ② Hospitalizado

**FECHA DE LA HOSPITALIZACIÓN:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Edad de inicio:** \_\_\_ años

**Tipo de inicio de la enfermedad:** ① Agudo (menos 6 meses) ② Crónico (6 meses o más)

### ***ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES:***

① No

② Sí → Indicar:

1. Edad del primer contacto psiquiátrico o psicológico: \_\_\_\_\_ años

2. Motivo del primer contacto:

① Por problemas emocionales

② Por problemas de comportamiento

③ Por problemas evolutivos

3. Especificar diagnósticos previos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Número de Ingresos:** \_\_\_\_\_

### ***ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES:***

Primer rango (padres y hermanos):

① No valorable

② No

③ Sí. *Especificar:*

Parentesco: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Segundo rango (abuelos y primos hermanos):

① No valorable

② No

③ Sí. *Especificar:*

Parentesco: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tercer rango (otros):

① No valorable

② No

③ Sí. *Especificar:*

Parentesco: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ACTUAL DEL PACIENTE:****CIE-10:** \_\_\_\_\_**DSM-IV:** \_\_\_\_\_**ENFERMEDADES MÉDICAS CONCOMITANTES:**

¿Tiene el paciente alguna otra enfermedad además de la enfermedad en estudio?

o No

o Sí, especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**CONSUMO DE DROGAS:**

	Consumo actual (último mes)		Diagnóstico de abuso o dependencia según DSM-IV		Consumo actual según análisis toxicológico	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Tabaco						
Alcohol						
Cannabioides						
Anfetamina						
Opioides						
Cocaína						
Otros: _____						
Fecha des último análisis toxicológico: __/__/____						

Si fumador, consumo diario: \_\_\_\_\_cigarros/día

**TRATAMIENTO ADMINISTRADO****MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA ADMINISTRADA:**

Medicación	Dosis (mg/día)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**OTRA MEDICACIÓN ADMINISTRADA:**

Medicación	Dosis (mg/día)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nº de paciente

# *EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS*

**ENTREVISTA DIAGNÓSTICA SEMI-ESTRUCTURADA SCID-I: PSICOSIS**

**ESCALA DE SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)**

**INSTRUCCIONES:** Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación anexo para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

*1= ausente; 2= mínimo; 3= leve; 4=moderado; 5= moderadamente grave; 6= grave; 7= extremo.*

**1) SUBESCALA POSITIVA**

P1	Delirios .....	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual.....	1	2	3	4	5	6	7
P3	Comportamiento alucinatorio.....	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación .....	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad.....	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia .....	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad.....	1	2	3	4	5	6	7

SUBTOTAL

**2) SUBESCALA NEGATIVA**

N1	Embotamiento afectivo .....	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retraimiento emocional .....	1	2	3	4	5	6	7
N3	Contacto pobre .....	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retraimiento social .....	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad en el pensamiento abstracto.....	1	2	3	4	5	6	7
N6	Espontaneidad y fluidez de conversación....	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado .....	1	2	3	4	5	6	7

SUBTOTAL

**3) SUBESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL**

G1	Preocupaciones somáticas .....	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedad .....	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimientos de culpa .....	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión .....	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manierismos y posturas .....	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión.....	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retardo motor .....	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de colaboración .....	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos inusuales del pensamiento .....	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación .....	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente .....	1	2	3	4	5	6	7
G12	Ausencia de juicio e "insight" .....	1	2	3	4	5	6	7
G13	Trastornos de la volición.....	1	2	3	4	5	6	7
G14	Control deficiente de impulsos.....	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación.....	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social activa .....	1	2	3	4	5	6	7

SUBTOTAL

**PUNTUACION TOTAL** (suma de los 3 subtotaes)

**ESCALA MONTGOMERY-ASBERG PARA LA DEPRESIÓN (MADRS)**

**Nota Informativa:** Esta escala trata de evaluar los síntomas relacionados con el estado de ánimo del paciente. Se cumplimentara solo en aquellos pacientes que, además de la sintomatología propia de la enfermedad, presenten síntomas de depresión. Para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se recomienda la administración de la Escala de Calgary (ver a continuación)

**1. Tristeza aparente**

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

**2. Tristeza expresada**

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

**3. Tensión interior**

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

**4. Sueño reducido**

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero

- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

### **5. Disminución del apetito**

El paciente expresa una reducción del apetito respecto al que tiene cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

### **6. Dificultades de concentración**

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

### **7. Laxitud. Abulia**

El paciente expresa o presenta dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

0. Apenas hay dificultades para iniciar las tareas. No hay inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

### **8. Incapacidad para sentir**

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

--

**9. Pensamientos pesimistas**

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No hay pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

**10. Ideación suicida**

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio

<b><i>PUNTUACIÓN TOTAL</i></b>		
--------------------------------	--	--

**ESCALA DE DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA CALGARY**

**Nota Informativa:** Esta escala trata de evaluar los síntomas relacionados con el estado de ánimo del paciente. Se cumplimentara solo en aquellos pacientes que, además de la sintomatología propia de la enfermedad, presenten síntomas de depresión.

**Instrucciones:** Marque con una cruz la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista que se especifique a continuación

**1. Depresión:****0. Ausente**

1. **Leve.** Expresa tristeza o desánimo con las preguntas.
2. **Moderado.** Estado de ánimo claramente depresivo que persiste la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas presentes diariamente.
3. **Severo.** Ánimodepresivo muy marcado, que persiste diariamente durante más de la mitad del tiempo, interfiriendo en el normal funcionamiento motos y social.

**2. Desesperanza****0. Ausente**

1. **Leve.** A veces se ha sentido desesperanzado durante la última semana, pero todavía tiene algún grado de esperanza por el futuro.
2. **Moderado.** Persistente, moderada sensación de desesperanza durante la última semana. Se le puede persuadir para admitir la posibilidad de que las cosas mejoren.
3. **Severo.** Sensación persistente y angustiosa de desesperanza.

**3. Autodesprecio****0. Ausente.**

1. **Leve.** Algo de inferioridad, no la suficiente como para sentirse que no vale la pena.
2. **Moderado.** El sujeto se siente sin valor, pero menos del 50% del tiempo.
3. **Severo.** El sujeto se siente sin valor más del 50% del tiempo. Se le puede estimular para que se sienta de otra manera.

**4. Ideas de referencia de culpa****0. Ausente**

1. **Leve.** El sujeto se siente culpabilizado, pero no acusado, menos del 50% del tiempo.
2. **Moderado.** Persistente sensación de ser culpado y/o sensación ocasional de ser acusado.
3. **Severo.** Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le insiste reconoce que no es así.

**5. Culpa patológica****0. Ausente**

1. **Leve.** El sujeto se siente, a veces, culpable sobre algunas faltas menores, pero menos del 50% del tiempo.
2. **Moderado.** El sujeto normalmente (más de 50% del tiempo) se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado exagera.
3. **Severo.** El sujeto normalmente siente que se le va a acusar por todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es responsabilidad suya.

--

**6. Depresión matutina****0. Ausente.**

1. **Leve.** Depresión presente, pero no hay variación diurna.
2. **Moderado.** La depresión se menciona espontáneamente como peor por la mañana.
3. **Severo.** La depresión es marcadamente peor por la mañana, con deterioro del funcionamiento que mejora por la tarde.

**7. Despertar precoz****0. Ausente**

1. **Leve.** Ocasionalmente se levanta (hasta dos veces por semana) al menos 1 hora o más antes del horario habitual en que se despierta o que suena el despertador.
2. **Moderado.** A menudo se despierta temprano (hasta 5 veces por semana) 1 hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador.
3. **Severo.** A diario se despierta una hora o más antes de la hora habitual.

**8. Pensamientos suicidas****0. Ausente**

1. **Leve.** Pensamientos frecuentes de estar mejor muerto o ideas de suicidio ocasionales.
2. **Moderado.** Ha considerado el suicidio deliberadamente con un plan, pero no ha hecho ninguna tentativa.
3. **Severo.** Aparentemente un intento suicida diseñado para acabar en muerte (descubierto accidentalmente o medios ineficaces).

**9. Depresión observada****0. Ausente.**

1. **Leve.** El sujeto parece triste y apesadumbrado, incluso durante parte de la entrevista, sobre temas afectivamente neutros.
2. **Moderado.** El sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con una voz monótona y desesperanzada, a veces con llanto o se le saltan las lágrimas.
3. **Severo.** El sujeto se ahoga en tópicos inquietantes, frecuentemente suspira profundamente y llora abiertamente, o está persistentemente en un estado de estupor depresivo.

<b><i>PUNTUACIÓN TOTAL</i></b>		
--------------------------------	--	--

**ESCALA DE YOUNG PARA LA EVALUACIÓN DE LA MANÍA (YMRS)**

**Nota Informativa:** Esta escala tiene el objeto de evaluar síntomas relacionados con el estado de ánimo del paciente. Se cumplimentara solo en aquellos pacientes que, además de la sintomatología propia de la enfermedad, presenten síntomas de manía (En ningún caso a síntomas desorganizados).

**En cada apartado, escoja la opción más adecuada en función de las características del paciente evaluado.**

**1. Euforia**

- Ausente
- Dudosa o leve
- Hipertimia subjetiva clara, optimista, seguro; alegre, aún adecuado
- Hipertimia; humor ya inadecuado
- Euforia, risa inapropiada; canta

**2. Aumento de la Actividad motora, energía**

- Ausente
- Aumenta subjetivamente
- Animado, aumento de la gesticulación
- Energía excesiva, hiperactivo a veces, inquieto (aún se puede contener)
- Excitación motora, hiperactividad continua (no se puede contener)

**3. Interés sexual**

- Normal, no aumentado
- Aumento ligero o posible
- Incremento definido al preguntarle
- Interés sexual espontáneo, habla de temas sexuales, hipersexualidad expresada sin preguntarle.
- Actos sexuales (hacia otros pacientes, trabajadores del centro o entrevistador)

**4. Sueño**

- Refiere sueño conservado
- Sueño reducido en menos de 1 hora
- Sueño reducido en más de 1 hora
- Refiere disminución en la necesidad de sueño
- Niega necesidad de dormir

**5. Irritabilidad**

- Ausente
- Subjetivamente aumentada
- Irritable episódicamente durante la entrevista, episodios recientes de estar molesto o enfadado en la planta
- Irritable frecuentemente durante la entrevista, cortante, brusco todo el tiempo
- Hostil, falta de cooperación entrevista imposible

**6. Discurso (ritmo y cantidad)**

- No aumento
- Se siente hablador
- Aumento del ritmo y la cantidad a veces, verborreico a veces
- Verborrea. Aumento importante del ritmo y la cantidad, difícil de interrumpir
- Verborrea ininterrumpible, discurso continuo

**7. Trastorno del lenguaje y del pensamiento**

- Ausente
- Circunstancial, ligeramente distraible, pensamientos rápidos
- Distraible, pierde el hilo conductor, cambia de tema con frecuencia, pensamientos rápidos
- Fuga de ideas, tangencialidad, dificultad para seguirle, hace rimas, ecolalia
- Incoherencia, comunicación imposible

**8. Contenido del pensamiento**

- Normal
- Planes cuestionables, nuevos intereses
- Proyecto(s) especial(es); hiperreligioso
- Ideas de grandeza o paranoides, ideas de referencia
- Delirios, alucinaciones

**9. Conducta alterada-agresiva**

- Ausente, coopera
- Sarcástico, ruidoso a veces, alerta, vigilante
- Demandante, amenazas en planta
- Amenaza al entrevistador, grita, entrevista difícil.
- Agresivo, destructivo, entrevista imposible

**10. Vestido**

- Vestido y aseado apropiado
- Mínimamente descuidado
- Poco cuidado personal, moderadamente desaliñado en el vestir, exceso de ropa

Descuidado en el vestir, semi-vestido, maquillaje estridente

Totalmente desaliñado, decorado, maquillaje extraño

**11. Insight. Conciencia de sí mismo**

- Presente, admite la enfermedad, está de acuerdo con la necesidad de tratamiento
- Duda de la enfermedad aunque la admite poco posible
- Admite cambio en la conducta, aunque niega la enfermedad
- Niega todo cambio de conducta

**PUNTUACIÓN TOTAL**

**ESCALA SUMD (ABREVIADA)**

1. Conciencia de poseer un desorden mental
  0. Ítem no relevante
  1. Conciencia
  - 2.
  3. Conciencia intermedia
  - 4.
  5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación
  0. Ítem no relevante
  1. Conciencia
  - 2.
  3. Conciencia intermedia
  - 4.
  5. No hay conciencia
3. Conciencia de las consecuencias de su desorden mental
  0. Ítem no relevante
  1. Conciencia
  - 2.
  3. Conciencia intermedia
  - 4.
  5. No hay conciencia
4. Conciencia de poseer alucinaciones (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
5. Conciencia de poseer delirios (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
6. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
7. Conciencia de poseer embotamiento afectivo (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
8. Conciencia de poseer anhedonia (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
9. Conciencia de poseer asociabilidad (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_

**PUNTUACIONES**

Suma total ítems conciencia (4-9)		Número total de ítems relevantes		Puntuación
_____	/	_____	=	_____
Suma total ítems Atribución (4-9)		Número total de ítems relevantes		Puntuación
_____	/	_____	=	_____

**ESCALA CGI DE EVALUACIÓN DE GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (CGI-G)**

Considerando toda su experiencia clínica, ¿cuál es en su opinión el grado de enfermedad en el paciente en este momento? (Señale con una cruz la respuesta que mejor corresponda):

- ① No valorado
- ① Normal, sin enfermedad
- ② Muy levemente enfermo
- ③ Levemente enfermo
- ④ Moderadamente enfermo
- ⑤ Marcadamente enfermo
- ⑥ Gravemente enfermo
- ⑦ Extremadamente enfermo

**ESCALA DE CANNON-SPOOR DE EVALUACIÓN DEL AJUSTE PREMÓRBIDO  
(PAS)*****INFANCIA (Hasta los 11 años)*****1. SOCIABILIDAD E INTROVERSIÓN:**

- ⑥ No hay introversión, busca activa y frecuentemente el contacto social.
- ⑤
- ④ Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- ③
- ② Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.
- ①
- ⑦ No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento. Evita el contacto.

**2. RELACIÓN CON COMPAÑEROS:**

- ⑥ Muchos amigos, relaciones cercanas con varios
- ⑤
- ④ Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad casual con otros.
- ③
- ② Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o solamente con familiares, o sólo relaciones casuales.
- ①
- ⑦ Aislamiento social, no tiene amigos, tampoco relaciones superficiales.

**3. RENDIMIENTO ESCOLAR:**

- ⑥ Estudiante brillante.
- ⑤
- ④ Buen estudiante.
- ③
- ② Estudiante mediocre.
- ①
- ⑦ Fracaso escolar.

**4. ADAPTACIÓN ESCOLAR:**

- ⑥ Buena adaptación, le gusta la escuela, no hay o son escasos los problemas de comportamiento, tiene amigos en la escuela, le gusta la mayoría de los profesores.
- ⑤
- ④ Adaptación mediocre, problemas ocasionales de comportamiento, no está muy interesado en la escuela, pero no hace novillos o éstos son escasos. Tiene amigos en el colegio pero no participa a menudo en actividades extraescolares.
- ③
- ② Pobre adaptación, no le gusta el colegio, hace frecuentemente novillos, frecuentes problemas de comportamiento.
- ①
- ⑦ Rechaza todo lo que tenga que ver con el colegio, delincuencia o vandalismo dirigido contra la escuela.

**SUBTOTAL**

**ADOLESCENCIA (Temprana: 12-15 años)****1. SOCIABILIDAD E INTROVERSIÓN:**

- ① No hay introversión.
- ② Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- ③
- ④ Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.
- ⑤
- ⑥ No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento. Evita el contacto.

**2. RELACIÓN CON COMPAÑEROS:**

- ① Muchos amigos, relaciones cercanas con varios
- ② Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad casual con otros.
- ③
- ④ Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o solamente con familiares, o solamente relaciones casuales.
- ⑤
- ⑥ Aislamiento social, no tiene amigos ni siquiera mantiene relaciones superficiales.

**3. RENDIMIENTO ESCOLAR:**

- ① Estudiante brillante.
- ② Buen estudiante.
- ③
- ④ Estudiante mediocre.
- ⑤
- ⑥ Fracaso escolar.

**4. ADAPTACIÓN ESCOLAR:**

- ① Buena adaptación, le gusta la escuela, no hay o son escasos los problemas de comportamiento, tiene amigos en la escuela, le gusta la mayoría de los profesores.
- ② Adaptación mediocre, problemas ocasionales de comportamiento, no está muy interesado en la escuela pero no hace novillos o éstos son escasos. Tiene amigos en el colegio pero no participa a menudo en actividades extraescolares.
- ③
- ④ Pobre adaptación, no le gusta la escuela, hace frecuentemente novillos, frecuentes problemas de comportamiento.
- ⑤
- ⑥ Rechaza todo lo que tenga que ver con el colegio, delincuencia y vandalismo dirigido contra la escuela.

**5. ASPECTOS SOCIO-SEXUALES DE LA VIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA:**

- ⑥ Primeras citas, muestra un “sano interés” por el sexo opuesto, podría tener una relación “formal”, podría incluir alguna actividad sexual.
- ① Apego e interés por los otros, podría ser apego hacia el mismo sexo, podría ser miembro de un grupo, interesado en el sexo opuesto, sin embargo, no mantiene relaciones cercanas, relaciones emocionales con alguien del sexo opuesto “acercamientos” y flirteos.
- ② Profundo interés en las relaciones con el mismo sexo e interés restringido o falta de interés en el sexo opuesto.
- ③ Relaciones casuales con el mismo sexo, intentos inadecuados por relacionarse con el sexo opuesto. Contactos casuales con ambos sexos.
- ④ Contactos casuales con el mismo sexo, no interesado en el sexo opuesto.
- ⑤ Solitario. Escasos contactos o ausencia de ellos con chicos o chicas.
- ⑥ Antisocial, evita y es evitado por los iguales (Difiere de a lo anterior en que se trata de una evitación activa de los otros más que de una introversión pasiva).

SUBTOTAL

**ADOLESCENCIA (Tardía: 16-18 años)****1. SOCIABILIDAD E INTROVERSIÓN:**

- ⑥ No hay introversión.
- ①
- ② Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- ③
- ④ Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.
- ⑤
- ⑥ No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento. Evita el contacto.

**2. RELACIÓN CON COMPAÑEROS:**

- ⑥ Muchos amigos, relaciones cercanas con varios
- ①
- ② Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad casual con otros.
- ③
- ④ Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o sólo con familiares, o sólo relaciones casuales.
- ⑤
- ⑥ Aislamiento social, no tiene amigos ni siquiera mantiene relaciones superficiales.

**3. RENDIMIENTO ESCOLAR:**

- ⑥ Estudiante brillante.
- ①
- ② Buen estudiante.
- ③
- ④ Estudiante mediocre.
- ⑤
- ⑥ Fracaso escolar.

**4. ADAPTACIÓN ESCOLAR:**

- ① Buena adaptación, le gusta la escuela, no hay o son escasos los problemas de comportamiento, tiene amigos en la escuela, le gusta la mayoría de los profesores.
- ② Adaptación mediocre, problemas ocasionales de comportamiento, no está muy interesado en la escuela pero no hace novillos o éstos son escasos. Tiene amigos en el colegio pero no participa a menudo en actividades extraescolares.
- ③
- ④ Pobre adaptación, no le gusta la escuela, hace frecuentemente novillos, frecuentes problemas de comportamiento.
- ⑤
- ⑥ Rechaza todo lo que tenga que ver con el colegio, delincuencia y vandalismo dirigido contra la escuela.

**5. ASPECTOS SOCIALES DE LA VIDA SEXUAL DURANTE LA ADOLESCENCIA E INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE ELLA:**

- ① Siempre ha mostrado un “sano interés” por el sexo opuesto, citas, mantiene una relación “estable”, práctica de alguna actividad sexual (no necesariamente relaciones).
- ② Citas con regularidad, ha tenido sólo un amigo del sexo opuesto con el cual el paciente ha mantenido una relación “estable” durante un largo periodo de tiempo. (Incluidos aspectos sexuales de una relación aunque no necesariamente relaciones íntimas, a diferencia de lo anterior, implica una única pareja, excluyendo las parejas repetidas).
- ③ Siempre relaciones cercanas con chicos y chicas (Implica ser miembro de un grupo, interesado en relacionarse con los otros pero no en parejas).
- ④ Profundo interés en relacionarse con el mismo sexo interés restringido o falta de interés en el sexo opuesto.
- ⑤ Relaciones casuales con el mismo sexo con intentos inadecuados para intentar salir con el otro sexo. Contactos casuales con chicos y chicas.
- ⑥ Contactos casuales con el mismo sexo con ausencia de interés en el sexo opuesto. Contactos ocasionales con el sexo opuesto.
- ⑦ No quiere estar con chicos ni chicas, nunca ha salido con el sexo opuesto.

**SUBTOTAL*****EDAD ADULTA (Desde los 19 años en adelante)*****1. SOCIABILIDAD E INTROVERSIÓN:**

- ① No hay introversión.
- ② Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- ③
- ④ Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.
- ⑤
- ⑥ No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento. Evita el contacto.

**2. RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS**

- ① Muchos amigos, relaciones cercanas con varios
- ② Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad casual con otros.
- ③ Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o sólo con familiares, o sólo relaciones casuales.
- ④ Aislamiento social, no tiene amigos ni siquiera mantiene relaciones superficiales.

**3. ASPECTOS DE LA VIDA SOCIO-SEXUAL DEL ADULTO:****A. Casado o va a contraer matrimonio próximamente:**

- ① Casado, sólo un matrimonio (o vuelto a casar como consecuencia de la muerte del cónyuge), vida en común, relaciones sexuales adecuadas.
- ② Actualmente casado con historia de bajo impulso sexual, periodos de dificultad en las relaciones sexuales, o de relaciones extramatrimoniales.
- ③ Casado más de una vez, actualmente vuelto a casar. Adecuadas relaciones sexuales durante al menos un matrimonio.
- ④ Casado, o divorciado y vuelto a casar. Con una vida sexual crónicamente insatisfactoria.
- ⑤ Casado, y aparentemente permanece separado o divorciado son volverse a casar, pero ha mantenido un hogar en alguno de los matrimonios al menos durante tres años.
- ⑥ Casado, y aparentemente permanente separado o divorciado sin volverse a casar, pero el divorcio ocurrió hace 3 o más años y mientras estuvo casado mantuvo el hogar menos de 3 años.

**B. No casado y mayor de 30 años:**

- ① Ha estado comprometido una o más veces o ha tenido una relación de al menos 2 años, incluyendo relaciones hetero u homosexuales, o aparentes evidencias de affair amoroso con una persona, pero incapaz de conseguir un compromiso a largo plazo tal como un matrimonio.
- ② Relaciones heterosexuales u homosexuales durante más de 6 meses, pero menos de 2 años. (Si es estable, una relación homosexual más de dos años puntuar como "2")
- ③ Experiencias de noviazgo breves o de corto plazo (Hetero u homosexuales) con una o más parejas, pero sin experiencia sexual de larga duración con una única pareja.
- ④ Las relaciones sexuales y/o sociales son raras y poco frecuentes.
- ⑤ Interés sexual o social mínimo por cualquier hombre o mujer. Aislado.

**C. Nunca casado, edad entre 20 y 29 años:**

- ① Ha tenido al menos una relación amorosa de larga duración (mínimo de 6 meses) o un compromiso, incluso aunque las ideas religiosas u otras prohibiciones o inhibiciones han impedido la unión sexual. Pueden haber vivido juntos.
- ② Ha estado activamente comprometido, ha tenido varios novios o novias, algunas relaciones han durado unos meses, pero no ha habido relaciones duraderas. Las relaciones pueden haber sido "serias", pero no se han planteado compromisos a largo plazo tales como el matrimonio y si se han planteado han sido una eventualidad.
- ③ Breves experiencias de noviazgo o relaciones con uno ó más compañeros, pero sin experiencias sexuales de larga duración con un único compañero/a.
- ④ Relaciones sexuales o sociales casuales con personas de cualquier sexo sin vínculos emocionales profundos.
- ⑤ Relaciones sexuales y/o sociales raras o poco frecuentes.
- ⑥ Interés sexual o social mínimo hacia cualquier hombre o mujer. Aislado.

**GENERAL****1. EDUCACIÓN:**

- ① Ha completado estudios superiores y/o universitarios de grado medio o superior.
- ② Ha completado el bachillerato y algún otro estudio u oficio (tales como secretariado, programador, etc.).
- ③ Ha completado el bachillerato.
- ④ Ha completado EGB.
- ⑤
- ⑥ No ha completado ningún curso más allá de 5° de EGB.

**2. DURANTE UN PERIODO QUE VA DESDE LOS 3 AÑOS HASTA LOS 6 MESES ANTERIORES A LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN O AL INICIO DEL 1<sup>er</sup> EPISODIO EL PACIENTE TENÍA UN TRABAJO REMUNERADO O RENDÍA ADECUADAMENTE EN EL COLEGIO:**

- ① Todo el tiempo.
- ② La mitad del tiempo.
- ③
- ④ Poco tiempo, aproximadamente el 25% del tiempo.
- ⑤
- ⑥ Nunca

**3. DENTRO DE UN PERIODO DE TIEMPO QUE VA DESDE 1 AÑO ANTES HASTA 6 MESES ANTES DE LA 1<sup>a</sup> HOSPITALIZACIÓN O EL 1<sup>er</sup> EPISODIO HA OCURRIDO ALGÚN CAMBIO EN EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO O EN LA ESCUELA:**

- ① Deterioro repentino, brusco.
- ②
- ③ Progresivo deterioro durante los 3 últimos meses.
- ④ Progresivo deterioro durante los 6 meses.
- ⑤
- ⑥ Es difícil o imposible de determinar el inicio del deterioro.

**4. DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO QUE VA DESDE 3 AÑOS HASTA 6 MESES ANTES DE LA 1<sup>a</sup> HOSPITALIZACIÓN O 1<sup>er</sup> EPISODIO, CON FRECUENCIA CAMBIABA DE TRABAJO, SI TRABAJA, O CON FRECUENCIA INTERRUMPÍA LA ASISTENCIA AL COLEGIO:**

- ① Ha mantenido el mismo trabajo o acudía al colegio.
- ②
- ③ Cambio de trabajo o ausencias escolares han ocurrido 2 o 3 veces.
- ④ Permanencia con el mismo trabajo más de 8 meses pero menos de 1 año o ha acudido al colegio con regularidad durante el mismo periodo de tiempo.
- ⑤
- ⑥ Menos de 2 semanas en un trabajo o en el colegio.

## **5. INDEPENDIZACIÓN**

- ① Establece su residencia fuera del hogar familiar con éxito, independencia económica de los padres.
- ② Ha realizado intentos de vivir independientemente sin éxito, vive en el hogar paterno, pero les paga su manutención, por lo demás es independiente económicamente.
- ④ Vive en el hogar paterno, es mantenido por sus padres aunque es independiente para sus gastos (entretenimiento, ropa, etc.).
- ⑥ No hace intentos de dejar el hogar o de ser económicamente independiente.

## **6. EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS NIVELES SUPERIORES DE FUNCIONAMIENTO ALCANZADOS EN LA VIDA DEL PACIENTE:**

- ① Completamente hábil para funcionar con éxito y en sacarle aliciente o gusto a: (1) colegio o trabajo, (2) amigos, (3) relaciones sexuales íntimas, (4) iglesia, aficiones... Le gusta la vida y la afronta bien.
- ② Hábil para funcionar bien y disfrutar de algunas esferas de la vida, pero tiene una laguna definida en el afrontamiento con éxito de al menos un área.
- ④ Éxito y placer mínimos en 3 áreas de la vida.
- ⑥ Ineficaz para funcionar en o para disfrutar de todos los aspectos de la vida.

## **7. AJUSTE SOCIO-PERSONAL:**

- ① Un líder o director en grupos oficiales, clubs, organizaciones, o equipos deportivos universitarios, de escuelas profesionales, de colegios o de jóvenes adultos. Implicado en relaciones cercanas e íntimas con otros.
- ① Un participante activo e interesado, pero no ejerce de líder en grupos de amigos, clubs, organizaciones o equipos deportivos pero ha estado implicado en relaciones cercanas con otros.
- ② Un miembro nominal, pero no ha tenido implicación o compromiso con grupos de amigos, clubs, organizaciones, etc... Ha tenido relaciones cercanas con pocos amigos.
- ③ Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana ha tenido pocos y casuales amigos.
- ④ Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana no ha tenido amigos reales, sólo relaciones superficiales.
- ⑤ Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana (como después de la infancia), callado, retirado, ha preferido estar solo, mínimos intentos para mantener algún contacto con otros.
- ⑥ No desea estar con iguales u otros. Asocial o antisocial.

## **8. GRADO DE INTERÉS EN LA VIDA:**

- ① Entusiasta, ambicioso, interesado en el futuro: casa, familia, amigos, trabajo, deportes, artes, animales, jardinería, actividades sociales, música y teatro.
- ② Grado moderado de interés en bastantes actividades que incluye reuniones sociales, deportes, música y sexo opuesto.
- ④ Ligerio interés en algunas cosas como el trabajo, la familia, tranquilas reuniones sociales. El interés se mantiene por poco tiempo.
- ⑥ Introversión e indiferencia hacia los intereses de la vida, por regla general individualista. No muestra intereses profundos por nada.

**9. NIVEL DE ENERGÍA:**

- ① Impulso fuerte, entusiasta, activo, alerta, interesado en la vida. Le ha gustado la vida y ha tenido bastante energía para disfrutar de ella. Extrovertido y adecuado en los asuntos de la vida.
- ② Impulso moderadamente adecuado, enérgico, interesado como se ha descrito anteriormente.
- ④ Energía moderadamente inadecuada. Tendencia hacia la sumisión, reacciones pasivas. Ha mostrado algo de potencial para plantar cara a los problemas de la vida pero prefiere evitarlos que gastar la energía necesaria.
- ⑥ Sumiso, inadecuado, reacciones pasivas. Débil apoyo en la vida, no se enfrenta a los problemas de su vida, no participa activamente, pasivamente acepta su suerte sin tener la energía para ayudarse a sí mismo.

**SUBTOTAL****PUNTUACIÓN TOTAL**

## EVALUACIONES FUNCIONALIDAD

### ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG-GAF)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). Utilice los niveles intermedios cuando resulte apropiado.

- 100 | *Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.*  
91
- 90 | *Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).*  
81
- 80 | *Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).*  
71
- 70 | *Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.*  
61
- 60 | *Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).*  
51
- 50 | *Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).*  
41
- 40 | *Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).*  
31
- 30 | *La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).*  
21
- 20 | *Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).*  
11
- 10 | *Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.*  
1
- 0 | *Información inadecuada.*

**PUNTUACIÓN TOTAL**



**¿Se cambia alguno de los otros tratamientos que el paciente tenía pautados desde la anterior visita?**

Sin cambios en el tratamiento

Retirada o inicio de algún tratamiento ⇒ especificar tratamiento que se cambia, tipo de cambio y motivo:⇒

⇒ Tratamiento que se cambia

Tipo cambio

Motivo del cambio

	Tipo cambio			Motivo del cambio		
	<i>Inicio</i>	<i>Retirada</i>	<i>Ajuste de dosis</i>	<i>Respuesta insuficiente o falta de eficacia</i>	<i>Reacciones adversas</i>	<i>Otros</i>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**CONSUMO DE DROGAS:**

	<i>Consumo actual (último mes)</i>		<i>Diagnóstico de abuso o dependencia según DSM-IV</i>		<i>Consumo actual según análisis toxicológico</i>		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>NE*</i>
Tabaco							
Alcohol							
Cannabioides							
Anfetamina							
Opioides							
Cocaína							
Otros: _____							
					<i>Fecha del último análisis: __ / __ / __</i>		

Si fumador, consumo diario: \_\_\_\_\_cigarros/día

**EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS****ESCALA DE SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)**

**INSTRUCCIONES:** Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación anexo para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

*1= ausente; 2= mínimo; 3= leve; 4=moderado; 5= moderadamente grave; 6= grave; 7= extremo.*

**1) SUBESCALA POSITIVA**

P1	Delirios .....	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual.....	1	2	3	4	5	6	7
P3	Comportamiento alucinatorio.....	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación .....	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad.....	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia .....	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad.....	1	2	3	4	5	6	7

SUBTOTAL

**2) SUBESCALA NEGATIVA**

N1	Embotamiento afectivo .....	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retraimiento emocional .....	1	2	3	4	5	6	7
N3	Contacto pobre .....	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retraimiento social .....	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad en el pensamiento abstracto.....	1	2	3	4	5	6	7
N6	Espontaneidad y fluidez de conversación....	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado .....	1	2	3	4	5	6	7

SUBTOTAL

**3) SUBESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL**

G1	Preocupaciones somáticas .....	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedad .....	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimientos de culpa .....	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión .....	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manierismos y posturas .....	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión.....	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retardo motor .....	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de colaboración .....	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos inusuales del pensamiento .....	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación .....	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente .....	1	2	3	4	5	6	7
G12	Ausencia de juicio e "insight" .....	1	2	3	4	5	6	7
G13	Trastornos de la volición.....	1	2	3	4	5	6	7
G14	Control deficiente de impulsos.....	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación.....	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social activa .....	1	2	3	4	5	6	7

SUBTOTAL

**PUNTUACION TOTAL** (suma de los 3 subtotales)

**ESCALA MONTGOMERY-ASBERG PARA LA DEPRESIÓN (MADRS)**

**Nota Informativa:** Esta escala trata de evaluar los síntomas relacionados con el estado de ánimo del paciente. Se cumplimentara solo en aquellos pacientes que, además de la sintomatología propia de la enfermedad, presenten síntomas de depresión. Para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se recomienda la administración de la Escala de Calgary (ver a continuación).

**1. Tristeza aparente**

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

**2. Tristeza expresada**

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

**3. Tensión interior**

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

**4. Sueño reducido**

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

**5. Disminución del apetito**

El paciente expresa una reducción del apetito respecto al que tiene cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

**6. Dificultades de concentración**

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

**7. Laxitud.Abulia**

El paciente expresa o presenta dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

0. Apenas hay dificultades para iniciar las tareas.No hay inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

**8. Incapacidad para sentir**

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.

--

6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

### 9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No hay pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

### 10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio

<b><i>PUNTUACIÓN TOTAL</i></b>		
--------------------------------	--	--

**ESCALA DE DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA CALGARY**

**Nota Informativa:** Esta escala trata de evaluar los síntomas relacionados con el estado de ánimo del paciente. Se cumplimentara solo en aquellos pacientes que, además de la sintomatología propia de la enfermedad, presenten síntomas de depresión.

*Instrucciones: Marque con una cruz la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista que se especifique a continuación*

**1. Depresión:****0. Ausente**

1. **Leve.** Expresa tristeza o desánimo con las preguntas.
2. **Moderado.** Estado de ánimo claramente depresivo que persiste la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas presentes diariamente.
3. **Severo.** Ánimodepresivo muy marcado, que persiste diariamente durante más de la mitad del tiempo, interfiriendo en el normal funcionamiento motos y social.

**2. Desesperanza****0. Ausente**

1. **Leve.** A veces se ha sentido desesperanzado durante la última semana, pero todavía tiene algún grado de esperanza por el futuro.
2. **Moderado.** Persistente, moderada sensación de desesperanza durante la última semana. Se le puede persuadir para admitir la posibilidad de que las cosas mejoren.
3. **Severo.** Sensación persistente y angustiada de desesperanza.

**3. Autodesprecio****0. Ausente.**

1. **Leve.** Algo de inferioridad, no la suficiente como para sentirse que no vale la pena.
2. **Moderado.** El sujeto se siente sin valor, pero menos del 50% del tiempo.
3. **Severo.** El sujeto se siente sin valor más del 50% del tiempo. Se le puede estimular para que se sienta de otra manera.

**4. Ideas de referencia de culpa****0. Ausente**

1. **Leve.** El sujeto se siente culpabilizado, pero no acusado, menos del 50% del tiempo.
2. **Moderado.** Persistente sensación de ser culpado y/o sensación ocasional de ser acusado.
3. **Severo.** Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le insiste reconoce que no es así.

**5. Culpa patológica****0. Ausente**

1. **Leve.** El sujeto se siente, a veces, culpable sobre algunas faltas menores, pero menos del 50% del tiempo.
2. **Moderado.** El sujeto normalmente (más de 50% del tiempo) se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado exagera.
3. **Severo.** El sujeto normalmente siente que se le va a acusar por todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es responsabilidad suya.

--

**6. Depresión matutina**

0. **Ausente.**
1. **Leve.** Depresión presente, pero no hay variación diurna.
2. **Moderado.** La depresión se menciona espontáneamente como peor por la mañana.
3. **Severo.** La depresión es marcadamente peor por la mañana, con deterioro del funcionamiento que mejora por la tarde.

**7. Despertar precoz**

0. **Ausente**
1. **Leve.** Ocasionalmente se levanta (hasta dos veces por semana) al menos 1 hora o más antes del horario habitual en que se despierta o que suena el despertador.
2. **Moderado.** A menudo se despierta temprano (hasta 5 veces por semana) 1 hora o más antes de la hora habitual en que se despierta o que suena el despertador.
3. **Severo.** A diario se despierta una hora o más antes de la hora habitual.

**8. Pensamientos suicidas**

0. **Ausente**
1. **Leve.** Pensamientos frecuentes de estar mejor muerto o ideas de suicidio ocasionales.
2. **Moderado.** Ha considerado el suicidio deliberadamente con un plan, pero no ha hecho ninguna tentativa.
3. **Severo.** Aparentemente un intento suicida diseñado para acabar en muerte (descubierto accidentalmente o medios ineficaces).

**9. Depresión observada**

0. **Ausente.**
1. **Leve.** El sujeto parece triste y apesadumbrado, incluso durante parte de la entrevista, sobre temas afectivamente neutros.
2. **Moderado.** El sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con una voz monótona y desesperanzada, a veces con llanto o se le saltan las lágrimas.
3. **Severo.** El sujeto se ahoga en tópicos inquietantes, frecuentemente suspira profundamente y llora abiertamente, o está persistentemente en un estado de estupor depresivo.

<i>PUNTUACIÓN TOTAL</i>		
-------------------------	--	--

**ESCALA DE YOUNG PARA LA EVALUACIÓN DE LA MANÍA (YMRS)**

**Nota Informativa:** Esta escala tiene el objeto de evaluar síntomas relacionados con el estado de ánimo del paciente. Se cumplimentara solo en aquellos pacientes que, además de la sintomatología propia de la enfermedad, presenten síntomas de manía (En ningún caso a síntomas desorganizados).

**En cada apartado, escoja la opción más aducada en función de las características del paciente evaluado.**

**1. Euforia**

- Ausente
- Dudosa o leve
- Hipertimia subjetiva clara, optimista, seguro; alegre, aún adecuado
- Hipertimia; humor ya inadecuado
- Euforia, risa inapropiada; canta

**2. Aumento de la Actividad motora, energía**

- Ausente
- Aumenta subjetivamente
- Animado, aumento de la gesticulación
- Energía excesiva, hiperactivo a veces, inquieto (aún se puede contener)
- Excitación motora, hiperactividad continua (no se puede contener)

**3. Interés sexual**

- Normal, no aumentado
- Aumento ligero o posible
- Incremento definido al preguntarle
- Interés sexual espontáneo, habla de temas sexuales, hipersexualidad expresada sin preguntarle.
- Actos sexuales (hacia otros pacientes, trabajadores del centro o entrevistador)

**4. Sueño**

- Refiere sueño conservado
- Sueño reducido en menos de 1 hora
- Sueño reducido en más de 1 hora
- Refiere disminución en la necesidad de sueño
- Niega necesidad de dormir

**5. Irritabilidad**

- Ausente
- Subjetivamente aumentada
- Irritable episódicamente durante la entrevista, episodios recientes de estar molesto o enfadado en la planta
- Irritable frecuentemente durante la entrevista, cortante, brusco todo el tiempo
- Hostil, falta de cooperación entrevista imposible

**6. Discurso (ritmo y cantidad)**

- No aumento
- Se siente hablador
- Aumento del ritmo y la cantidad a veces, verborreico a veces
- Verborrea. Aumento importante del ritmo y la cantidad, difícil de interrumpir
- Verborrea ininterrumpible, discurso continuo

**7. Trastorno del lenguaje y del pensamiento**

- Ausente
- Circunstancial, ligeramente distraible, pensamientos rápidos
- Distraible, pierde el hilo conductor, cambia de tema con frecuencia, pensamientos rápidos
- Fuga de ideas, tangencialidad, dificultad para seguirle, hace rimas, ecolalia
- Incoherencia, comunicación imposible

**8. Contenido del pensamiento**

- Normal
- Planes cuestionables, nuevos intereses
- Proyecto(s) especial(es); hiperreligioso
- Ideas de grandeza o paranoides, ideas de referencia

Delirios, alucinaciones

**9. Conducta alterada-agresiva**

- Ausente, coopera  
 Sarcástico, ruidoso a veces, alerta, vigilante  
 Demandante, amenazas en planta  
 Amenaza al entrevistador, grita, entrevista difícil.  
 Agresivo, destructivo, entrevista imposible

**10. Vestido**

- Vestido y aseado apropiado  
 Mínimamente descuidado  
 Poco cuidado personal, moderadamente desaliñado en el vestir, exceso de ropa  
 Descuidado en el vestir, semi-vestido, maquillaje estridente  
 Totalmente desaliñado, decorado, maquillaje extraño

**11. Insight. Conciencia de sí mismo**

- Presente, admite la enfermedad, está de acuerdo con la necesidad de tratamiento  
 Duda de la enfermedad aunque la admite poco posible  
 Admite cambio en la conducta, aunque niega la enfermedad  
 Niega todo cambio de conducta

**PUNTUACIÓN TOTAL**

**ESCALA SUMD (ABREVIADA)**

1. Conciencia de poseer un desorden mental
  0. Ítem no relevante
  1. Conciencia
  - 2.
  3. Conciencia intermedia
  - 4.
  5. No hay conciencia
  
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación
  0. Ítem no relevante
  1. Conciencia
  - 2.
  3. Conciencia intermedia
  - 4.
  5. No hay conciencia
  
3. Conciencia de las consecuencias de su desorden mental
  0. Ítem no relevante
  1. Conciencia
  - 2.
  3. Conciencia intermedia
  - 4.
  5. No hay conciencia
  
4. Conciencia de poseer alucinaciones (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
5. Conciencia de poseer delirios (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
6. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
7. Conciencia de poseer embotamiento afectivo (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
8. Conciencia de poseer anhedonia (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_
9. Conciencia de poseer asociabilidad (0-5): \_\_\_\_\_  
Atribución (0-5): \_\_\_\_\_

**PUNTUACIONES**

Suma total ítems conciencia (4-9)		Número total de ítems relevantes		Puntuación
_____	/	_____	=	_____
Suma total ítems Atribución (4-9)		Número total de ítems relevantes		Puntuación
_____	/	_____	=	_____

**ESCALA CGI DE EVALUACIÓN DE GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (CGI-G)**

Considerando toda su experiencia clínica, ¿cuál es en su opinión el grado de enfermedad en el paciente en este momento? (Señale con una cruz la respuesta que mejor corresponda):

- ① No valorado
- ① Normal, sin enfermedad
- ② Muy levemente enfermo
- ③ Levemente enfermo
- ④ Moderadamente enfermo
- ⑤ Marcadamente enfermo
- ⑥ Gravemente enfermo
- ⑦ Extremadamente enfermo

# EVALUACIONES FUNCIONALIDAD

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG-GAF)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). Utilice los niveles intermedios cuando resulte apropiado.

- 100 | *Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.*  
91
- 90 | *Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).*  
81
- 80 | *Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).*  
71
- 70 | *Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.*  
61
- 60 | *Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).*  
51
- 50 | *Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).*  
41
- 40 | *Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).*  
31
- 30 | *La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).*  
21
- 20 | *Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).*  
11
- 10 | *Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.*  
1
- 0 | *Información inadecuada.*

**PUNTUACIÓN TOTAL**

## *Hoja de Finalización*

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

### ¿Ha finalizado el estudio?

\_\_\_\_\_ Finalizó el estudio (todas las visitas completas y valorables)

\_\_\_\_\_ Interrupción anticipada

Última visita valorable: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Motivo:

← Pérdida de seguimiento; causa \_\_\_\_\_

↑ Remisión de los síntomas

→ Falta de colaboración del paciente

↓ Mala cumplimentación persistente

≥ Fallecimiento (especificar causa): \_\_\_\_\_

× Otros (especificar): \_\_\_\_\_

## *OPINIÓN GLOBAL*

Comparado con el estado inicial del paciente ¿cómo se encuentra en estos momentos?

← Mucho mejor

↑ Bastante mejor

→ Ligeramente mejor

↓ Igual

° Ligeramente peor

± Bastante peor

" Mucho peor

## *OBSERVACIONES*

## **Anexo IV:**

Protocolo de Evaluación de la Cognición  
General, Cognición Social y Funcionalidad  
y Cuadernillo de Recogida de Datos (CRD)

Cumplimentado por la neuropsicóloga

---

# **CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

## **EFICACIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS**

### **REHACOP**

**PROTOCOLO COGNICIÓN, COGNICIÓN-SOCIAL Y FUNCIONAL**  
**CUMPLIMENTADO POR LOS NEUROPSICÓLOGOS**

Nº de paciente

---

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN** *(no enviar a la Base de Datos)*

---

Código numérico del participante en el estudio: \_\_\_\_\_

Nombre del Neuropsicólogo responsable: \_\_\_\_\_

Lugar de tratamiento habitual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

## Visita Pre-tratamiento

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

### ***EVALUACIONES NEUROPSICOLÓGICAS***

#### **REGISTRO DE ORIENTACIÓN**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL:     /7           PERCENTIL:

#### **a) Orientación PERSONAL:**

- Nombre y Apellidos (1):
- Edad (1):
- Fecha de Nacimiento (1):
- Lugar de Nacimiento (1):
- Nombre de Familiares Cercanos (1):
- Dirección (1):
- Profesión y Último curso aprobado (1):

**Dominancia Manual:**

**Números de teléfono:**

**Fumador:**

**Necesidad de gafas:**

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

Nº de paciente

**TEST DE ACENTUACIÓN: TAP**

ACULLA	ABOGACIA	ANOMALO	CELIBE	ALHELI
RABI	APATRIDA	HUSAR	ALEGORIA	MANCHU
DIAMETRO	MOARE	CONCAVO	AMBAR	PUGIL
POLIGAMO	ACME	SILICE	GRISU	ALBEDRIO
CANON	PIFANO	TACTIL	VOLATIL	DESCORTES
DISCOLO	BULGARO	BALADI	ACOLITO	CUPULA

**Total puntuación TAP:** \_\_\_\_\_



Nº de paciente

**TEST DE COLORES Y PALABRAS STROOP**

	Puntuación Directa
Palabra: <b>P</b>	
Color: <b>C</b>	
Palabra y Color: <b>PC</b>	
$P \times C$ $----- = PC'$	
$P + C$	
$PC - PC' = \text{INTERF.}$	

**TRAIL MAKING TEST A-B**

Parte A:	Tiempo:	Errores:
Parte B:	Tiempo:	Errores:

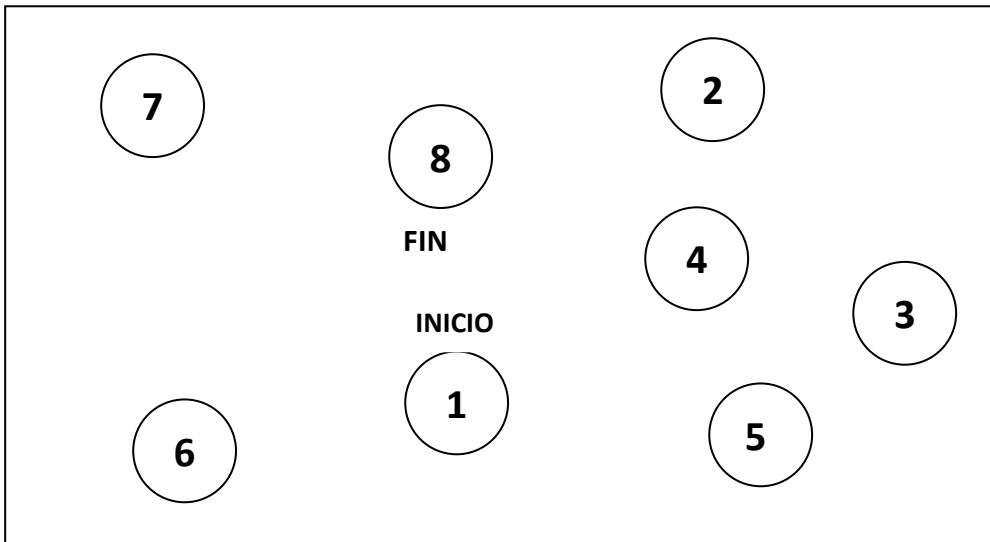
**CLAVE DE NÚMEROS DEL WAIS**

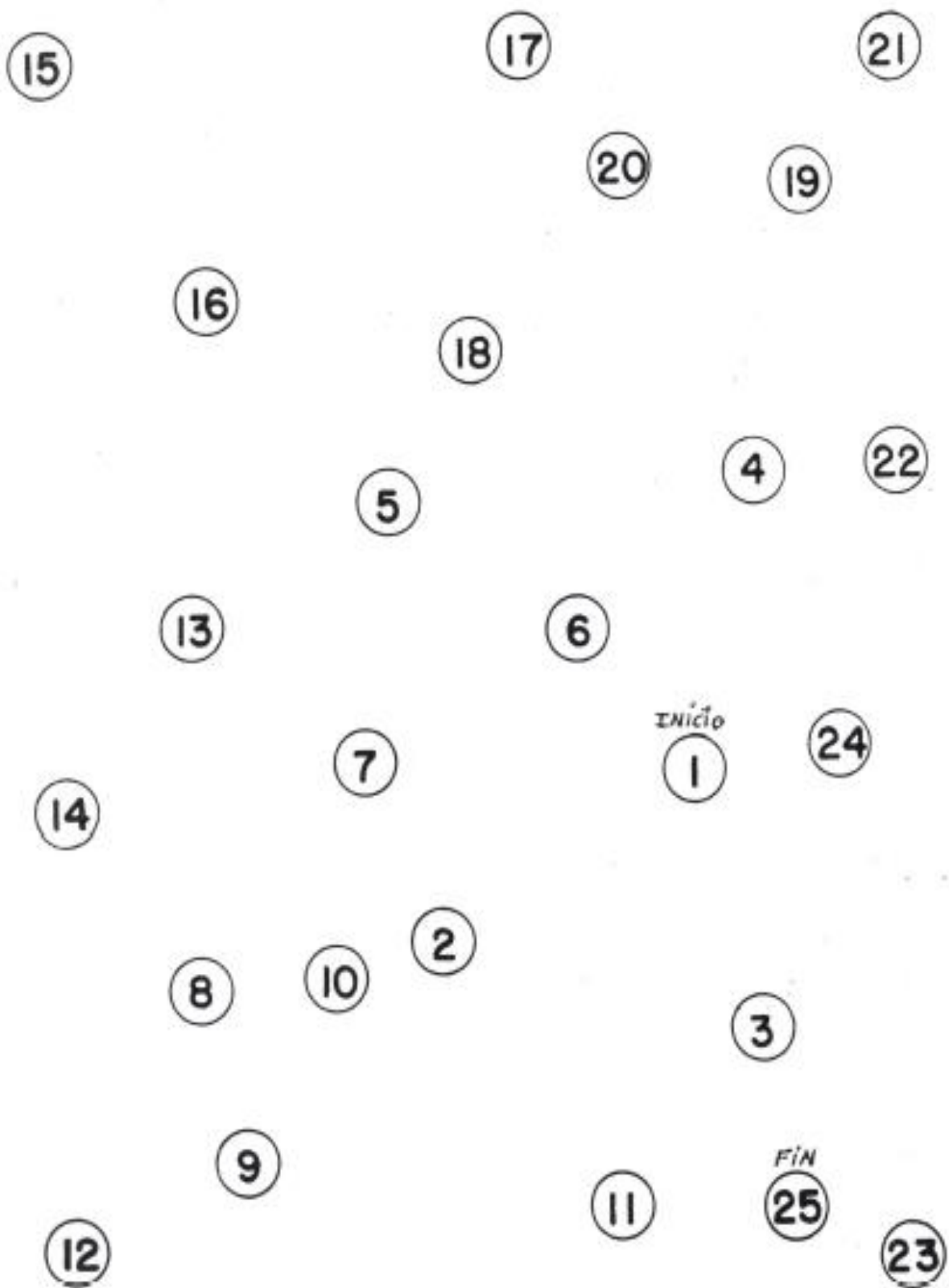
CLAVE DE NUMEROS	Acertos:	Errores:
------------------	----------	----------

*TRAIL MAKING TEST*

PARTE A

*EJEMPLO*

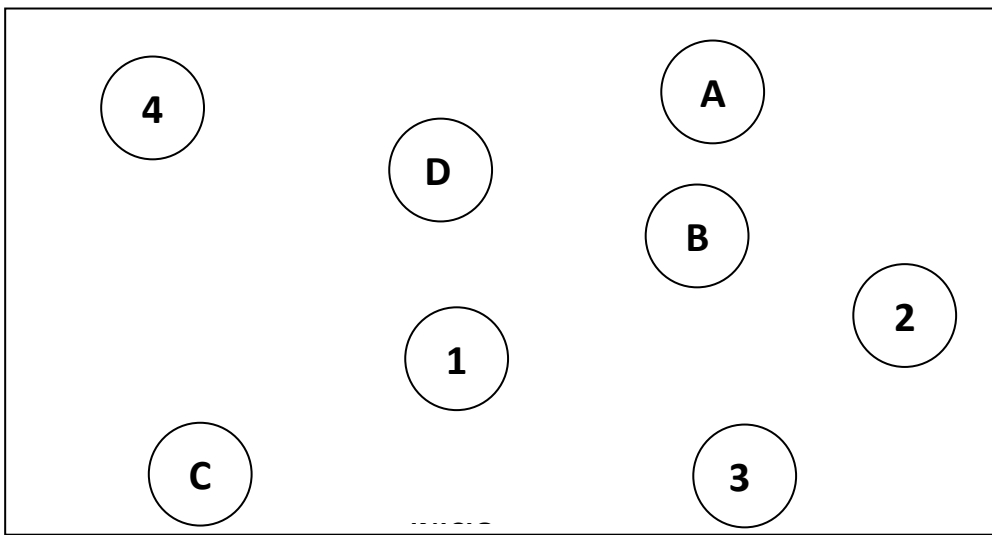




***TRAIL MAKING***

**PARTE B**

***EJEMPLO***



FIN

13

10

8

9

I

D

B

4

3

7

Inicio

1

5

H

C

12

G

A

J

L

2

6

F

E

K

11

**DÍGITOS DIRECTOS E INDIRECTOS DEL WAIS****DIGITOS DIRECTOS**

ORDEN DIRECTO			Punt.		Puntuación elemento		
Elemento/intento			Intento				
<b>1</b>	<b>1</b>	1-7	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	6-3	0	1	0	1	2
<b>2</b>	<b>1</b>	5-8-2	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	6-9-4	0	1	0	1	2
<b>3</b>	<b>1</b>	6-4-3-9	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	7-2-8-6	0	1	0	1	2
<b>4</b>	<b>1</b>	4-2-7-3-1	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	7-5-8-3-6	0	1	0	1	2
<b>5</b>	<b>1</b>	6-1-9-4-7-3	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	3-9-2-4-8-7	0	1	0	1	2
<b>6</b>	<b>1</b>	5-9-1-7-4-2-8	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	4-1-7-9-3-8-6	0	1	0	1	2
<b>7</b>	<b>1</b>	5-8-1-9-2-6-4-7	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	3-8-2-9-5-1-7-4	0	1	0	1	2
<b>8</b>	<b>1</b>	2-7-5-8-6-2-5-8-4	0	1	0	1	2
	<b>2</b>	7-1-3-9-4-2-5-6-8	0	1	0	1	2
		Puntuación orden directo (máximo =16)					

**DIGITOS INVERSO**

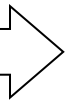
ORDEN INVERSO			Punt.		Puntuación elemento		
Elemento/intento			Intento				
1	1	2-4	0	1	0	1	2
	2	5-7	0	1	0	1	2
2	1	6-2-9	0	1	0	1	2
	2	4-1-5	0	1	0	1	2
3	1	3-2-7-9	0	1	0	1	2
	2	4-9-6-8	0	1	0	1	2
4	1	1-5-2-8-6	0	1	0	1	2
	2	6-1-8-4-3	0	1	0	1	2
5	1	5-3-9-4-1-8	0	1	0	1	2
	2	7-2-4-8-5-6	0	1	0	1	2
6	1	8-1-2-9-3-6-5	0	1	0	1	2
	2	4-7-3-9-1-2-8	0	1	0	1	2
7	1	9-4-3-7-6-2-5-8	0	1	0	1	2
	2	7-2-8-1-9-6-5-3	0	1	0	1	2
Puntuación orden directo (máximo =14)							

DÍGITOS	D.Diret:	D.Indir:	D.Tot:
---------	----------	----------	--------

**INFORMACIÓN DEL WAIS**

Elemento		Respuesta	Punt.	
1	Sábado		0	1
2	Edad		0	1
3	Pelota		0	1
4	Meses		0	1
5	Termómetro		0	1
6	Quijote		0	1
7	Sahara		0	1
8	Sol		0	1
9	Egipto		0	1
10	Japón		0	1
11	Capilla Sixtina		0	1
12	Juegos Olímpicos		0	1
13	Continentes		0	1
14	Cleopatra		0	1
15	Agua		0	1
16	Fleming		0	1
17	Corán		0	1
18	Luna		0	1
19	Relatividad		0	1

Comenzar



20	Gandhi		0	1
21	Génesis		0	1
22	Curie		0	1
23	Luz		0	1
24	Carlomagno		0	1
25	Catalina		0	1
26	Fausto		0	1
27	Habitantes de la Tierra		0	1
28	Línea de los días		0	1

Punt. Directa (máx.=28)



--

## Instrucciones para reconocimiento

"Versión 2"

El formato de Reconocimiento (Elección forzosa) se administra inmediatamente después del ensayo de Recuerdo Diferido. Dígame al sujeto lo siguiente:

**Ahora voy a leerle una lista de palabras más larga. Algunas de ellas son palabras de la lista original, y otras no. Después de leer cada palabra, quisiera que me diga "SI" en el caso de que la palabra estuviera en la lista original, o "NO", si no estaba.**

Lea las palabras de la lista de reconocimiento siguiendo el orden numérico. De al sujeto todo el tiempo que necesite para responder. Para ello, puede usar la frase, "¿Esta la palabra cuchara en la lista? ¿Sí o no?." El sujeto debe dar una respuesta para cada palabra. Si el sujeto no está seguro, anímele a que tome una decisión.

Reconocimiento (Elección Forzosa)											
1. Cuchara	Si	No	7. Limón	Si	No	13. Cuchillo	Si	No	19. VINO	Si	No
2. PISTOLA	Si	No	8. Abridor	Si	No	14. RON	Si	No	20. Oro	Si	No
3. Armónica	Si	No	9. ESPADA	Si	No	15. Trucha	Si	No	21. ESPATULA	Si	No
4. Whisky	Si	No	10. Muñeca	Si	No	16. BOMBA	Si	No	22. BURBON	Si	No
5. TENEDOR	Si	No	11. Escopeta	Si	No	17. SARTÉN	Si	No	23. Cerveza	Si	No
6. CAZUELA	Si	No	12. VODKA	Si	No	18. Lápiz	Si	No	24. RIFLE	Si	No

Número total de aciertos: \_\_\_\_/12 (no sombreados)

Errores falsos- Positivos semánticamente relacionados: \_\_\_\_/6 (sombra clara)

Errores Falsos- Positivos no relacionados semánticamente: \_\_\_\_/6 (sombra oscura)

Número total de errores Falsos- Positivos: \_\_\_\_/12.

	Puntuación Directa	Puntuación Típica
<b>Recuerdo Total</b> (suma de aciertos totales para los ensayos 1, 2 y 3)		
<b>Recuerdo Diferido</b> (Ensayo 4)		
<b>Retención (%)</b> (Ensayo 4/puntuación más alta de ensayos 2 y 3 X 100)		
<b>Índice de Discriminación en Reconocimiento</b> (Total de aciertos) – (total de Falsos Positivos)		

Tabla normativa (Apéndice A): \_\_\_\_\_



**EVALUACIONES COGNICIÓN SOCIAL****HISTORIA DE HAPPÉ**

*“Te voy a enseñar unas fichas en las que aparecerá una historia que vas a leer. Una vez hayas leído y entendido la historia, te voy a hacer una pregunta referida a la misma, y tu tarea consiste en contestar a esa pregunta. Ten en cuenta que no está permitido mirar de nuevo la historia, así que debes asegurarte que la has entendido adecuadamente mientras la lees”.*

Respuesta dada	Puntuación (0,1,2)	Tiempo	Comentarios
<b>ToM 3</b> Hamburguesas: ¿Por qué Alex dice eso?			
<b>ToM 5</b> Peinado: ¿Por qué le dice eso Pedro?			
<b>ToM 8</b> Ladrón: ¿Por qué hace esto el ladrón?			
<b>ToM 2</b> Prisionero: ¿Por qué responde eso el prisionero?			

**ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL MSCEIT**
**Sección A**

<b>1.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Miedo</b>	
	<b>3.Sorpresa</b>	
	<b>4.Asco</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	

<b>2.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	

<b>3.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	

<b>4.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Enojo</b>	
	<b>5.Asco</b>	

**Sección E**

<b>1.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Enojo</b>	
	<b>5.Asco</b>	
<b>4.</b>	<b>1.Tristeza</b>	
	<b>2.Miedo</b>	
	<b>3.Enojo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Asco</b>	

<b>2.</b>	<b>1.Tristeza</b>	
	<b>2.Enojo</b>	
	<b>3.Sorpresa</b>	
	<b>4.Asco</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	
<b>5.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Enojo</b>	
	<b>5.Asco</b>	

<b>3.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Miedo</b>	
	<b>3.Enojo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Asco</b>	
<b>6.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Enojo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Asco</b>	

**Sección D**

<b>1.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>2.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>3.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>4.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>5.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

**Sección H**

<b>1.</b>	<b>Respuesta 1.</b>	
	<b>Respuesta 2.</b>	
	<b>Respuesta 3.</b>	

<b>2.</b>	<b>Respuesta 1.</b>	
	<b>Respuesta 2.</b>	
	<b>Respuesta 3.</b>	

<b>3.</b>	<b>Respuesta 1.</b>	
	<b>Respuesta 2.</b>	
	<b>Respuesta 3.</b>	

**MSCEIT - (Traducción al castellano adaptada)****Sección D - Manejo de Emociones**

**Instrucciones:** Para cada caso seleccione en qué medida serán útiles cada una de las acciones.

1. Mara se despertó sintiéndose bastante bien. Había dormido bien, se sentía descansada, y no tenía ninguna preocupación o problema especial. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para CONSERVAR SU ESTADO DE ÁNIMO ?

**Acción 1: Levantarse y disfrutar del resto del día**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 2: Disfrutar de ese sentimiento y valorar todas las cosas que le están yendo bien**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 3: Ignorar el sentimiento de bienestar ya que de todos modos no duraría más tiempo.**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 4: Utilizar su sentimiento de bienestar para llamar a su madre, que había estado deprimida, y tratar de animarla**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

2. Andrés trabaja tanto o más que un compañero suyo. De hecho, sus ideas son por lo general mejores que las del compañero para que la empresa mejore sus resultados. Este compañero trabaja de forma mediocre pero se dedica a complacer a los jefes para destacar. Por eso, cuando el jefe le da el premio anual al mérito a ese compañero, Andrés se enfada mucho. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Andrés SE SIENTA MEJOR ?

**Acción 1: Pensar en todas las cosas buenas que hay en su vida y en su trabajo**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 2: Hacer una lista de los rasgos positivos y negativos de su compañero**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 3: Decirse a si mismo que no vale la pena enfadarse por una situación que no está bajo su control**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 4: Decir a los demás que su compañero no merece el premio y tratar de demostrarlo con documentos y pruebas escritas**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

3. Juana no sabe cuándo contrajo sus deudas, cuántas facturas le faltan por llegar, ni siquiera si podrá pagarlas. Ahora su coche tiene una avería y el mecánico dice que no vale la pena arreglarlo porque le costaría mucho. A Juana le cuesta conciliar el sueño, se despierta varias veces de noche y se encuentra continuamente preocupada de día. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Juana REDUZCA SU PREOCUPACIÓN ?

**Acción 1: Intentar descubrir lo que debe, cuánto debe y cuándo contrajos esas deudas / pensar en cómo llegó a deber tanto**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 2: Aprender técnicas de relajación profunda para calmarse**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 3: Buscar un asesor financiero para que le ayude a gestionar adecuadamente su economía/ sus cuentas/ sus finanzas**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 4: Buscar un trabajo donde le paguen más dinero**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

4. Nada parece irle bien a Eduardo. No hay muchas cosas en su vida que le hagan disfrutar o que le produzcan placer. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Eduardo SE SIENTA MEJOR DURANTE EL PRÓXIMO AÑO ?

**Acción 1: Llamar a sus amigos, con los que no habla hace tiempo, y quedar con algunos**

- a. Nada útil      b. Poco útil      c. Neutral      d. Útil      e. Muy útil

**Acción 2: Comer mejor, acostarse más temprano y hacer más ejercicio**

- a. Nada útil      b. Poco útil      c. Neutral      d. Útil      e. Muy útil

**Acción 3: Alejarse de la gente para no contagiarles su estado de ánimo y pasar más tiempo a solas hasta averiguar qué le ocurre**

- a. Nada útil      b. Poco útil      c. Neutral      d. Útil      e. Muy útil

**Acción 4: Relajarse de noche frente al televisor con un par de cervezas**

- a. Nada útil      b. Poco útil      c. Neutral      d. Útil      e. Muy útil

5. Mientras Roberto conducía del trabajo a casa, un camión le cortó el paso. No le dio tiempo ni de pitar ya que tuvo que girar bruscamente a la derecha para evitar un choque. Estaba furioso. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Roberto pueda DOMINAR SU RABIA ?

**Acción 1: Darle una lección al camionero cortándole el paso unos kilómetros más adelante**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 2: Aceptar que estas cosas pasan y seguir conduciendo hasta casa**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 3: Insultar al camionero chillándole lo más fuerte posible**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 4: Jurar no volver a circular por esa carretera**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**MSCEIT - (Traducción al castellano adaptada)****Sección H - Relaciones Emocionales**

**Instrucciones:** Para cada caso seleccione en qué medida serán útiles cada una de las respuestas.

1. Juan hizo un buen amigo en el trabajo durante el último año. Ese amigo le ha sorprendido hoy al decirle que ha conseguido un trabajo en otra empresa y se marchará fuera. No le había comentado que estuviese buscando otro trabajo. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Juan MANTENGA UNA BUENA RELACIÓN CON SU AMIGO ?

**Respuesta 1:** Alegrarse por él, decírselo y tratar de mantenerse en contacto en las semanas siguientes

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Respuesta 2:** Aunque le entristezca, pensar que éste no es un buen amigo ya que no le contó sus planes y buscar inmediatamente otros amigos en el trabajo

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Respuesta 3:** Enfadarse mucho porque su amigo no le dijo nada y demostrárselo ignorándolo para ver si reacciona y le dice algo. Si no, esto confirmaría que no vale la pena como amigo

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

2. La profesora de Rodrigo ha llamado a sus padres para decirles que su hijo no rinde bien en el colegio: no presta atención, interrumpe la clase y no está quieto en su asiento. Como esta profesora tiene fama de no llevarse bien con los chicos muy activos, los padres de Rodrigo quisieran saber qué es lo que está pasando en realidad. La profesora les dice que si no mejora, su hijo tendrá que repetir curso. Los padres se enfadan mucho. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para AYUDAR A SU HIJO ?

**Respuesta 1: Decirle a la profesora que están muy sorprendidos porque es la primera noticia que tienen del problema y pedir una reunión con ella y con el director del colegio**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Respuesta 2: Decirle a la profesora que si continúa amenazando con que su hijo va a repetir, tendrán que hablar con el director y responsabilizarán a la profesora porque su trabajo es enseñar y no echar la culpa al estudiante**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Respuesta 3: Pasar de la profesora, llamar al director para quejarse del trato recibido y pedir que cambien a su hijo de grupo**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

3. Todo le está yendo bien a Isabel. Mientras que otros se quejan de su trabajo, a ella le han ascendido con un buen aumento de sueldo. Sus hijos son muy felices y les va bien en el colegio. Su matrimonio es estable y muy feliz. Isabel se siente muy importante y siente ganas de alardear ante sus amigos de lo bien que le va todo. ¿En qué medida serán útiles las siguientes acciones PARA MANTENER SUS RELACIONES ?

Respuesta 1: Hablarlo sólo con sus amigos más íntimos, ya que, aunque no hay nada de malo en sentirse orgullosa, otras personas podrían verla como una fanfarrona o podrían sentirse celosas

- a. Nada útil      b. Poco útil      c. Neutral      d. Útil      e. Muy útil

Respuesta 2: Tener una mejor perspectiva de su vida a largo plazo, pensando que las cosas podrían irle mal en el futuro ya que los sentimientos positivos no duran siempre

- a. Nada útil      b. Poco útil      c. Neutral      d. Útil      e. Muy útil

Respuesta 3: Compartir sus sentimientos sólo con su esposo y comenzar a pasar más tiempo con la familia en actividades para estar juntos

- a. Nada útil      b. Poco útil      c. Neutral      d. Útil      e. Muy útil

**ESCALA ATRIBUCIONAL: A.S.Q-E**

**INSTRUCCIONES:** A continuación se describen una serie de situaciones. Su tarea consiste en imaginar que cada una de estas situaciones le ha ocurrido a usted y contestar una serie de preguntas relacionadas con el **principal factor que usted cree está causando cada una de las situaciones**

**SITUACIÓN 1: Se encuentra Vd. con un amigo y éste le hace cumplidos acerca de su aspecto.**

1.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

1.2. a 1.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

1.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 2: Ha estado Vd. buscando trabajo durante una temporada sin encontrarlo.**

2.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

2.2. a 2.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

2.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 3: Vd. llega a ser muy rico.**

3.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

3.2. a 3.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

3.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 4: Un amigo le viene con un problema y Vd. no intenta ayudarlo.**

4.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

4.2. a 4.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

4.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 5: Dá Vd. una importante charla y el auditorio reacciona negativamente.**

5.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

5.2. a 5.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

5.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 6: Realiza Vd. un proyecto que recibe muchas felicitaciones.**

6.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

6.2. a 6.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

6.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

--

**SITUACIÓN 7: Se encuentra a un amigo que actúa hostilmente hacia Vd.**

7.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

7.2. a 7.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

7.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 8: No puede llevar a cabo todo el trabajo que se espera de Vd.**

8.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

8.2. a 8.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

8.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 9: Su pareja ha estado tratándole con más cariño.**

9.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

9.2. a 9.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

9.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

--

**SITUACIÓN 10: Solicita Vd. un puesto que le interesa mucho (por ejemplo: un trabajo importante, el acceso a una universidad, etc.) y lo consigue.**

10.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

10.2. a 10.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

10.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 11: Vá Vd. a una cita amorosa y le sale mal.**

11.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

11.2. a 11.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

11.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 12: Obtiene Vd. un ascenso.**

12.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

12.2. a 12.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

12.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUATIONAL FEATURE RECOGNITION TEST (SFRT)**

<b>Identificación Correcta</b>	Características Concretas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/30</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/24</b>	
	Características Abstractas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/30</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/24</b>	
<b>Falsos Positivos</b>	Características Concretas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/40</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/32</b>	
	Características Abstractas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/39</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/32</b>	

--

Por favor, tenga en cuenta que las ACCIONES y OBJETIVOS de la primera situación (p.e. "Ir al cine") son sólo A **MODDO DE PRACTICA**.

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

VAN AL CINE (práctica)

- Comer palomitas
- Bailar con un amigo o amiga
- Mirar la pantalla
- Jugar a un juego
- Jugar con una raqueta
- Tomar un refresco
- Comprar una entrada
- Fumar un cigarro
- Jugar con un ordenador
- Esperar en la cola
- Montar a caballo
- Aliñar una ensalada

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

VAN AL CINE (práctica)

- Divertirse
- Estar entretenido o entretenida
- Aprender matemáticas
- Golpear la pelota
- Adquirir conocimientos
- Aprender piano
- Ganar la Copa del Rey
- Matar el tiempo
- Relajarse
- Enfrentarse a un/a oponente
- Ahorrar dinero
- Ganar un premio

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Abso lutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Abso lutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

HACEN UN EXAMEN

- Escribir una respuesta
- Ligar con un estudiante
- Montar en bicicleta
- Apuntar una cita
- Hacer un dibujo
- Hablar con los compañeros
- Leer una pregunta
- Pedir dinero
- Borrar una respuesta
- Escribir tu nombre
- Repasar las respuestas
- Pintarse los labios

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

HACEN UN EXAMEN

- Obtener un diploma
- Bajar las notas o sus calificaciones
- Conseguir un sobresaliente
- Reducir el estrés
- Pasar de curso
- Hacer amigos
- Conseguir que le detengan
- Sacarse el graduado escolar
- Casarse
- Demstrar conocimientos avanzados
- Ganar la lotería
- Quedar con gente desconocida

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

--

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

CONSTRUYEN UN IGLÚ

- Hacer bloques de hielo
  - Pintar el hielo
  - Quemar grasa animal
- Hacer un muñeco de nieve
  - Esculpir una cúpula
  - Prensar nieve
  - Derretir la nieve
  - Beber café
- Arrastrar un trineo
- Trabajar en el frío
  - Fregar el suelo
- Amontonar ladrillos de nieve

--

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

CONSTRUYEN UN IGLÚ

- Mantenerse cálidos en invierno
  - Encender fuego en él
  - Asegurarse protección
- Almacenar alimentos en él
  - Ahorrar dinero
  - Cazar focas
- Obtener vivienda o protección
  - Marcar un gol
  - Guardar maebles
- Estar protegido de las tormentas
  - Ganar una pelea
  - Adquirir conocimiento

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO ...

ESTÁN LEYENDO EN UNA BIBLIOTECA

- Ver una corrida de toros
- Tomar apuntes
- Disparar un arma
- Ponerse las gafas
- Subrayar una frase
- Procesar ideas
- Llamar por teléfono a un amigo
- Cambiar una rueda
- Escribir una carta
- Comer
- Señalar la página
- Completar un examen

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

ESTÁN LEYENDO EN UNA BIBLIOTECA

- Ganar dinero
- Hacer investigación
- Prepararse para un examen
- Estudiar en un lugar silencioso
- Tomar libros prestados
- Viajar por todo el mundo
- Mejorar la capacidad de concentración
- Vender una casa
- Alborrar dinero
- Quedarse embarazada
- Hacer ejercicio
- Mejorar la memoria

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

--

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA, EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO ...

CELEBRAN LA COMUNIÓN

- Ponerse un traje
- Escribir un texto
- Recitar poesía
- Dejarse crecer el bigote
- Ponerse vaqueros
- Caminar por la playa
- Recibir regalos
- Leer las Sagradas Escrituras
- Orar a Dios
- Hablar por el móvil
- Tomar la ostia sagrada
- Comer carne de cerdo

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA, EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO ...

CELEBRAN LA COMUNIÓN

- Obtener un diploma
- Hacer amigos
- Honrar a Dios
- Cambiar tu religión
- Comulgar
- Llegar a ser sacerdote
- Ser más amigo de Jesús
- Ingresar en el ejército
- Reconocer la masculinidad
- Mantener tradiciones
- Implicarse más en la fe
- Llegar a ser ministro

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

--

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

CONDUCEN UN COCHE.

- Leer el contrato del seguro
- Fumar un puro
- Jugar en el parque
- Pagar un billete
- Instalar un equipo de música
- Arreglar el tubo de escape
- Encender el contacto
- Ponerse el cinturón de seguridad
- Comprobar el espejo retrovisor
- Sujetar el volante
- Quitar el freno de mano
- Cepillarse los dientes

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

CONDUCEN UN COCHE.

- Pagar las facturas
- Aumentar el estrés
- Malgastar gasolina
- Hacer turismo
- Visitar a amigos y amigas
- Aborrar energía
- Ganar tiempo
- Tomarse unas vacaciones
- Fardar de coche
- Mejorar tus habilidades para conducir
- Pescar un pez
- Ir a hacer compras grandes

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

--

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

SE.CORTANEL.PELO

- Mirarse en el espejo
- Lavarse la cara
- Correr en pista
- Maquillarse uno mismo o una misma
- Pasar la aspiradora a una alfombra
- Estudiar para un examen
- Pedir una cita
- Ponerse una toalla a los hombros
- Dar instrucciones al peluquero/a
- Esnifar cocaína
- Lavarse el pelo
- Leer revistas

13

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

SE.CORTANEL.PELO

- Prepararse para una cita
- Mantener saneado el pelo
- Alargar el pelo
- Entender psicología
- Escribir una historia
- Mejorar la apariencia
- Cambiar tu personalidad
- Cortar las puntas abiertas
- Alborrar dinero
- Llegar a ser peluquero
- Reducir la ansiedad
- Acortar la largura del pelo

14

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

ESTÁN REALIZANDO UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Monitoreización del ritmo cardíaco  
 Repartir los papeles  
 Hacer una ecografía  
 Ponerse mascarilla  
 Hacer la cama  
 Levantar pesas  
 Hablar con las enfermeras  
 Limpiar el horno  
 Recetar medicación  
 Extraer un tumor  
 Lavarse las manos  
 Leer un libro

15

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

ESTÁN REALIZANDO UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Curar una enfermedad  
 Causar la muerte  
 Diagnosticar el VIH  
 Prolongar la vida  
 Trasplantar un órgano  
 Curar la diabetes  
 Tratar un problema  
 Prevenir el envejecimiento  
 Unirse a una banda  
 Provocar un coma  
 Evitar la muerte  
 Ganar un concurso

16

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

--

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

JUEGAN AL MONOPOLY

Lavar el coche  
 Tirar los dados  
 Ir a la cárcel  
 Elegir un equipo  
 Girar la botella  
 Comprar calles y avenidas  
 Elaborar normas  
 Volar una cometa  
 Bailar con amigos o amigas  
 Coger una tarjeta de la suerte  
 Pasar por la casilla de salida  
 Girar la rueda

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

JUEGAN AL MONOPOLY

Presionar el botón de la respuesta  
 Ganarse la vida  
 Comprar hoteles  
 Deletrear la mayoría de las palabras  
 Socializarse con amigos  
 Ganar un premio  
 Demostrar tus conocimientos  
 Comprar propiedades  
 Responder a más preguntas  
 Acabar el bachillerato  
 Divertirse  
 Acumular dinero

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA, EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO ...

REALIZAN UNA ECOGRAFÍA

- Lavarse los oídos
- Ponerse una escayola
- Dar instrucciones a los pacientes
- Alimentar a un niño pequeño
- Aplicar gel a la zona de la piel
- Preparar la máquina y los materiales
  - Escuchar música
  - Ponerse los cascos
  - Tomar una sauna
- Escuchar el ritmo cardíaco
- Observar movimientos
- Cortar tejido corporal

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA, EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO ...

REALIZAN UNA ECOGRAFÍA

- Detectar gemelos
- Determinar el crecimiento del feto
- Reducir el dolor
- Aprender a escribir a máquina
  - Detectar anomalías
  - Detectar tumores
- Identificar un embarazo
  - Comprar una casa
  - Escribir un libro
  - Parar una hemorragia
- Llegar a ser profesor o profesora
- Destruir las células cancerígenas

--

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Abso lutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

**ESCALA DE COGNICIÓN SOCIAL PARA LA PSICOSIS (GEOPTE)**

INSTRUCCIONES: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación.

*1=no; 2=un poco; 3=regular; 4=bastante; 5=mucho*

1	¿Tiene dificultad para prestar atención?	1	2	3	4	5
2	¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?	1	2	3	4	5
3	¿Le cuesta aprender cosas nuevas?	1	2	3	4	5
4	¿Se le olvidan los encargos, tareas o recados?	1	2	3	4	5
5	¿Cuándo tienen que hablar con alguien le faltan las palabras?	1	2	3	4	5
6	¿Le cuesta entender de qué va una película?	1	2	3	4	5
7	¿Le cuesta encontrar el sentido de una conversación?	1	2	3	4	5
8	¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros?	1	2	3	4	5
9	Cuando está en un grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?	1	2	3	4	5
10	¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?	1	2	3	4	5
11	Si está solo en casa y surge algún problema (p.ej., se estropea un electrodoméstico), ¿le resulta difícil encontrar la solución??	1	2	3	4	5
12	¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?	1	2	3	4	5
13	¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?	1	2	3	4	5
14	¿Tiene dificultades para hacer amistades?	1	2	3	4	5
15	¿Está insatisfecho en general con su vida sexual?	1	2	3	4	5

**EVALUACIONES FUNCIONALIDAD****EVALUACIÓN DE HABILIDADES BASADAS EN EJECUCIÓN: UPSA****LA EVALUACIÓN DE HABILIDADES BASADAS EN EJECUCIÓN (UPSA)**

<b>1 A.</b>	<b>HABILIDAD EN FINANZAS</b> Contar y dar cambio	<b>RESPUESTA:</b>	<b>PUNTUACIÓN:</b> Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	5,02 € (en monedas)		
	6,73 €		
	12,17 €		
	Cambio de 10 € (3,73 €)		

<b>1 B.</b>	<b>HABILIDAD EN FINANZAS</b> Pagar facturas	<b>RESPUESTA:</b>	<b>PUNTUACIÓN:</b> Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Compañía		
	Cantidad total a pagar		
	Cargos actuales		
	Explicar nuevo balance		
	Fecha límite para pagar		
	Número de cuenta		
	Número de teléfono		

<b>2.</b>	<b>HABILIDAD DE COMUNICACIÓN</b>	<b>RESPUESTA:</b>	<b>PUNTUACIÓN:</b> Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Llamada nº emergencia		
	Llamada a casa		
	Mensaje apropiado		
	Marcar nº de memoria		
	Marcar nº de la carta		
	Nombre del paciente		
	Fecha cita actual		
	Fecha de la nueva cita		
	Nº para devolver llamada		
	Tarjeta sanitaria		
	Lista de medicamentos		
	Ayuno para la extracción		

<b>3.</b>	COMPRESIÓN / PLANIFICACIÓN Viaje a la playa	RESPUESTA:	PUNTUACIÓN: Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Cómo llegar		
	Actividad en la playa 1		
	Actividad en la playa 2		
			PUNTUACIÓN: Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Artículo necesario 1		
	Artículo necesario 2		
	Artículo necesario 3		
	Artículo necesario 4		
	Artículo necesario 5		

<b>4.</b>	MOVILIDAD / TRANSPORTE	RESPUESTA:	PUNTUACIÓN: Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Metro al aeropuerto		
	Tarifa por un viaje		
	Nº teléfono información		
	Punto de información 1		
	Punto de información 2		
	Transbordo línea 1		
	Tiempo espera metro		
	Hora llegada Meliana		
	Último metro posible		

## ESCALA DE FUNCIONALIDAD DAS-WHO I

**1. Período cubierto por la valoración** (marca el recuadro apropiado)

- Actual
- Último mes
- Último año
- Otro período (especificar): \_\_\_\_\_

**2. Áreas específicas de funcionamiento** (marcar con un círculo la cifra apropiada)

	Ninguna discapacidad		Funcionamiento con ayuda		Discapacidad máxima	
a. Cuidado personal. Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.	0	1	2	3	4	5
b. Funcionamiento ocupacional Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.	0	1	2	3	4	5
c. Funcionamiento familiar Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.	0	1	2	3	4	5
d. Funcionamiento en el contexto social amplio Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales.	0	1	2	3	4	5

**3. Duración de la discapacidad** (marcar el recuadro apropiado)

- Menos de un año
- Un año o más
- Desconocida

**4. Capacidades específicas**

Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas mencionadas y, sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y el cuidado del funcionamiento del individuo en la comunidad o en familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad de tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.

Especifica aquí si existen habilidades específicas y descríbalas:

## ESCALA DE FUNCIONALIDAD DAS-WHO II

<b>H1</b> Como evaluaría su salud general durante los últimos 30 días	Muy buena	Buena	Moderada	Mala	Muy mala
---	-----------	-------	----------	------	----------

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
<b>S1</b> <u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo</u> , como por ejemplo <u>30 minutos</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S2</b> Cumplir con sus <u>quehaceres de la casa</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S3</b> <u>Aprender una nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca ha estado?	1	2	3	4	5
<b>S4</b> ¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar</u> , al mismo nivel que el resto de las personas, <u>en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
<b>S5</b> ¿Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su estado de salud?	1	2	3	4	5
<b>S6</b> <u>Concentrarse</u> en hacer algo durante <u>diez minutos</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S7</b> <u>Caminar largas distancias</u> , como <u>un kilómetro</u> (o equivalente)?	1	2	3	4	5
<b>S8</b> <u>Bañarse</u> (lavarse <u>todo el cuerpo</u> )?	1	2	3	4	5
<b>S9</b> <u>Vestirse</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S10</b> <u>Relacionarse</u> con personas que <u>no conoce</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S11</b> <u>Mantener una amistad</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S12</b> Llevar a cabo su <u>trabajo diario</u> ?	1	2	3	4	5

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
<b>H2</b> ¿En qué medida han <u>interferido</u> estos problemas en tu vida?	1	2	3	4	5
<b>H3</b> En los últimos 30 días, ¿ <u>durante cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS _____				
<b>H4</b> En los últimos 30 días, ¿ <u>durante cuántos días</u> fue totalmente incapaz de realizar sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS _____				
<b>H5</b> En los últimos 30 días, ¿ <u>durante cuántos días</u> disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS _____				

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

---

**“Estados de Salud”:**

- **Enfermedades u otros problemas de salud**
- **Lesiones**
- **Problemas mentales o emocionales (o de los nervios)**
- **Problemas relacionados con el alcohol**
- **Problemas relacionados con drogas**

Tener **dificultades** en una actividad quiere decir:

- **Aumento del esfuerzo**
- **Malestar o dolor**
- **Lentitud**
- **Cambios en el modo en que realiza la actividad**

Tenga en cuenta sólo los **últimos 30 días**

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

	Muy de Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	MA	A	D	MD
2. En ocasiones, pienso que no sirvo para nada	MA	A	D	MD
3. Siento que tengo algunas buenas cualidades	MA	A	D	MD
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	MA	A	D	MD
5. Pienso que no tengo nada de lo que sentirme orgulloso	MA	A	D	MD
6. En ocasiones pienso que no sirvo para nada	MA	A	D	MD
7. En nivel de igualdad con el resto, pienso que soy una persona que merece la pena	MA	A	D	MD
8. Ojalá me respetase más a mi mismo	MA	A	D	MD
9. En resumen, me inclino a pensar que soy un perdedor	MA	A	D	MD
10. Tengo una buena actitud para conmigo misma	MA	A	D	MD

**En esta prueba la los valores son:**

- Muy Deacuerdo: 3
- Acuerdo: 2
- Desacuerdo: 1
- Muy Desacuerdo: 0

**Las puntuaciones deben ser invertidas en las afirmaciones: 2, 5, 6, 8 y 9.**

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
<b>Total:</b>																			

## ESCALA SF-36 SOBRE LA SALUD (VERSIÓN ABREVIADA)

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de cuando ingresaste?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

5. ¿Durante las últimas 4 semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 8 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido Usted. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarte?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ... se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ... se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

## ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

- 7 – Completamente de acuerdo**
- 6 – De acuerdo**
- 5 – Más bien de acuerdo**
- 4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- 3 – Más bien en desacuerdo**
- 2 – En desacuerdo**
- 1 – Completamente en desacuerdo**

- \_\_\_\_\_ 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.
- \_\_\_\_\_ 2. Las condiciones de vida son excelentes.
- \_\_\_\_\_ 3. Estoy satisfecho con mi vida.
- \_\_\_\_\_ 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.
- \_\_\_\_\_ 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.



### TEST DE COLORES Y PALABRAS STROOP

	Puntuación Directa
Palabra: <b>P</b>	
Color: <b>C</b>	
Palabra y Color: <b>PC</b>	
P x C ----- = <b>PC'</b>	
P + C	
PC-PC' = <b>INTERF.</b>	

### TRAIL MAKING TEST A-B

Parte A:	Tiempo:	Errores:
Parte B:	Tiempo:	Errores:

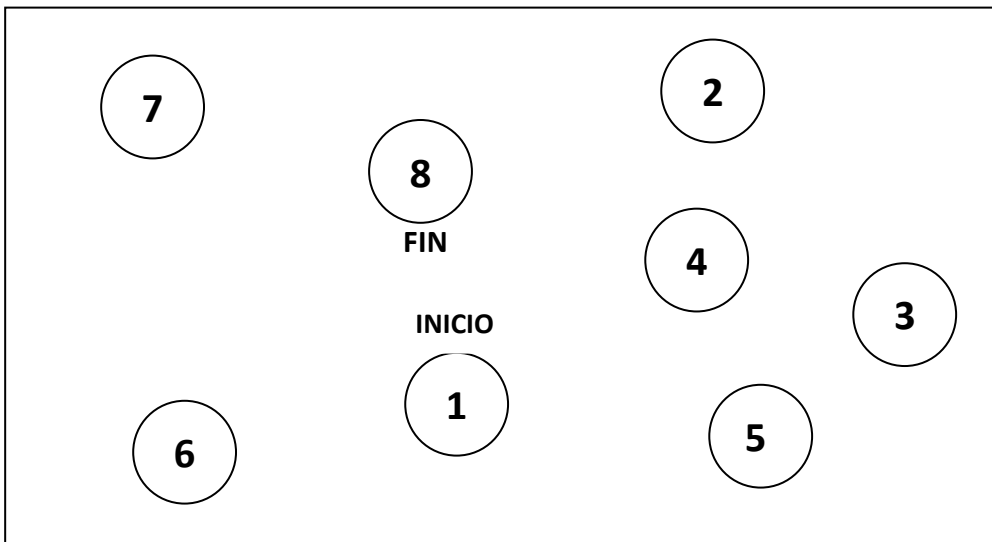
### CLAVE DE NÚMEROS DEL WAIS

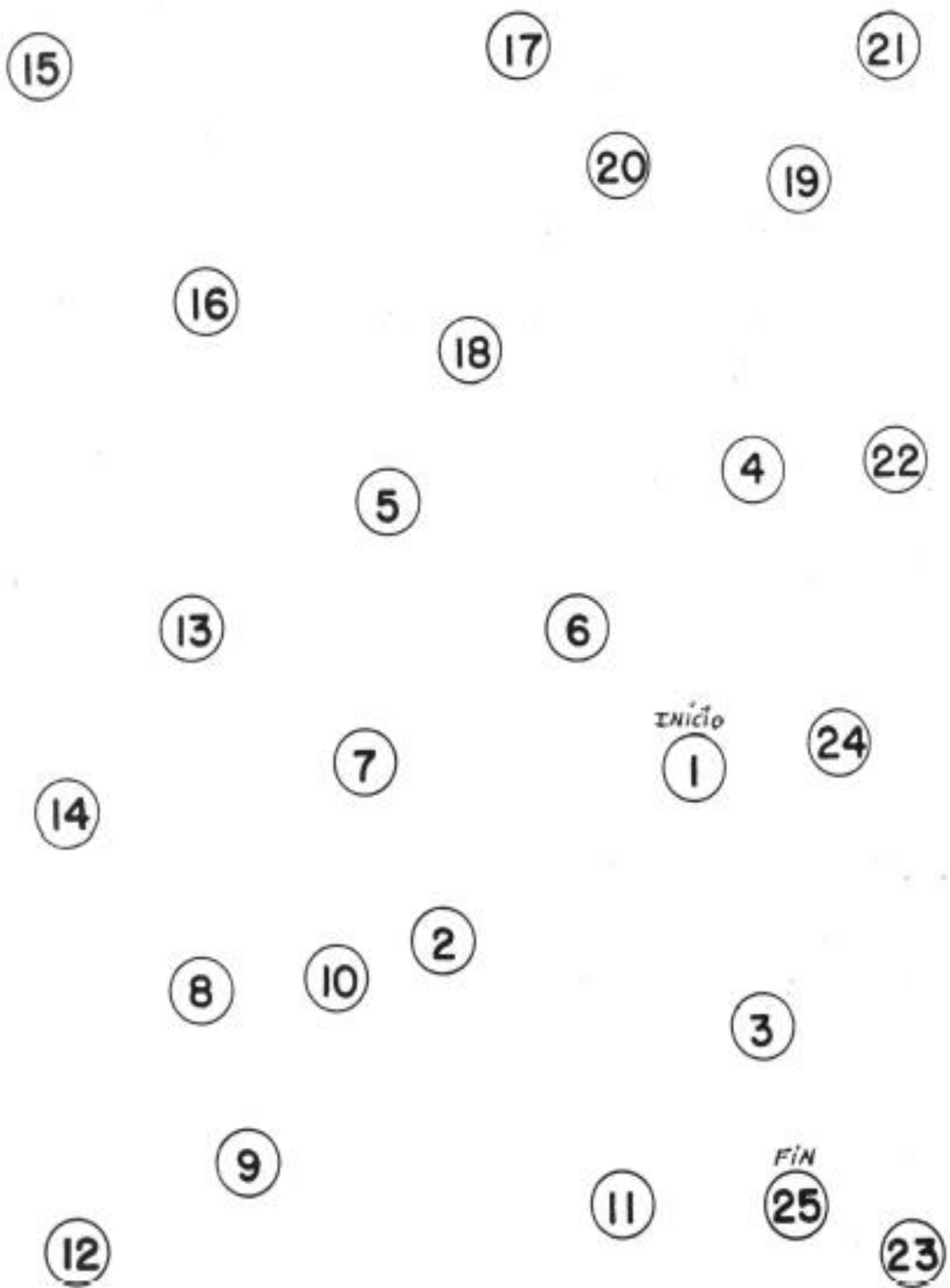
CLAVE DE NUMEROS	Aciertos:	Errores:
---------------------	-----------	----------

***TRAIL MAKING TEST***

**PARTE A**

***EJEMPLO***

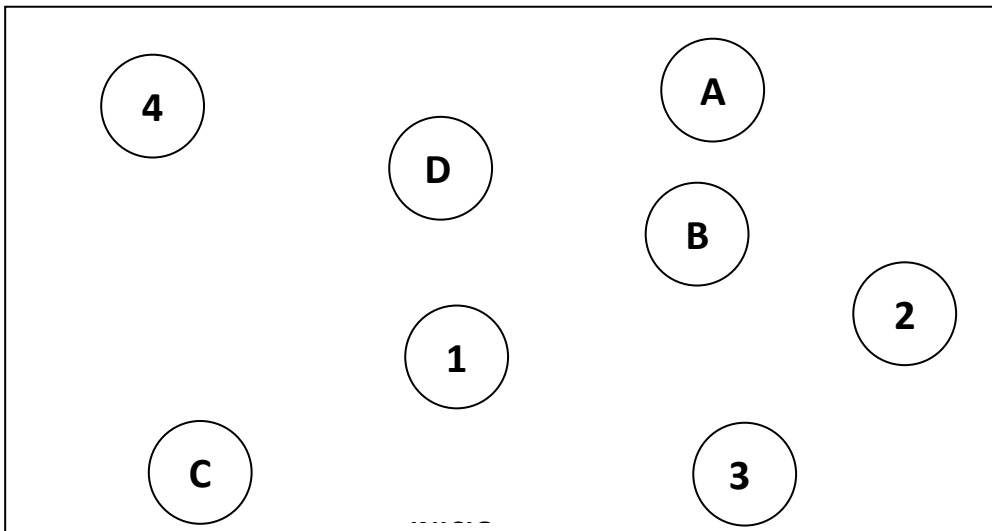




*TRAIL MAKING*

PARTE B

*EJEMPLO*



FIN

13

10

8

9

I

D

B

4

3

7

Inicio

1

5

H

C

12

G

A

J

2

6

L

E

F

K

11

**DÍGITOS DIRECTOS E INDIRECTOS DEL WAIS**

**DIGITOS DIRECTOS**

ORDEN DIRECTO			Punt.		Puntuación		
Elemento/intento			Intento		elemento		
1	1	1-7	0	1	0	1	2
	2	6-3	0	1	0	1	2
2	1	5-8-2	0	1	0	1	2
	2	6-9-4	0	1	0	1	2
3	1	6-4-3-9	0	1	0	1	2
	2	7-2-8-6	0	1	0	1	2
4	1	4-2-7-3-1	0	1	0	1	2
	2	7-5-8-3-6	0	1	0	1	2
5	1	6-1-9-4-7-3	0	1	0	1	2
	2	3-9-2-4-8-7	0	1	0	1	2
6	1	5-9-1-7-4-2-8	0	1	0	1	2
	2	4-1-7-9-3-8-6	0	1	0	1	2
7	1	5-8-1-9-2-6-4-7	0	1	0	1	2
	2	3-8-2-9-5-1-7-4	0	1	0	1	2
8	1	2-7-5-8-6-2-5-8-4	0	1	0	1	2
	2	7-1-3-9-4-2-5-6-8	0	1	0	1	2
Puntuación orden directo (máximo =16)							

## DIGITOS INVERSO

ORDEN INVERSO			Punt.		Puntuación elemento		
Elemento/intento			Intento				
1	1	2-4	0	1	0	1	2
	2	5-7	0	1	0	1	2
2	1	6-2-9	0	1	0	1	2
	2	4-1-5	0	1	0	1	2
3	1	3-2-7-9	0	1	0	1	2
	2	4-9-6-8	0	1	0	1	2
4	1	1-5-2-8-6	0	1	0	1	2
	2	6-1-8-4-3	0	1	0	1	2
5	1	5-3-9-4-1-8	0	1	0	1	2
	2	7-2-4-8-5-6	0	1	0	1	2
6	1	8-1-2-9-3-6-5	0	1	0	1	2
	2	4-7-3-9-1-2-8	0	1	0	1	2
7	1	9-4-3-7-6-2-5-8	0	1	0	1	2
	2	7-2-8-1-9-6-5-3	0	1	0	1	2
Puntuación orden directo (máximo =14)							

DÍGITOS	D.Direct:	D.Indir:	D.Tot:
---------	-----------	----------	--------



El formato de Reconocimiento (Elección forzosa) se administra inmediatamente después del ensayo de Recuerdo Diferido. Dígale al sujeto lo siguiente:

**Ahora voy a leerle una lista de palabras más larga. Algunas de ellas son palabras de la lista original, y otras no. Después de leer cada palabra, quisiera que me diga “SI” en el caso de que la palabra estuviera en la lista original, o “NO”, si no estaba.**

Lea las palabras de la lista de reconocimiento siguiendo el orden numérico. De al sujeto todo el tiempo que necesite para responder. Para ello, puede usar la frase, “¿Esta la palabra **cuchara en la lista? ¿Sí o no?**.” El sujeto debe dar una respuesta para cada palabra. Si el sujeto no está seguro, anímele a que tome una decisión.

Reconocimiento (Elección Forzosa)			
1. RUISEÑOR	Si No	7. Manzana	Si No
2. Camisa	Si No	8. Destornillador	Si No
3. CINCEL	Si No	9. CUERVO	Si No
4. ÁGUILA	Si No	10. Gorrión	Si No
5. Capilla	Si No	11. Llave inglesa	Si No
6. Petirrojo	Si No	12. Pantalones	Si No
13. CLAVOS	Si No	14. Calcetines	Si No
15. Niño	Si No	16. ZAPATOS	Si No
17. Pelo	Si No	18. Martillo	Si No
19. CANARIO	Si No	20. Plata	Si No
21. FALDA	Si No	22. Sierra	Si No
23. Chocolate	Si No	24. BLUSA	Si No

Número total de aciertos: \_\_\_\_/12 (no sombreados)

Errores falsos- Positivos semánticamente relacionados: \_\_\_\_/6 (sombra clara)

Errores Falsos- Positivos no relacionados semánticamente: \_\_\_\_/6 (sombra oscura)

Número total de errores Falsos- Positivos: \_\_\_\_/12.

	Puntuación Directa	Puntuación Típica
<b>Recuerdo Total</b> (suma de aciertos totales para los ensayos 1, 2 y 3)		
<b>Recuerdo Diferido</b> (Ensayo 4)		
<b>Retención (%)</b> (Ensayo 4/puntuación más alta de ensayos 2 y 3 X 100)		
<b>Índice de Discriminación en Reconocimiento</b> (Total de aciertos) – (total de Falsos Positivos)		

Tabla normativa (Apéndice A): \_\_\_\_\_



# EVALUACIONES COGNICIÓN SOCIAL

## HISTORIA DE HAPPÉ

*“Te voy a enseñar unas fichas en las que aparecerá una historia que vas a leer. Una vez hayas leído y entendido la historia, te voy a hacer una pregunta referida a la misma, y tu tarea consiste en contestar a esa pregunta. Ten en cuenta que no está permitido mirar de nuevo la historia, así que debes asegurarte que la has entendido adecuadamente mientras la lees”.*

Respuesta dada	Puntuación (0,1,2)	Tiempo	Comentarios
<b>ToM 3</b> Hamburguesas: ¿Por qué Alex dice eso?			
<b>ToM 5</b> Peinado: ¿Por qué le dice eso Pedro?			
<b>ToM 8</b> Ladrón: ¿Por qué hace esto el ladrón?			
<b>ToM 2</b> Prisionero: ¿Por qué responde eso el prisionero?			

**ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL MSCEIT**

**Sección A**

<b>1.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Miedo</b>	
	<b>3.Sorpresa</b>	
	<b>4.Asco</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	

<b>2.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	

<b>3.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	

<b>4.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Enajo</b>	
	<b>5.Asco</b>	

**Sección E**

<b>1.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Enajo</b>	
	<b>5.Asco</b>	
<b>4.</b>	<b>1.Tristeza</b>	
	<b>2.Miedo</b>	
	<b>3.Enajo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Asco</b>	

<b>2.</b>	<b>1.Tristeza</b>	
	<b>2.Enajo</b>	
	<b>3.Sorpresa</b>	
	<b>4.Asco</b>	
	<b>5.Entusiasmo</b>	
<b>5.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Miedo</b>	
	<b>4.Enajo</b>	
	<b>5.Asco</b>	

<b>3.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Miedo</b>	
	<b>3.Enajo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Asco</b>	
<b>6.</b>	<b>1.Felicidad</b>	
	<b>2.Tristeza</b>	
	<b>3.Enajo</b>	
	<b>4.Sorpresa</b>	
	<b>5.Asco</b>	

---

### Sección D

<b>1.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>2.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>3.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>4.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

<b>5.</b>	<b>Acción 1.</b>	
	<b>Acción 2.</b>	
	<b>Acción 3.</b>	
	<b>Acción 4.</b>	

### Sección H

<b>1.</b>	<b>Respuesta 1.</b>	
	<b>Respuesta 2.</b>	
	<b>Respuesta 3.</b>	

<b>2.</b>	<b>Respuesta 1.</b>	
	<b>Respuesta 2.</b>	
	<b>Respuesta 3.</b>	

<b>3.</b>	<b>Respuesta 1.</b>	
	<b>Respuesta 2.</b>	
	<b>Respuesta 3.</b>	

---

**MSCEIT - (Traducción al castellano adaptada)**

**Sección D - Manejo de Emociones**

**Instrucciones:** Para cada caso seleccione en qué medida serán útiles cada una de las acciones.

1. Mara se despertó sintiéndose bastante bien. Había dormido bien, se sentía descansada, y no tenía ninguna preocupación o problema especial. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para CONSERVAR SU ESTADO DE ÁNIMO ?

**Acción 1: Levantarse y disfrutar del resto del día**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 2: Disfrutar de ese sentimiento y valorar todas las cosas que le están yendo bien**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 3: Ignorar el sentimiento de bienestar ya que de todos modos no duraría más tiempo.**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 4: Utilizar su sentimiento de bienestar para llamar a su madre, que había estado deprimida, y tratar de animarla**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

- 
2. Andrés trabaja tanto o más que un compañero suyo. De hecho, sus ideas son por lo general mejores que las del compañero para que la empresa mejore sus resultados. Este compañero trabaja de forma mediocre pero se dedica a complacer a los jefes para destacar. Por eso, cuando el jefe le da el premio anual al mérito a ese compañero, Andrés se enfada mucho. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Andrés SE SIENTA MEJOR ?

**Acción 1: Pensar en todas las cosas buenas que hay en su vida y en su trabajo**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 2: Hacer una lista de los rasgos positivos y negativos de su compañero**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 3: Decirse a si mismo que no vale la pena enfadarse por una situación que no está bajo su control**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Acción 4: Decir a los demás que su compañero no merece el premio y tratar de demostrarlo con documentos y pruebas escritas**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

- 
3. Juana no sabe cuándo contrajo sus deudas, cuántas facturas le faltan por llegar, ni siquiera si podrá pagarlas. Ahora su coche tiene una avería y el mecánico dice que no vale la pena arreglarlo porque le costaría mucho. A Juana le cuesta conciliar el sueño, se despierta varias veces de noche y se encuentra continuamente preocupada de día. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Juana REDUZCA SU PREOCUPACIÓN ?

**Acción 1: Intentar descubrir lo que debe, cuánto debe y cuándo contrajos esas deudas / pensar en cómo llegó a deber tanto**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 2: Aprender técnicas de relajación profunda para calmarse**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 3: Buscar un asesor financiero para que le ayude a gestionar adecuadamente su economía/ sus cuentas/ sus finanzas**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 4: Buscar un trabajo donde le paguen más dinero**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

- 
4. Nada parece irle bien a Eduardo. No hay muchas cosas en su vida que le hagan disfrutar o que le produzcan placer. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Eduardo **SE SIENTA MEJOR DURANTE EL PRÓXIMO AÑO ?**

**Acción 1: Llamar a sus amigos, con los que no habla hace tiempo, y quedar con algunos**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 2: Comer mejor, acostarse más temprano y hacer más ejercicio**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 3: Alejarse de la gente para no contagiarles su estado de ánimo y pasar más tiempo a solas hasta averiguar qué le ocurre**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 4: Relajarse de noche frente al televisor con un par de cervezas**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

- 
5. Mientras Roberto conducía del trabajo a casa, un camión le cortó el paso. No le dio tiempo ni de pitar ya que tuvo que girar bruscamente a la derecha para evitar un choque. Estaba furioso. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Roberto pueda DOMINAR SU RABIA ?

**Acción 1: Darle una lección al camionero cortándole el paso unos kilómetros más adelante**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 2: Aceptar que estas cosas pasan y seguir conduciendo hasta casa**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 3: Insultar al camionero chillándole lo más fuerte posible**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Acción 4: Jurar no volver a circular por esa carretera**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

---

**MSCEIT - (Traducción al castellano adaptada)**

**Sección H - Relaciones Emocionales**

**Instrucciones:** Para cada caso seleccione en qué medida serán útiles cada una de las respuestas.

1. Juan hizo un buen amigo en el trabajo durante el último año. Ese amigo le ha sorprendido hoy al decirle que ha conseguido un trabajo en otra empresa y se marchará fuera. No le había comentado que estuviese buscando otro trabajo. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para que Juan MANTENGA UNA BUENA RELACIÓN CON SU AMIGO ?

**Respuesta 1: Alegrarse por él, decírselo y tratar de mantenerse en contacto en las semanas siguientes**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Respuesta 2: Aunque le entristezca, pensar que éste no es un buen amigo ya que no le contó sus planes y buscar inmediatamente otros amigos en el trabajo**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

**Respuesta 3: Enfadarse mucho porque su amigo no le dijo nada y demostrárselo ignorándolo para ver si reacciona y le dice algo. Si no, esto confirmaría que no vale la pena como amigo**

- a. Nada útil                      b. Poco útil                      c. Neutral                      d. Útil                      e. Muy útil

- 
2. La profesora de Rodrigo ha llamado a sus padres para decirles que su hijo no rinde bien en el colegio: no presta atención, interrumpe la clase y no está quieto en su asiento. Como esta profesora tiene fama de no llevarse bien con los chicos muy activos, los padres de Rodrigo quisieran saber qué es lo que está pasando en realidad. La profesora les dice que si no mejora, su hijo tendrá que repetir curso. Los padres se enfadan mucho. ¿ En qué medida serán útiles las siguientes acciones para AYUDAR A SU HIJO ?

**Respuesta 1: Decirle a la profesora que están muy sorprendidos porque es la primera noticia que tienen del problema y pedir una reunión con ella y con el director del colegio**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Respuesta 2: Decirle a la profesora que si continúa amenazando con que su hijo va a repetir, tendrán que hablar con el director y responsabilizarán a la profesora porque su trabajo es enseñar y no echar la culpa al estudiante**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Respuesta 3: Pasar de la profesora, llamar al director para quejarse del trato recibido y pedir que cambien a su hijo de grupo**

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

- 
3. Todo le está yendo bien a Isabel. Mientras que otros se quejan de su trabajo, a ella le han ascendido con un buen aumento de sueldo. Sus hijos son muy felices y les va bien en el colegio. Su matrimonio es estable y muy feliz. Isabel se siente muy importante y siente ganas de alardear ante sus amigos de lo bien que le va todo. ¿En qué medida serán útiles las siguientes acciones PARA MANTENER SUS RELACIONES ?

**Respuesta 1:** Hablarlo sólo con sus amigos más íntimos, ya que, aunque no hay nada de malo en sentirse orgullosa, otras personas podrían verla como una fanfarrona o podrían sentirse celosas

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Respuesta 2:** Tener una mejor perspectiva de su vida a largo plazo, pensando que las cosas podrían irle mal en el futuro ya que los sentimientos positivos no duran siempre

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

**Respuesta 3:** Compartir sus sentimientos sólo con su esposo y comenzar a pasar más tiempo con la familia en actividades para estar juntos

- a. Nada útil            b. Poco útil            c. Neutral            d. Útil            e. Muy útil

## ESCALA ATRIBUCIONAL: A.S.Q-E

**INSTRUCCIONES:** A continuación se describen una serie de situaciones. Su tarea consiste en imaginar que cada una de estas situaciones le ha ocurrido a usted y contestar una serie de preguntas relacionadas con el **principal factor que usted cree está causando cada una de las situaciones**

**SITUACIÓN 1: Se encuentra Vd. con un amigo y éste le hace cumplidos acerca de su aspecto.**

1.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

1.2. a 1.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

1.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 2: Ha estado Vd. buscando trabajo durante una temporada sin encontrarlo.**

2.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

2.2. a 2.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

2.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 3: Vd. llega a ser muy rico.**

3.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

3.2. a 3.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

3.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 4: Un amigo le viene con un problema y Vd. no intenta ayudarlo.**

4.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

4.2. a 4.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

4.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 5: Dá Vd. una importante charla y el auditorio reacciona negativamente.**

5.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

5.2. a 5.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

5.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 6: Realiza Vd. un proyecto que recibe muchas felicitaciones.**

6.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

6.2. a 6.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

6.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 7: Se encuentra a un amigo que actúa hostilmente hacia Vd.**

7.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

7.2. a 7.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

7.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 8: No puede llevar a cabo todo el trabajo que se espera de Vd.**

8.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

8.2. a 8.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

8.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 9: Su pareja ha estado tratándole con más cariño.**

9.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

9.2. a 9.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

9.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 10: Solicita Vd. un puesto que le interesa mucho (por ejemplo: un trabajo importante, el acceso a una universidad, etc.) y lo consigue.**

10.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

10.2. a 10.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

10.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 11: Vá Vd. a una cita amorosa y le sale mal.**

11.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

11.2. a 11.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

11.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUACIÓN 12: Obtiene Vd. un ascenso.**

12.1. ¿Cuál es la causa principal de que le ocurra esta situación?.....

12.2. a 12.5

La causa de esta situación es totalmente debida a otros motivos	1	2	3	4	5	6	7	La causa de esta situación es totalmente debida a mi mismo
En momentos futuros, esta causa nunca volverá a estar presente	1	2	3	4	5	6	7	En momentos futuros, esta causa siempre estará presente
Esta causa, influye sólo en esta situación	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, influye en otras áreas de mi vida
Esta causa, no es nada controlable por mi	1	2	3	4	5	6	7	Esta causa, es totalmente controlable por mi

12.6. ¿Cómo es de importante para Vd. el hecho de que le ocurra esta situación?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

**SITUATIONAL FEATURE RECOGNITION TEST (SFRT)**

<b>Identificación Correcta</b>	Características Concretas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/30</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/24</b>	
	Características Abstractas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/30</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/24</b>	
<b>Falsos Positivos</b>	Características Concretas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/40</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/32</b>	
	Características Abstractas	Situaciones Conocidas (5)		<b>/39</b>	
		Situaciones Desconocidas (4)		<b>/32</b>	

Por favor, tenga en cuenta que las ACCIONES y OBJETIVOS de la primera situación (p.e. "Ir al cine") son sólo A **MODO DE PRACTICA**.

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA, EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

VAN AL CINE (práctica)

- Comer palomitas
- Bailar con un amigo o amiga
- Mirar la pantalla
- Jugar a un juego
- Jugar con una raqueta
- Tomar un refresco
- Comprar una entrada
- Fumar un cigarro
- Jugar con un ordenador
- Esperar en la cola
- Montar a caballo
- Aliñar una ensalada

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA, EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

VAN AL CINE (práctica)

- Divertirse
- Estar entretenido o entretenida
- Aprender matemáticas
- Golpear la pelota
- Adquirir conocimientos
- Aprender piano
- Ganar la Copa del Rey
- Matar el tiempo
- Relajarse
- Enfrentarse a un/a oponente
- Aborrar dinero
- Ganar un premio

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Abso lutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Abso lutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

HACEN UN EXAMEN

- Escribir una respuesta
- Ligar con un estudiante
- Montar en bicicleta
  - Apuntar una cita
  - Hacer un dibujo
- Hablar con los compañeros
- Leer una pregunta
  - Pedir dinero
- Borrar una respuesta
- Escribir tu nombre
- Repasar las respuestas
- Pintarse los labios

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

HACEN UN EXAMEN

- Obtener un diploma
- Bajar las notas o sus calificaciones
- Conseguir un sobresaliente
  - Reducir el estrés
  - Pasar de curso
  - Hacer amigos
- Conseguir que le detengan
- Sacarse el graduado escolar
  - Casarse
- Demostrar conocimientos avanzados
  - GANAR LA LOTERÍA
- Quedar con gente desconocida

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

CONSTRUYEN UN IGLÚ

- Hacer bloques de hielo
- Pintar el hielo
- Quemar grasa animal
- Hacer un muñeco de nieve
- Esculpir una cúpula
- Prensar nieve
- Derretir la nieve
- Beber café
- Arrastrar un trineo
- Trabajar en el frío
- Fregar el suelo
- Amonontonar ladrillos de nieve

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

CONSTRUYEN UN IGLÚ

- Mantenerse cálidos en invierno
- Encender fuego en él
- Asegurarse protección
- Almacenar alimentos en él
- Ahorrar dinero
- Cazar focas
- Obtener vivienda o protección
- Marcar un gol
- Guardar muebles
- Estar protegido de las tormentas
- Ganar una pelea
- Adquirir conocimiento

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

ESTÁN LLEYENDO EN UNA BIBLIOTECA

Ver una corrida de toros

Tomar apuntes

Disparar un arma

Ponerse las gafas

Subrayar una frase

Procesar ideas

Llamar por teléfono a un amigo

Cambiar una rueda

Escribir una carta

Comer

Señalar la página

Completar un examen

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

ESTÁN LLEYENDO EN UNA BIBLIOTECA

Ganar dinero

Hacer investigación

Prepararse para un examen

Estudiar en un lugar silencioso

Tomar libros prestados

Viajar por todo el mundo

Mejorar la capacidad de concentración

Vender una casa

Ahorrar dinero

Quedarse embarazada

Hacer ejercicio

Mejorar la memoria

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Abсолютamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Abсолютamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

CELEBRAN LA COMUNIÓN

- Ponerse un traje
- Escribir un texto
- Recitar poesía
- Dejarse crecer el bigote
- Ponerse vaqueros
- Caminar por la playa
- Recibir regalos
- Leer las Sagradas Escrituras
- Orar a Dios
- Hablar por el móvil
- Tomar la ostia sagrada
- Comer carne de cerdo

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

CELEBRAN LA COMUNIÓN

- Obtener un diploma
- Hacer amigos
- Honar a Dios
- Cambiar tu religión
- Comulgar
- Llegar a ser sacerdote
- Ser más amigo de Jesús
- Ingresar en el ejército
- Reconocer la masculinidad
- Mantener tradiciones
- Implicarse más en la fe
- Llegar a ser ministro

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

CONDUCCION UN COCHE

- Leer el contrato del seguro
- Fumar un puro
- Jugar en el parque
- Pagar un billete
- Instalar un equipo de música
- Arreglar el tubo de escape
- Encender el contacto
- Ponerse el cinturón de seguridad
- Comprobar el espejo retrovisor
- Sujetar el volante
- Quitar el freno de mano
- Cepillarse los dientes

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

CONDUCCION UN COCHE

- Pagar las facturas
- Aumentar el estrés
- Mal gastar gasolina
- Hacer turismo
- Visitar a amigos y amigas
- Ahorrar energía
- Ganar tiempo
- Tomarse unas vacaciones
- Fardar de coche
- Mejorar tus habilidades para conducir
- Pescar un pez
- Ir a hacer compras grandes

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

SE CORTAN EL PELO

- Mirarse en el espejo
- Lavarse la cara
- Correr en pista
- Maquillarse uno mismo o una misma
- Pasar la aspiradora a una alfombra
- Estudiar para un examen
- Pedir una cita
- Ponerse una toalla a los hombros
- Dar instrucciones al peluquero/a
- Esnifar cocaína
- Lavarse el pelo
- Leer revistas

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

SE CORTAN EL PELO

- Prepararse para una cita
- Mantener saneado el pelo
- Alargar el pelo
- Entender psicología
- Escribir una historia
- Mejorar la apariencia
- Cambiar tu personalidad
- Cortar las puntas abiertas
- Ahorrar dinero
- Llegar a ser peluquero
- Reducir la ansiedad
- Acortar la longitud del pelo

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Abso lutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

ESTÁN REALIZANDO UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

- Monitoreización del ritmo cardíaco
- Repartir los papeles
- Hacer una ecografía
- Ponerse mascarilla
- Hacer la cama
- Levantar pesas
- Hablar con las enfermeras
- Limpiaar el horno
- Recetar medicación
- Extraer un tumor
- Lavarse las manos
- Leer un libro

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

ESTÁN REALIZANDO UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

- Curar una enfermedad
- Causar la muerte
- Diagnosticar el VIH
- Prolongar la vida
- Trasplantar un órgano
- Curar la diabetes
- Tratar un problema
- Prevenir el envejecimiento
- Unirse a una banda
- Provocar un coma
- Evitar la muerte
- Ganar un concurso

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

JUEGAN AL MONOPOLY

- Lavar el coche
- Tirar los dados
- Ir a la cárcel
- Elegir un equipo
- Girar la botella
- Comprar calles y avenidas
- Elaborar normas
- Volar una cometa
- Bailar con amigos o amigas
- Coger una tarjeta de la suerte
- Passar por la casilla de salida
- Girar la rueda

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

JUEGAN AL MONOPOLY

- Presionar el botón de la respuesta
- Ganarse la vida
- Comprar hoteles
- Deletrear la mayoría de las palabras
- Socializarte con amigos
- Ganar un premio
- Mostrar tus conocimientos
- Comprar propiedades
- Responder a más preguntas
- Acabar el bachillerato
- Divertirse
- Acumular dinero

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Abso lutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

RODEE TODA ACCIÓN QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADA CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO...

REALIZAN UNA ECOGRAFÍA

- Lavartus oídos
- Ponerse una escayola
- Dar instrucciones a los pacientes
- Alimentar a un niño pequeño
- Aplicar gel a la zona de la piel
- Preparar la máquina y los materiales
  - Escuchar música
  - Ponerse los cascos
  - Tomar una sauna
- Escuchar el ritmo cardíaco
- Observar movimientos
- Cortar tejido corporal

RODEE TODO OBJETIVO QUE ESTÁ GENERALMENTE ASOCIADO CON LA SITUACIÓN QUE SE LE PRESENTA. EN OTRAS PALABRAS, OBJETIVOS QUE LAS PERSONAS INTENTAN LOGRAR CUANDO...

REALIZAN UNA ECOGRAFÍA

- Detectar gemelos
- Determinar el crecimiento del feto
- Reducir el dolor
- Aprender a escribir a máquina
- Detectar anomalías
- Detectar tumores
- Identificar un embarazo
- Comprar una casa
- Escribir un libro
- Parar una hemorragia
- Llegar a ser profesor o profesora
- Destruir las células cancerígenas

¿QUÉ FAMILIARIDAD TIENE USTED CON ESTA SITUACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
Absolutamente familiar	Muy familiar	Familiar	Neutro	Poco familiar	Muy poco familiar	Absolutamente no familiar

## ESCALA DE COGNICIÓN SOCIAL PARA LA PSICOSIS (GEOPTE)

INSTRUCCIONES: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación.

*1=no; 2=un poco; 3=regular; 4=bastante; 5=mucho*

1	¿Tiene dificultad para prestar atención?	1	2	3	4	5
2	¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?	1	2	3	4	5
3	¿Le cuesta aprender cosas nuevas?	1	2	3	4	5
4	¿Se le olvidan los encargos, tareas o recados?	1	2	3	4	5
5	¿Cuándo tienen que hablar con alguien le faltan las pasabras?	1	2	3	4	5
6	¿Le cuesta entender de qué va una película?	1	2	3	4	5
7	¿Le cuesta encontrar el sentido de una conversación?	1	2	3	4	5
8	¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros?	1	2	3	4	5
9	Cuando está en un grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?	1	2	3	4	5
10	¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?	1	2	3	4	5
11	Si está solo en casa y surge algún problema (p.ej., se estropea un electrodoméstico), ¿le resulta difícil encontrar la solución??	1	2	3	4	5
12	¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?	1	2	3	4	5
13	¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?	1	2	3	4	5
14	¿Tiene dificultades para hacer amistades?	1	2	3	4	5
15	¿Está insatisfecho en general con su vida sexual?	1	2	3	4	5

# EVALUACIONES FUNCIONALIDAD

## EVALUACIÓN DE HABILIDADES BASADAS EN EJECUCIÓN: UPSA

### LA EVALUACIÓN DE HABILIDADES BASADAS EN EJECUCIÓN (UPSA)

<b>1 A.</b>	HABILIDAD EN FINANZAS Contar y dar cambio	RESPUESTA:	PUNTUACIÓN: Correcto (1 pts) / Incorrecto (0 pts)
	5,02 € (en monedas)		
	6,73 €		
	12,17 €		
	Cambio de 10 € (3,73 €)		

<b>1 B.</b>	HABILIDAD EN FINANZAS Pagar facturas	RESPUESTA:	PUNTUACIÓN: Correcto (1 pts) / Incorrecto (0 pts)
	Compañía		
	Cantidad total a pagar		
	Cargos actuales		
	Explicar nuevo balance		
	Fecha límite para pagar		
	Número de cuenta		
	Número de teléfono		

<b>2.</b>	HABILIDAD DE COMUNICACIÓN	RESPUESTA:	PUNTUACIÓN: Correcto (1 pts) / Incorrecto (0 pts)
	Llamada nº emergencia		
	Llamada a casa		
	Mensaje apropiado		
	Marcar nº de memoria		
	Marcar nº de la carta		
	Nombre del paciente		
	Fecha cita actual		
	Fecha de la nueva cita		
	Nº para devolver llamada		
	Tarjeta sanitaria		
	Lista de medicamentos		
	Ayuno para la extracción		

<b>3.</b>	COMPRESIÓN / PLANIFICACIÓN Viaje a la playa	RESPUESTA:	PUNTUACIÓN: Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Cómo llegar		
	Actividad en la playa 1		
	Actividad en la playa 2		
			PUNTUACIÓN: Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Artículo necesario 1		
	Artículo necesario 2		
	Artículo necesario 3		
	Artículo necesario 4		
	Artículo necesario 5		

<b>4.</b>	MOVILIDAD / TRANSPORTE	RESPUESTA:	PUNTUACIÓN: Correcto (1 pto) / Incorrecto (0 pto)
	Metro al aeropuerto		
	Tarifa por un viaje		
	Nº teléfono información		
	Punto de información 1		
	Punto de información 2		
	Transbordo línea 1		
	Tiempo espera metro		
	Hora llegada Meliana		
	Último metro posible		

## ESCALA DE FUNCIONALIDAD DAS-WHO I

**5. Período cubierto por la valoración** (marca el recuadro apropiado)

- Actual
- Último mes
- Último año
- Otro período (especificar): \_\_\_\_\_

**6. Áreas específicas de funcionamiento** (marcar con un círculo la cifra apropiada)

	Ninguna discapacidad	Funcionamiento con ayuda	Discapacidad máxima
e. Cuidado personal. Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.	0	1	2    3    4    5
f. Funcionamiento ocupacional Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.	0	1	2    3    4    5
g. Funcionamiento familiar Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.	0	1	2    3    4    5
h. Funcionamiento en el contexto social amplio Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales.	0	1	2    3    4    5

**7. Duración de la discapacidad** (marcar el recuadro apropiado)

- Menos de un año
- Un año o más
- Desconocida

**8. Capacidades específicas**

Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas mencionadas y, sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y el cuidado del funcionamiento del individuo en la comunidad o en familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad de tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.

Especifica aquí si existen habilidades específicas y descríbalas:

## ESCALA DE FUNCIONALIDAD DAS-WHO II

<b>H1</b> Como evaluaría su salud general durante los últimos 30 días	Muy buena	Buena	Moderada	Mala	Muy mala
---	-----------	-------	----------	------	----------

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
<b>S1</b> <u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo</u> , como por ejemplo <u>30 minutos</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S2</b> Cumplir con sus <u>quehaceres de la casa</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S3</b> <u>Aprender una nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca ha estado?	1	2	3	4	5
<b>S4</b> ¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar</u> , al mismo nivel que el resto de las personas, <u>en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
<b>S5</b> ¿Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su estado de salud?	1	2	3	4	5
<b>S6</b> <u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S7</b> <u>Caminar largas distancias</u> , como <u>un kilómetro</u> (o equivalente)?	1	2	3	4	5
<b>S8</b> <u>Bañarse</u> (lavarse <u>todo el cuerpo</u> )?	1	2	3	4	5
<b>S9</b> <u>Vestirse</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S10</b> <u>Relacionarse con personas que no conoce</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S11</b> <u>Mantener una amistad</u> ?	1	2	3	4	5
<b>S12</b> Llevar a cabo su <u>trabajo diario</u> ?	1	2	3	4	5

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
<b>H2</b> ¿En qué medida han <u>interferido</u> estos problemas en tu vida?	1	2	3	4	5
<b>H3</b> En los últimos 30 días, ¿ <u>durante cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS _____				
<b>H4</b> En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días fue totalmente incapaz de realizar sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS _____				
<b>H5</b> En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS _____				

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

**“Estados de Salud”:**

- **Enfermedades u otros problemas de salud**
- **Lesiones**
- **Problemas mentales o emocionales (o de los nervios)**
- **Problemas relacionados con el alcohol**
- **Problemas relacionados con drogas**

Tener dificultades en una actividad quiere decir:

- **Aumento del esfuerzo**
- **Malestar o dolor**
- **Lentitud**
- **Cambios en el modo en que realiza la actividad**

Tenga en cuenta sólo los últimos 30 días

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

	Muy de Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	MA	A	D	MD
2. En ocasiones, pienso que no sirvo para nada	MA	A	D	MD
3. Siento que tengo algunas buenas cualidades	MA	A	D	MD
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	MA	A	D	MD
5. Pienso que no tengo nada de lo que sentirme orgulloso	MA	A	D	MD
6. En ocasiones pienso que no sirvo para nada	MA	A	D	MD
7. En nivel de igualdad con el resto, pienso que soy una persona que merece la pena	MA	A	D	MD
8. Ojalá me respetase más a mi mismo	MA	A	D	MD
9. En resumen, me inclino a pensar que soy un perdedor	MA	A	D	MD
10. Tengo una buena actitud para conmigo misma	MA	A	D	MD

**En esta prueba la los valores son:**

- Muy Deacuerdo: 3
- Acuerdo: 2
- Desacuerdo: 1
- Muy Desacuerdo: 0

**Las puntuaciones deben ser invertidas en las afirmaciones: 2, 5, 6, 8 y 9.**

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
<b>Total:</b>																			

## ESCALA SF-36 SOBRE LA SALUD (VERSIÓN ABREVIADA)

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de cuando ingresaste?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

5. ¿Durante las últimas 4 semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 8 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

12. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las *4 últimas semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido Usted. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
j. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
k. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
l. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarte?	1	2	3	4	5	6
m. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
n. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
o. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
p. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
q. ... se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
r. ... se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

13. Durante las *4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

14. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
e. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
f. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
g. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
h. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

## ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

- 7 – Completamente de acuerdo**
- 6 – De acuerdo**
- 5 – Más bien de acuerdo**
- 4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- 3 – Más bien en desacuerdo**
- 2 – En desacuerdo**
- 1 – Completamente en desacuerdo**

- \_\_\_\_\_ 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.
- \_\_\_\_\_ 2. Las condiciones de vida son excelentes.
- \_\_\_\_\_ 3. Estoy satisfecho con mi vida.
- \_\_\_\_\_ 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.
- \_\_\_\_\_ 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.