

DETERMINACIÓN DEL PERFIL DE COGNICIÓN SOCIAL EN INDIVIDUOS CON ESQUIZOFRENIA Y SU COMPARACIÓN CON PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS



CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA • 1908
FACULTAD DE MEDICINA



ANII

Unidad Académica de Psiquiatría
Facultad de Medicina - Facultad de Ciencias
Universidad de la República

Proyecto de Investigación presentado en el Llamado a Aspirantes al Estudio de Posgrado Académico de Maestría en Ciencias Médicas
Programa para la Investigación Biomédica
2020-2022

Responsable: Dr. Sebastián Lema Spinelli
Contacto: sebastianlemaspinelli@gmail.com
Director Académico Científico: Dr. Leonel Gomez
Tutor de la Especialidad: Prof. Dra. Sandra Romano

ÍNDICE DE CONTENIDOS

. Introducción	Pag 3
.. Título	Pag 3
.. Resúmen	Pag 3
.. Antecedentes de la Propuesta	Pag 5
... Concepto de Esquizofrenia	Pag 5
... Formas de Inicio de la Esquizofrenia	Pag 6
... Síntomas Negativos	Pag 7
... Neurociencia cognitiva en la Esquizofrenia	Pag 8
... Cognición Social	Pag 9
.. Situación Actual	Pag 11
... Importancia de la Cognición Social	Pag 12
... Evaluación de la Cognición Social	Pag 16
... Evaluación de la Esquizofrenia	Pag 17
... Motivación para la Tesis	Pag 18
. Objetivos	Pag 19
.. Objetivo General	Pag 19
.. Objetivos Específicos	Pag 19
. Hipótesis	Pag 20
. Diseño y Metodología	Pag 21
.. Diseño de Investigación y Metodología.	Pag 21
.. Aspectos Éticos Particulares	Pag 27
. Resultados	Pag 28
. Discusión	Pag 49
. Conclusión	Pag 58
. Agradecimientos	Pag 60
. Bibliografía	Pag 61
. Glosario de Siglas	Pag 73
. Anexos	Pag 74

INTRODUCCIÓN

TÍTULO

Determinación del perfil de cognición social en individuos con esquizofrenia y su comparación con primeros episodios psicóticos

RESUMEN

La Esquizofrenia es uno de los trastornos mentales con mayor investigación y su conceptualización ha variado a lo largo de la historia. Este interés se debe a la heterogeneidad en su expresión clínica y al gran impacto que presenta en la vida de los individuos acompañado de un gasto social elevado, explicado por dos características esenciales, deterioro global e inicio precoz. Clásicamente su expresión clínica se determinaba por un conjunto de síntomas positivos y negativos, siendo los últimos los que mayormente afectan la evolución y el pronóstico. Sin embargo, los síntomas de la esfera de la cognición (social y no social) centran gran parte de la investigación actual y se presentan como un elemento explicativo de la heterogeneidad del trastorno, del deterioro funcional y social, como diana terapéutica y como recurso para el diagnóstico precoz e intervenciones tempranas fase específicas.

Este estudio tiene el objetivo de describir y comparar las alteraciones en la cognición social en individuos con Esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. Específicamente evidenciar las alteraciones de la cognición social características en individuos con Esquizofrenia y su comparación con individuos que han presentado un primer episodio psicótico, estudiar la relación de la alteración de la cognición social con la presencia y gravedad de los síntomas negativos de la Esquizofrenia y describir el patrón de alteración de la cognición social en individuos que han presentado un primer episodio psicótico agudo no afectivo y afectivo

Se obtuvieron datos de 2 grupos poblaciones (63 individuos con Esquizofrenia y 16 individuos que presentaron un primer episodio psicótico), en ambos grupos se realizó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), el Hinting Task y el Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), además de otras variables para su caracterización y comparación.

Tanto en el grupo con Esquizofrenia (-0,653; $p < 0,001$) como en el grupo de primer episodio psicótico (-0,608; $p = 0,012$) se evidenció una correlación negativa estadísticamente significativa entre RMET y PANSS negativo, así como una correlación negativa estadísticamente significativa en el grupo de Esquizofrenia (-0,673; $p < 0,001$) y grupo de primer episodio psicótico (-0,608; $p = 0,012$) entre Hinting Task y PANSS negativo. No se observó una

correlación estadísticamente significativa entre las escalas de cognición social y PANSS positivo y general.

Se puede concluir de esta investigación que existe una asociación entre la gravedad de los síntomas negativos y las alteraciones en la cognición social, independientemente del diagnóstico, mientras que no se encontró asociación entre los síntomas positivos y generales con la cognición social. Surge la hipótesis de que las alteraciones de la cognición social en el primer episodio psicótico pueden afectar de manera desigual diferentes dominios. Estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación global de los individuos, tanto en la investigación como en la atención clínica, para desarrollar enfoques de tratamiento más precisos y diagnósticos más adecuados.

Los datos obtenidos pueden ser un insumo para el desarrollo de intervenciones individualizadas, herramientas de diagnóstico precoz y programas fase-específicos, que permitan una mejoría de la calidad de vida y a una optimización de los recursos en salud.

Palabras Claves: Esquizofrenia; Trastornos Psicóticos; Cognición Social; Mentalización; Psicopatología

ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

La Esquizofrenia es un trastorno mental que debido a su prevalencia, alteración funcional, inicio en edades tempranas y curso prolongado, es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Pese a que se han desarrollado múltiples investigaciones y se ha comprendido su etiología multifactorial¹, aún el peso relativo de cada alteración permanece oscuro, por lo cual intervenciones preventivas o terapéuticas individualizadas se han visto reducidas o se han presentado con escasa efectividad en cuanto al pronóstico².

La conceptualización y la definición psicopatológica de la Esquizofrenia ha presentado históricamente diferentes focos o formas de análisis. Comenzando en la visión evolutiva, centrada en el curso de la enfermedad de Kraepelin³; continuando por la centralidad del cuadro clínico planteado por Bleuler con el planteo de síntomas fundamentales y el carácter intrínsecamente heterogéneo de la enfermedad⁴; hasta los síntomas de primer orden establecidos por Schneider que tuvieron gran influencia en los criterios diagnósticos actuales⁵, como puntos relevantes en la construcción histórica. Hoy en día existe un consenso con respecto a que la presentación clínica de los individuos con Esquizofrenia se divide en síntomas positivos (en su dimensión psicótica y desorganización), síntomas negativos y síntomas cognitivos⁶. La presentación clínica de la dimensión psicótica, específicamente ideación delirante y alucinaciones, ha recibido mayor atención en la descripción clínica debido a la mayor claridad en la presentación y al tener la particularidad de responder adecuadamente al tratamiento farmacológico⁷. Sin duda, el desarrollo de los antipsicóticos ha permitido tratar de manera adecuada estos síntomas, teniendo una destacada eficacia en los episodios de descompensación y en evitar recaídas⁸. Sin embargo, los síntomas de desorganización, negativa y cognitiva son la que tienen una mayor incidencia en el pronóstico, el funcionamiento psicosocial o global y la evolución, teniendo escasa respuesta a los tratamientos farmacológicos actuales⁹. A su vez, estas son las expresiones más características de las fases prodrómicas o pre psicóticas, a la vez que son más difíciles de detectar o requieren de cierta especialización y experiencia¹⁰. Por esta razón es necesario formar a profesionales de la salud y desarrollar herramientas que faciliten la valoración de esta sintomatología, ya que permite valorar fases prodrómicas, individuos con riesgo de desarrollo de psicosis, y eventuales síntomas predictores en pacientes con primeros episodios psicóticos¹¹.

FORMAS DE INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA

Uno de los puntos relevantes para comprender este análisis es considerar que las formas de inicio de la Esquizofrenia son variables y heterogéneas. A modo de simplificarlas, existe una presentación gradual y continua con manifestaciones prodrómicas, y subsindrómicas, hasta el desarrollo consolidado de un síndrome identificable en donde puede observarse lo que clásicamente se denomina un corte histórico-biográfico. Por otro lado, puede presentarse con un primer episodio psicótico, el cual si bien presenta diferentes definiciones, se puede resumir como un espectro de trastornos psicóticos primarios en donde se incluyen los diagnósticos actuales de trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico no especificado¹². Algunos autores, al analizar estos episodios incluyen también aquellos individuos que presentan un primer episodio afectivo con síntomas psicóticos (también denominado trastornos psicóticos del espectro afectivo) como es el caso del episodio maníaco con características psicóticas, o episodio depresivo con características psicóticas, debido a la posibilidad evolutiva en un trastorno psicótico crónico.

Cuando nos encontramos ante la presencia de un individuo con un primer episodio psicótico, una de las preguntas más relevantes a contestar es si estamos ante el inicio de una Esquizofrenia o no. Los porcentajes de conversión pueden variar de acuerdo a los parámetros epidemiológicos utilizados, pero en general se plantea que entre un 40% a un 80% de los individuos que presentan un episodio psicótico agudo, configuran el inicio de una Esquizofrenia¹³. Este porcentaje es tan alto que hay autores que concluyen que diagnósticos diferentes al de Esquizofrenia en el marco conceptual de los primeros episodios psicóticos deberían considerarse provisionales, dado la alta probabilidad de conversión diagnóstica a Esquizofrenia debido al cambio de la expresión clínica¹⁴.

Ahora bien, el objetivo es poder anticipar este desarrollo para posteriormente considerar si alguna intervención tiene algún impacto en la evolución. En este sentido, se han desarrollado diversas maneras de análisis, principalmente clínicas, con un auge actual de estudios genéticos y neuroimagen acompañados de la utilización de la inteligencia artificial para aumentar la precisión pronóstica. ¿Cómo evolucionan los síntomas positivos? ¿Cómo evolucionan los síntomas negativos? ¿Cómo evolucionan los síntomas cognitivos? ¿Son fluctuantes o estables? ¿Cuáles comienzan en fases prodrómicas? son preguntas claves para poder realizar predicciones adecuadas. La cognición presenta ciertas particularidades que la hacen una diana interesante como factor predictor. Las alteraciones presentan una alta prevalencia, existen desde el inicio e incluso en fases prodrómicas y premórbida, tienden a ser estables en el tiempo, algunas son observables en familiares sanos, son predictores del funcionamiento psicosocial y no son modificables con el tratamiento psicofarmacológico¹⁵.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Considerando inicialmente los síntomas negativos, estos comprenden una serie de síntomas considerados deficitarios como la restricción del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), la limitación de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), la disminución de la intensidad y frecuencia de placer (anhedonia), el descenso de la frecuencia y deseo de interacción social (asocialidad) y la pérdida del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia o apatía)¹⁶. Dicha descripción y caracterización de los síntomas negativos fue consensuada a través del NIMH *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) Consensus Statement on Negative Symptoms*¹⁷. La psicopatología y neurobiología de los síntomas negativos es distinta a la presentada por los síntomas positivos, en este sentido, la primer distinción a realizar es entre los síntomas negativos primarios, los cuales son una dimensión integral de la Esquizofrenia, y los síntomas negativos secundarios, que responden a otras etiologías, efectos adversos de la medicación o son una consecuencia conductual de los síntomas positivos de Esquizofrenia¹⁸. En lo que respecta a los síntomas negativos primarios, se ha presentado evidencia sobre su patogénesis desde hipodopaminergia a nivel de la vía mesocortical y alteraciones de otros neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, glutamato)¹⁹, alteraciones específicas en receptores dopaminérgicos, específicamente D3²⁰, alteraciones en la conectividad entre el cerebelo y la corteza prefrontal dorsolateral derecha²¹ o hipoactivación del cuerpo estriado ventral²². Uno de los desafíos más importantes es valorar cómo la patogénesis de los síntomas negativos pueden asociarse a su vez con la expresión de alteraciones cognitivas, lo que se evidencia a su vez en alteraciones genéticas que implican ambas expresiones fenotípicas^{23,24}.

NEUROCIENCIA COGNITIVA EN LA ESQUIZOFRENIA

Para abordar la cognición, el acuerdo global es realizar una distinción entre la cognición no social y la social, las cuales tienen un sustrato neurobiológico diferente y afectan al expresión clínica de distintas maneras^{25,26}. La cognición no social se subdivide en los dominios de velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visuoespacial, memoria de trabajo, atención/vigilancia, razonamiento y resolución de problemas²⁷ que se desarrollan a continuación:

. Velocidad de procesamiento: es la capacidad de responder con rapidez y precisión cuando se realizan tareas perceptuales, motoras o cognitivas relativamente simples. Evaluada a través de la breve evaluación de la cognición en la esquizofrenia (BACS) que consiste en un test cronometrado en donde el individuo utiliza una clave para escribir dígitos que corresponden a símbolos sin sentido; Fluidez verbal por categorías, en donde el individuo nombra tantos animales como puede durante un tiempo determinado y el *Trail Making Test* que consiste en una prueba cronometrada con la consigna de dibujar una línea para conectar círculos numerados consecutivamente colocados irregularmente²⁸.

. Aprendizaje y memoria verbal: es la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar información verbal por más de unos minutos. La cual se evalúa con el test de aprendizaje verbal de Hopkins-Revisado (HVL-R) que consiste en un test oral donde el individuo debe recordar la mayor cantidad posible de palabras después de cada prueba de lenguaje²⁸.

. Aprendizaje y memoria visuoespacial: es la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar información sobre objetos y ubicaciones espaciales durante más de unos minutos asimilando diferentes modelos visuales desde fotos, imágenes o gráficos. Se evalúa con la prueba de memoria visuoespacial breve-revisada (BVM-R) cuyo objetivo es reproducir seis figuras geométricas de memoria²⁸.

. Memoria de trabajo: es la capacidad para mantener y manipular información "virtual" en un almacén temporal. Está encargada de que la información procesada en los instantes previos se mantenga de forma temporal y luego manipular dicha información para establecer tareas cognitivas más complejas como el aprendizaje, comprensión o razonamiento. Se evalúa con la escala de memoria de Wechsler-III (WMS-III): span espacial y la escala de memoria de Wechsler III (WMS-III): span de Letra-Número²⁸.

. Atención/vigilancia: es la capacidad para responder a objetivos y no responder a no objetivos durante un período de tiempo específico. En general puede subdividirse en atención selectiva, atención sostenida y atención dividida. La vigilancia corresponde a la estabilidad en la ejecución de una tarea durante un periodo de tiempo extenso ante una baja frecuencia de estímulos a los que atender. Evaluado a través del test de rendimiento continuo-pares idénticos (CPT-IP) que consiste en una evaluación computarizada de atención sostenida en la que el individuo presiona un botón de respuesta a números coincidentes consecutivos²⁸.

. Razonamiento y resolución de problemas: capacidad para aplicar y cambiar estrategias efectivamente para encontrar soluciones óptimas a problemas. Es de suma importancia el

razonamiento abstracto. Se evalúa con la batería de evaluación neuropsicológica: prueba de laberinto (NAB-MT), la cual consiste en un prueba cronometrada de siete laberintos de dificultad creciente que mide la previsión y la planificación²⁸.

COGNICIÓN SOCIAL

Por otra parte, la cognición social es un proceso cognitivo que permite elaborar conductas sociales adaptativas y que consta de procesos básicos denominados dominios²⁹. Hace referencia a las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, generando respuestas a las intenciones y los comportamientos de los demás³⁰. Es una función intrínsecamente adaptativa de los seres humanos, formarse impresiones sobre las situaciones e individuos que nos rodean. Constantemente realizamos inferencias sobre las intenciones de otros individuos y a partir de estas inferencias, actuamos en consecuencia. Los procesos que explican estas inferencias se agrupan dentro del constructo de cognición social y al igual que sucede con la cognición no social se han ido desarrollando tests y herramientas para lograr evaluar de forma individualizada los diferentes dominios que la constituyen. Si bien existen análisis con divisiones y dominios distintos, el desarrollo neurobiológico explicativo y la psicopatología específica determinaron una tendencia hacia la homogeneización y universalización de los términos empleados.

Para el abordaje actual se tomarán las definiciones consensuadas por el National Institute of Mental Health (*Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities*) debido a la relevancia de estos constructos y por ser un punto de referencia global en el estudio de la cognición social³⁰. En este sentido los dominios que constituyen la cognición social y que se detallaran a continuación son el procesamiento emocional, conocimiento social, percepción social, sesgo atribucional y teoría de la mente o mentalización.

. Procesamiento emocional: hace referencia a la capacidad para identificar eficazmente emociones en otros a partir de expresiones faciales o tonalidad de la voz y la manera en que se perciben y utilizan³¹. Uno de los modelos con mayor influencia, estructura al procesamiento emocional con cuatro componentes (identificación de emociones, facilitación de emociones, comprensión de emociones y manejo de emociones). Una de las formas más habituales de evaluación de este dominio es a través del reconocimiento de emociones en expresiones faciales, lo que ha permitido el estudio concomitante de neuroimagen funcional y el entendimiento del patrón de activación encefálico ante diferentes percepciones de emociones³².

. Percepción social: entendida como la capacidad para identificar roles y reglas contextuales a través de señales no verbales que incluyen el lenguaje corporal y la prosodia. Este dominio nos permite realizar inferencias sobre situaciones sociales complejas o ambiguas a través de la identificación de características interpersonales relacionadas a la intimidad, veracidad y estado anímico. Esto nos permite entender la intención de complicidad en una relación de intimidad, el sarcasmo, la burla y otras interacciones que no tienen un componente comunicacional explícito. Incluso se incluye la percepción de relación, que implica la apreciación de la

naturaleza o el carácter de una relación vincular. Hipótesis actuales plantean que este dominio es una de las dianas terapéuticas para intervenciones destinadas a mejorar la funcionalidad social³³. Estudios recientes han planteado la hipótesis de que alteraciones de la percepción social se asocian a la ausencia de *insight* en individuos con Esquizofrenia³⁴.

. Conocimiento social: implica el entendimiento de roles, reglas y metas culturales que definen las situaciones e interacciones sociales³⁵. Este dominio permite contextualizar las situaciones sociales, diferenciando lo que se debe esperar de una interacción o una situación de acuerdo a donde está enmarcada (permite diferenciar una interacción en una fiesta, un velorio o un hospital). Este término se relaciona profundamente con la percepción social y habitualmente se evalúan de forma conjunta. El conocimiento social es un dominio fundante para la habilidad social y la resolución de problemas, por dicha razón se han intentado estrategias en intervenciones de rehabilitación específicas con individuos con trastornos mentales graves y persistentes^{36,37}.

. Sesgo o estilo atribucional: la forma en que los individuos explican las causas y dan sentido a eventos o interacciones sociales. Las atribuciones son declaraciones causales, explicación de por qué y cómo sucedió determinado evento. Hace referencia a cómo los individuos inferen las causas de los eventos. En general las atribuciones son externas personales (referidas a otra persona), externas situacionales (referidas a una situación específica) o internas (referidas a uno mismo). Se han presentado hipótesis con resultados heterogéneos en donde se plantea que la ideación delirante persecutoria se debe a alteraciones del sesgo atribucional con una tendencia a realizar atribuciones externas personales más que externas situacionales, con una tendencia a atribuir intenciones hostiles a los individuos. En este sentido, una hipótesis relacionada a la Esquizofrenia es que cuanto mayor alteración del sesgo atribucional, mayor sintomatología positiva presentará el individuo, específicamente en la dimensión psicótica. Dicho planteo no ha presentado datos concluyentes^{38,39}.

. Teoría de la mente, mentalización o atribución del estado mental: es la capacidad para representar los estados mentales de otros y hacer inferencias sobre sus intenciones y creencias⁴⁰. El mayor desarrollo conceptual en este dominio se realizó en niños y las diferentes variables y formas que determinan su desarrollo, por esa razón muchas herramientas para su investigación fueron realizadas en primera instancia para uso pediátrico, teniendo como modelo de disfunción el Trastorno del Espectro Autista^{41,42}. La observación de un rostro es un elemento sustancial en la atribución del estado mental, debido a que el rostro es la parte corporal más importante en la interacción social, fundamentalmente debido a la cantidad de información que se puede obtener de él⁴³.

SITUACIÓN ACTUAL

Superando el foco inicial de investigación en los síntomas positivos y negativos, se ha desarrollado en gran manera el estudio de la cognición en la Esquizofrenia en la búsqueda de respuestas etiopatogénicas y psicopatológicas. Intentando responder a las incógnitas de ¿Cómo se clasifica la cognición? ¿Cómo se presentan los diferentes dominios? ¿Cuándo empiezan? ¿Cómo evolucionan? ¿Cómo se evalúan? ¿Cómo se tratan? ¿Cómo se relacionan con los síntomas positivos y negativos? se ha ido desarrollando un campo de conocimiento vasto que ha permitido sentar las bases para ciertos consensos y el planteo de hipótesis de trabajo. En una intención de homogeneizar y potenciar esta área de investigación se realizó la iniciativa *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia* (MATRICS) del National Institute of Mental Health (NIMH) con la intención de consensuar los dominios cognitivos que deben estar representados en la evaluación cognitiva y priorizar los criterios para la selecciones de test de evaluación en la Esquizofrenia^{44,45}. Como se desarrolló previamente, la cognición social fue uno de los siete dominios representados, agrupando los otros seis (velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visuoespacial, memoria de trabajo, atención/vigilancia, razonamiento y resolución de problemas) en los dominios de la cognición no social.

IMPORTANCIA DE LA COGNICIÓN SOCIAL

La investigación sobre la cognición social de forma global tiene una importancia relevante y diferentes objetivos en la comprensión de la Esquizofrenia⁴⁶. Se destacan diferentes aspectos, desde el establecimiento de subtipos clínicos, evaluación de individuos con riesgo de desarrollo de psicosis, explicación de pronósticos específicos, establecimientos de endofenotipos, relación con los síntomas negativos y el funcionamiento global, hasta intervenciones fase-específicas.

Subtipos de Esquizofrenia

Las alteraciones cognitivas son rasgos inherentes a los trastornos psicóticos, por ende, la individualización de los síntomas cognitivos en individuos con Esquizofrenia permitirá realizar fenotipos y subtipos de presentación clínica, similar a los clásicos subtipos de Esquizofrenia paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual, lo que facilitaría diseñar investigaciones más precisas y establecer tratamientos específicos. Existen múltiples investigaciones que observan el perfil neurocognitivo y sus alteraciones en individuos con Esquizofrenia evolucionada, sin embargo, se centran fundamentalmente en la cognición no social. La investigación relacionada a la cognición social en la Esquizofrenia y su descripción en primeros episodios psicóticos se ha desarrollado posteriormente y no cuenta con tanta bibliografía como la mencionada previamente, si bien se pueden realizar algunas conclusiones y plantear las hipótesis preponderantes actuales que se desarrollarán en los siguientes puntos⁴⁷.

Cognición Social en la Evolución de la Psicosis

Las alteraciones neurocognitivas están presentes durante las manifestaciones iniciales de la enfermedad, con un perfil de afectación descrito en los primeros episodios psicóticos similar a los individuos con mayor cronicidad, no explicado por otros síntomas o por efectos adversos de la medicación⁴⁷. Si bien esta característica está principalmente descrita en los constructos de la cognición no social, la investigación desarrollada de forma específica mantiene esta consideración, con respecto a que las alteraciones de la cognición social ya se encuentran presentes al inicio de la enfermedad y no varía mucho en la evolución de esta. Este aspecto es muy importante, debido a que la presencia de alteraciones precoces y persistentes puede ser muy útil en la evaluación de individuos con riesgo elevado de desarrollo de psicosis⁴⁸. En este sentido, existe una serie de investigaciones con el objetivo de valorar si la expresión cognitiva tiene un desarrollo estable, progresivo o fluctuante. Si bien estas investigaciones requieren seguimientos prolongados de los pacientes, la información tiende a considerar la persistencia estable de las alteraciones de la cognición social a lo largo de la enfermedad con relativa independencia de las fluctuaciones sintomáticas⁴⁹.

Es importante recalcar que cuando se mencionan las fluctuaciones sintomáticas, en general se hace referencia a la variabilidad de los síntomas positivos, que son los que habitualmente fluctúan en los episodios agudos y los periodos intercríticos. En este sentido, es más preciso

mencionar que en la evolución de la enfermedad, la persistencia de las alteraciones de la cognición social es relativamente estable con relativa independencia de las fluctuaciones de los síntomas positivos, presentando estudios que presentan evidencia que las alteraciones en la atribución del estado mental comienza de forma precoz y es mantenida en el tiempo⁵⁰.

Por último, la evidencia actual, inclina a considerar que las alteraciones de la cognición social se encuentran presentes en etapas prodrómicas del desarrollo de la psicosis, siendo un posible predictor de conversión de psicosis^{51,52,53}. Sin embargo existen investigaciones que no han encontrado evidencia que alteraciones en la cognición social, puntualmente relacionadas a la atribución del estado mental, sean un factor predictivo de transición a esquizofrenia en pacientes con alto riesgo de desarrollo de psicosis⁵⁴. Cabe mencionar igualmente que la investigación realizada tuvo un seguimiento de 12 meses, lo que puede considerarse insuficiente en lo que respecta al patrón evolutivo de esta patología.

Cognición Social y Pronóstico Funcional

Otro objetivo es utilizar la cognición social para explicar el pronóstico funcional diferenciado⁵⁵. Considerando la importancia de los dominios de la cognición social en el funcionamiento psicosocial global de los individuos, es comprensible considerar que cuanto mayor alteración en este constructo, mayor será la alteración funcional y por ende el pronóstico global. Diversas investigaciones apoyan esta hipótesis, estableciendo una correlación que implica que la variabilidad de la funcionalidad puede ser explicada entre un 20% a un 60% por las alteraciones neurocognitivas^{56,57,58,59}. Es importante mencionar que estas investigaciones incluyen una evaluación global de la cognición social dentro de la cognición y no como un constructo diferenciado, por lo cual la incidencia específica e independiente aún requiere mayor investigación.

Cognición Social como Endofenotipo

La psiquiatría de precisión se ha centrado en el desarrollo de marcadores moleculares de los trastornos psicóticos, específicamente los marcadores de riesgo poligénico. Estos aspectos han llevado a la consideración de endofenotipos, que serían rasgos subclínicos próximos al genotipo. La cognición, en conjunto con variables neuroquímicas, neuroanatómicas y neurofuncionales son herramientas sumamente útiles para el desarrollo de investigaciones que intenten superar el hiato genotipo-fenotipo de los trastornos psicóticos. Estos fenotipos intermedios se encuentran entre el genotipo y el fenotipo clínico⁶⁰. Considerar las alteraciones neurocognitivas como endofenotipos permite avanzar en la búsqueda de sustratos neurobiólogos para explicar la diferente expresión clínica de la Esquizofrenia⁶¹. Considerando este punto, la cognición social de forma específica y aislada, no ha sido un objetivo de investigación popular, fundamentalmente por la mayor dificultad de análisis comparado con los dominios de la cognición no social.

Cognición Social como Variable Mediadora

El hecho relevante sobre la cognición social, es la evidencia que se ha acumulado en lo referente a patrones similares de alteraciones y déficit, que se relacionan con el funcionamiento, la evolución del trastorno y la presencia de síntomas cognitivos^{62,63}. La relación entre la cognición no social, cognición social, síntomas negativos y funcionamiento psicosocial es uno de los puntos con mayor relevancia en la investigación actual.

El concebir a la cognición social como una variable mediadora entre alteraciones cognitivas globales y el funcionamiento en los individuos con Esquizofrenia ha presentado resultados relevantes que llevan a cuestionarse la manera psicopatológica en que incide la cognición social en esta vinculación⁶⁴. Considerando este punto, hay evidencia que establece que la cognición social es responsable de gran parte de la variabilidad del funcionamiento psicosocial una vez corregida la influencia de las alteraciones de la cognición no social⁶⁵. En este sentido, la cognición social se ha ido desarrollando como un constructo cada vez más independiente del resto de las funciones cognitivas, establecida en circuitos neuronales semi-independientes⁶⁶. Desglosando la relevancia de los distintos dominios de la cognición social, se ha investigado cómo estos inciden en el funcionamiento psicosocial, fundamentalmente en individuos con diagnóstico de Esquizofrenia con un tiempo considerable de desarrollo de enfermedad. Las investigaciones son heterogéneas en este punto, existen investigaciones que determinaron que las alteraciones del conocimiento social y la percepción social son los dominios que tienen mayor implicancia en el funcionamiento⁶⁷, mientras que otras le atribuyen a la teoría de la mente el mayor efecto⁶⁸. Si bien la mayoría de las investigaciones tienen una población objetivo de individuos con Esquizofrenia con años de evolución, existen datos que evalúan las alteraciones de la cognición social al inicio de la enfermedad o luego de primeros episodios psicóticos y el impacto evolutivo en la funcionalidad, contando con resultados similares a los encontrados en los grupos con situaciones clínicas evolucionadas, lo que lleva a la hipótesis que las alteraciones en la cognición social al inicio de la enfermedad determina un peor pronóstico en el funcionamiento psicosocial⁶⁹.

Cognición Social y Síntomas Negativos

Existe una literatura considerable que relaciona la gravedad de la cognición social con la gravedad de los síntomas negativos. Simplificando, cuanto mayor alteración de los dominios de la cognición social, mayor alteración de los síntomas negativos, sin embargo aún existen planteos heterogéneos del grado de asociación y la manera en que una explica a la otra⁷⁰. Esta evidencia de correlación entre los síntomas negativos y cognitivos ha llevado al cuestionamiento si son dos dominios psicopatológicos independientes con correlatos neurobiológicos distintos o corresponden a una misma psicopatología^{71,72}. Recientes publicaciones incluso han planteado que los síntomas negativos son la expresión funcional de las alteraciones en las operaciones cognitivas englobadas dentro de la cognición social⁷³. Explicado de otro modo, la cognición social es la capacidad funcional de un individuo y los síntomas negativos es la funcionalidad real. Entonces, si existe una alteración de la cognición social, no existirá la capacidad para desarrollar un funcionamiento psicosocial adecuado, independiente de la presencia de síntomas negativos; pero si no existen alteraciones de la

cognición social y los síntomas negativos son graves tampoco será posible desarrollar un funcionamiento psicosocial adecuado.

Cognición Social e Intervenciones Tempranas

La presencia de alteraciones cognitivas específicas en fases prodrómicas permitió utilizar las evaluaciones de la cognición social como herramientas en intervenciones tempranas en psicosis. Estas intervenciones implican la detección de individuos con un riesgo elevado de desarrollar Esquizofrenia⁷⁴. Este enfoque tiene dos opciones distintas. Una es realizar intervenciones específicas para pacientes que presentan un primer episodio psicótico. En este caso los programas internacionales varían con respecto a los individuos involucrados (programas que incluyen únicamente primeros episodios psicóticos no afectivos y programas que engloban también episodios psicóticos afectivos)⁷⁵. Esta diferencia radica en la fundamentación de que en muchas situaciones clínicas la diferenciación diagnóstica no es tan precisa para separar estos grupos y la evolución en ambos casos puede llevar al desarrollo de una Esquizofrenia⁷⁶.

Por otro lado hay un desarrollo en investigación clínica importante en cuanto a la valoración de pacientes con un alto riesgo de desarrollo de psicosis (Ultra High Risk) los cuales involucran pacientes con una serie de sintomatología prodrómica variable y factores de riesgo genéticos en etapas pre psicóticas^{77,78,79}. Esta intervención evidentemente tiene que realizarse en un sistema de salud adaptado, formado y con una derivación oportuna ante dicha detección, que actualmente no es posible realizar en nuestro medio^{80,81}. Sin embargo, las intervenciones etapa-específicas en pacientes que presentaron un primer episodio psicótico han demostrado un beneficio claro en cuanto a la disminución de recaída y de progresión hacia la Esquizofrenia⁸². Dichos programas tienen características puntuales de intervención que en gran medida difieren de la práctica habitual tanto en intervenciones psicofarmacológicas, como instancias psicoterapéuticas y psicosociales⁸³, como de arquitectura y diseño de los dispositivos de intervención⁸⁴.

Gran parte de la investigación en estos individuos es poder identificar de manera más precisa aquellos individuos que luego de un primer episodio psicótico vayan a desarrollar una Esquizofrenia⁸⁵. Avanzar en aquellas presentaciones o síntomas predictivos tendría un impacto importante en la asistencia clínica, ya que permitiría una mayor especialización y especificación de intervenciones terapéuticas en determinados pacientes⁸⁶. En este sentido, la cognición social se posiciona como un objetivo de evaluación y tratamiento relevante, con una clara implicancia en la asistencia clínica, permitiendo desarrollar estrategias específicas⁸⁷ disminuyendo aspectos iatrogénicos y realizando intervenciones costo-efectivos, en última instancia intentando modificar el pronóstico de desarrollo de Esquizofrenia⁸⁸.

EVALUACIÓN DE LA COGNICIÓN SOCIAL

En cuanto a las investigaciones para evaluar la cognición social, se han desarrollado múltiples herramientas de valoración general y específica que varían en validez, fiabilidad, fiabilidad test-retest, utilidad y aplicabilidad^{89,90,91,92}.

Hinting Task: El test Hinting Task es una de las herramientas que han evidenciado mayor correlación y aplicabilidad como elemento de valoración general (con cierta especificidad por el conocimiento social, la percepción social y el estilo atribucional), con una relación clara con la evolución funcional. Este test fue creado para su utilización específica en la esquizofrenia y consta de diez historias breves, las cuales pueden ser leídas por el evaluador las veces que sean necesarias para evitar interferencia de alteraciones mnésicas o de comprensión. Todas las historias constan de una situación en donde interactúan dos personajes y al final uno de ellos expresa una indirecta que debe ser comprendida en el contexto y no interpretada de forma concreta. Al final de cada historia se le pregunta al participante qué ha querido decir realmente el personaje con el comentario realizado, si responde correctamente se otorgan 2 puntos; si no, se otorga más información que facilita la comprensión de la indirecta. Si el participante responde correctamente en esta segunda instancia recibe 1 punto, si responde de forma incorrecta recibe 0 puntos. La puntuación total es de 20 puntos. En la validación de la prueba al castellano, la fiabilidad entre evaluadores fue mayor a 0,80 para todas las historias y una fiabilidad test-retest mayor a 0,70 para todas las historias. A su vez es importante destacar que ni el nivel educativo, ni la edad inciden de forma significativa en la comprensión de las intenciones de otras personas.

Reading the Mind in the Eyes Test: La evaluación específica del dominio de la teoría de la mente se ha posicionado como uno de los elementos más relevantes en la expresión clínica y condicionamiento, presentando los test de The Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)⁹³ y Recognition of Faux Pas⁹⁴ como los de mayor evidencia. El RMET mide la capacidad de comprender los estados mentales de los demás a partir de las expresiones faciales centradas en la región ocular. Los participantes observan 36 fotos con 4 posibles opciones de respuesta cada una que expresan distintas emociones o sentimientos y deben elegir la palabra que describe de forma más precisa la emoción o sentimiento que se retrata. Cada respuesta correcta es 1 punto, cada respuesta incorrecta es 0 punto, con un rango de 0 a 36 puntos. En este punto, se destaca la presencia de estudios que determinaron la confiabilidad y estabilidad del test⁹⁵. Se debe destacar que la importancia de estas herramientas radica a su vez en su validación en el idioma castellano lo que facilita su utilización y permite correlacionar con otras investigaciones.

EVALUACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

Escala de Síndrome Positivo y Negativo: Con respecto a la valoración global de la Esquizofrenia está ampliamente aceptado que una de las escalas más útiles en su evaluación clínica es la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), establecida en 1987. La escala se realiza a través de una entrevista semiestructurada que permite la evaluación global del individuo, con algunas consideraciones relacionadas a información por parte de referentes y vinculación con el entorno. Esta escala de evaluación consta de 3 dominios distintos, los síntomas positivos (delirios, desorganización conceptual, alucinaciones, excitación, grandiosidad, suspicacia, hostilidad), los síntomas negativos (embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, pensamiento abstracto, fluidez de la conversación, pensamiento estereotipado) y la psicopatología general (preocupación somática, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismo, depresión, enlentecimiento motor, falta de colaboración, pensamientos inusuales, desorientación, atención deficiente, ausencia de insight, trastornos de la volición, control deficiente de los impulsos, ensimismamiento, evitación social activa). Cada ítem tiene una puntuación de 1 al 7 (1 Ausente, 2 Mínimo, 3 Leve, 4 Moderado, 5 Moderadamente grave, 6 Grave, 7 Extremo) con un detalle específico en cada síntoma. Es importante mencionar que la escala ha demostrado niveles adecuados de fiabilidad entre evaluadores, fiabilidad test-retest y validez, con una consistencia interna moderada para los dominios de síntomas positivos y psicopatología general, y adecuada para el dominio de sintomatología negativa⁹⁶. Estas propiedades psicométricas son sumamente relevantes, sumando la consistencia en la reiteración de evaluaciones durante la enfermedad de un individuo, sumado a que la amplia variabilidad y heterogeneidad de los síntomas descritos permite realizar una evaluación multidimensional integral de la patología⁹⁷. Cabe mencionar algunas limitaciones de la escala con respecto a la división y conceptualización del dominio negativo en donde se incluyen síntomas que clásicamente no se atribuyen a la sintomatología negativa como el pensamiento estereotipado.

MOTIVACIÓN PARA LA TESIS

Un punto central a considerar al realizar este trabajo es analizar la utilidad real de la cognición social en la comprensión global de la esquizofrenia. Al investigar sobre este tema, destacan dos situaciones con cierta claridad. Por un lado, existe un optimismo basado en que la cognición social puede ser un área de investigación importante. Este optimismo se fundamenta en sus diferentes modelos explicativos y su relación con las manifestaciones de la esquizofrenia, así como en las diversas aplicaciones que se pueden concebir, desde la detección precoz de la psicosis hasta terapias alternativas. Por otro lado, la heterogeneidad y contradicción de ciertos resultados, junto con la variedad de métodos de evaluación, nos obligan a ser más cautelosos al respecto. El consenso actual a nivel internacional sobre la cognición en la esquizofrenia y la determinación de los aspectos clave de la cognición social fueron puntos cruciales que impulsaron este proyecto, nacido en la intersección de estas dos posturas aparentemente opuestas.

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de la investigación se centra en la cognición, por lo que muchas hipótesis sobre la cognición social se basan en datos obtenidos de estos estudios. Una pregunta inicial se refería a las alteraciones de la cognición social en individuos que experimentan un primer episodio psicótico, y compararlos con individuos que padecen esquizofrenia, con el fin de obtener un perfil inicial de estas alteraciones. Aunque existen investigaciones al respecto que se abordarán más adelante en la discusión, estas tienden a contar con un número reducido de participantes.

Otro punto relevante que motivó este trabajo es comprender cómo se relaciona la cognición social con los síntomas negativos. Estos síntomas son especialmente difíciles de comprender en la esquizofrenia y presentan explicaciones etiopatogénicas muy diversas. Si bien la asociación entre la cognición social y los síntomas negativos es ampliamente aceptada en el ámbito académico, esta asociación se ha demostrado principalmente de forma general, sin un análisis detallado de los diferentes dominios de la cognición social. Un interés específico es utilizar tanto herramientas de evaluación general de la cognición social como herramientas específicas de dominios para responder a la pregunta de cómo se establece esa asociación. ¿Es una asociación general o existen dominios específicos que están asociados? Y si hay algún dominio específicamente asociado, ¿es el procesamiento emocional, el conocimiento social, la percepción social, el sesgo atribucional o la teoría de la mente el que más contribuye?

Además, si bien la asociación con los síntomas negativos es ampliamente consensuada, me interesa poder comparar cómo se relacionan las alteraciones de la cognición social con los síntomas positivos, ya que la investigación al respecto no es tan clara y la metodología de los artículos varía, lo que dificulta establecer una homogeneidad de resultados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir y comparar las alteraciones en la cognición social en individuos con Esquizofrenia y primeros episodios psicóticos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Evidenciar las alteraciones de la cognición social características en individuos con Esquizofrenia y su comparación con individuos que han presentado un primer episodio psicótico agudo no afectivo y afectivo

¿Cómo es el perfil de alteración de la cognición social en individuos con esquizofrenia comparados con individuos con un primer episodio psicótico?

2) Estudiar la relación de la alteración de la cognición social con la presencia y gravedad de los síntomas de la Esquizofrenia

¿Existe una relación entre las alteraciones de la cognición social y los síntomas negativos?

¿Esta relación es una correlación negativa o positiva?

¿Existe alguna relación entre las alteraciones de la cognición social y los síntomas positivos y de psicopatología general?

3) Estudiar la relación de la alteración de la cognición social con la presencia y gravedad de los síntomas en individuos que han presentado un primer episodio psicótico agudo no afectivo y afectivo

¿La alteración de la cognición social tiene características particulares?

¿Existe una relación entre las alteraciones de la cognición social y los síntomas negativos?

¿Esta relación es una correlación negativa o positiva?

¿Existe alguna relación entre las alteraciones de la cognición social y los síntomas positivos y de psicopatología general?

HIPÓTESIS

La cognición social presenta alteraciones características en fases tempranas y se correlaciona con la presencia y gravedad de los síntomas negativos en individuos con esquizofrenia.

Las alteraciones de la cognición social desempeñan un papel importante en la valoración clínica y caracterización fenotípica de los individuos con esquizofrenia, en asociación con los síntomas positivos en su dimensión psicótica y desorganización y los síntomas negativos clásicamente descritos. Estas alteraciones cognitivas, específicamente en la cognición social, son relevantes para comprender la enfermedad y evaluar su manifestación en etapas tempranas, especialmente en individuos vulnerables al desarrollo de la esquizofrenia, como aquellos que experimentan primeros episodios psicóticos.

Asimismo, analizar la relación entre la alteración de la cognición social y los síntomas negativos y positivos proporciona un enfoque psicopatológico más completo. Se espera que los resultados de la investigación revelen que las alteraciones de la cognición social son más pronunciadas y presentan un perfil distintivo en los individuos con esquizofrenia. Se anticipa observar una correlación negativa entre la gravedad de los síntomas negativos y las alteraciones de la cognición social, mientras que no se espera una relación con los síntomas positivos y la psicopatología general.

En resumen, se reconoce la importancia de las alteraciones de la cognición social en la esquizofrenia y su relación con los diferentes síntomas. El estudio tiene como objetivo proporcionar información sobre la magnitud y las características específicas de estas alteraciones, así como su conexión con la gravedad de los síntomas negativos, lo que contribuirá a una mejor comprensión y abordaje de la enfermedad.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico. Se utilizaron como muestra 2 grupos poblaciones. El primero constó de individuos con diagnóstico de Esquizofrenia con un tiempo mayor a 1 año, de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5 (DSM-5). El segundo, constó de individuos con un planteo de primer episodio psicótico Agudo No Afectivo o Afectivo en los últimos 6 meses de acuerdo a los criterios del DSM-5 de los siguientes diagnósticos (Trastorno Psicótico Breve, Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Psicótico Compartido, Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias, Trastorno Psicótico no Especificado, Episodio Maníaco con Síntomas Psicóticos, Episodio Mixto con Síntomas Psicóticos, Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Psicóticos)^{98,99,100,101,102}.

Los participantes de los dos grupos mencionados fueron individuos en seguimiento en las Unidades Docentes Asistenciales de la Unidad Académica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (Hospital de Clínicas, Hospital Maciel, Hospital Pasteur, Hospital Vilardebó), realizando las evaluaciones del 1/5/2021 al 31/12/2022.

Método de Selección: no se realizó un método específico de selección o conformación de la muestra, todos los individuos que asistían de forma regular en las policlínicas mencionadas fueron contactados de forma presencial en su consulta programada.

Criterios de Exclusión: Discapacidad Intelectual, Trastorno por Consumo de Sustancias Grave (Presencia de 6 o más síntomas de acuerdo a DSM 5 que no se encontraban en remisión inicial o continuada), Enfermedades Neurológicas del Sistema Nervioso Central, Negativa a participar de la Investigación.

VARIABLES

En la descripción global de los grupos se valoraron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de diagnóstico, escolaridad, tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico, rehabilitación psicosocial^{103,104,105}. Se utilizaron una serie de herramientas y escalas de evaluación para analizar los síntomas clínicos globales y la cognición social.

Escalas de Evaluación de la Esquizofrenia

Escala de Síntomas Positivos y Negativos: En ambos grupos se realizó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS)¹⁰⁶, validada al idioma castellano¹⁰⁷ para valorar la severidad clínica. La elección de dicha escala se debió a que es la más utilizada en las investigaciones para evaluar de manera global individuos con Esquizofrenia. Esta escala de evaluación consta de 3 dominios distintos, los síntomas positivos (delirios, desorganización conceptual, alucinaciones, excitación, grandiosidad, suspicacia, hostilidad), los síntomas negativos (embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, pensamiento abstracto, fluidez de la conversación, pensamiento estereotipado) y la psicopatología general (preocupación somática, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismo, depresión, enlentecimiento motor, falta de colaboración, pensamientos inusuales, desorientación, atención deficiente, ausencia de insight, trastornos de la volición, control deficiente de los impulsos, ensimismamiento, evitación social activa). Cada ítem tiene una puntuación de 1 al 7 (1 Ausente, 2 Mínimo, 3 Leve, 4 Moderado, 5 Moderadamente grave, 6 Grave, 7 Extremo) con un detalle específico en cada síntoma. La realización de la valoración clínica objetiva fue realizada por el mismo profesional en todos los casos mediante una entrevista clínica semi estructurada.

Escalas de Evaluación de la Cognición Social

En ambos grupos se utilizaron herramientas de evaluación de la cognición social de valoración general (Hinting Task)¹⁰⁸ validado al idioma castellano¹⁰⁹ y de subdominio de teoría de la mente (RMET) validado al idioma castellano¹¹⁰. La elección de dichas escalas se debió a que presentan estudios de validación al idioma castellano y han demostrado una sensibilidad adecuada en la evaluación de la cognición social. Los dos instrumentos de evaluación de la cognición social se especificaron como variables cualitativas ordinales.

Hinting Task: El Hinting Task consta de diez historias breves, las cuales pueden ser leídas por el evaluador las veces que sean necesarias para evitar interferencia de alteraciones mnésicas o de comprensión. Todas las historias constan de una situación en donde interactúan dos personajes y al final uno de ellos expresa una indirecta que debe ser comprendida en el contexto y no interpretada de forma concreta. Al final de cada historia se le pregunta al participante qué ha querido decir realmente el personaje con el comentario realizado, si responde correctamente se otorgan 2 puntos; si no, se otorga más información que facilita la comprensión de la indirecta. Si el participante responde correctamente en esta segunda instancia recibe 1 punto, si responde de forma incorrecta recibe 0 puntos. La puntuación total es de 20 puntos.

Reading the Mind in the Eyes Test: El RMET mide la capacidad de comprender los estados mentales de los demás a partir de las expresiones faciales centradas en la región ocular. Los participantes observan 36 fotos con 4 posibles opciones de respuesta cada una que expresan distintas emociones o sentimientos y deben elegir la palabra que describe de forma más precisa la emoción o sentimiento que se retrata. Cada respuesta correcta es 1 punto, cada respuesta incorrecta es 0 punto, con un rango de 0 a 36 puntos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Operacionalización según su función

VARIABLES INDEPENDIENTES: Las variables independientes que se utilizaron se dividen en primer lugar en sociodemográficas que incluyen a la edad, sexo y escolaridad. Luego se establecen las variables referentes al tratamiento, las cuales son rehabilitación, rehabilitación actual, psicoterapia, psicoterapia actual.

VARIABLES DEPENDIENTES: Las variables dependientes son aquellas variables clínicas de valoración de la psicosis como el PANSS negativo, PANSS positivo, PANSS general, y las variables de valoración de la cognición social RMET y Hinting Task.

VARIABLES INTERVINIENTES: Las variables intervinientes son los diagnósticos realizados.

Operacionalización según su valor

VARIABLES CUANTITATIVAS: Las variables cuantitativas son la edad en años y la evolución del trastorno en meses. Para comparar estas variables se realizó el test de T para muestras independientes.

VARIABLES CUALITATIVAS NOMINALES: Las variables cualitativas nominales son el sexo (0=hombre, 1=mujer), rehabilitación (0=No, 1=Sí), rehabilitación actual (0=No, 1=Sí), psicoterapia (0=No, 1=Sí), psicoterapia actual (0=No, 1=Sí). Para comparar estas variables se realizó prueba chi cuadrado (con corrección de Yates cuando al menos uno de los valores de la tabla de contingencia es menor a 5).

VARIABLES CUALITATIVAS ORDINALES: Las variables cualitativas ordinales son la escolaridad (1=primaria incompleta; 2=primaria completa; 3=secundaria incompleta; 4=secundaria completa; 5=terciaria incompleta; 6=terciaria completa), PANSS negativo (7 a 48 puntos), PANSS positivo (7 a 48 puntos), PANSS psicopatología general (16 a 112 puntos) RMET (0 a 36 puntos), Hinting Task (0 a 20 puntos). Para comparar estas variables se realizó el test de T para muestras independientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Si bien las variables RMET, Hinting Task, PANSS negativo, PANSS positivo y PANSS general son cualitativas ordinales, se realizó una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para evaluar su distribución y determinar si pueden ser tratadas como variables cuantitativas, lo cual permitiría utilizar el coeficiente de correlación de Pearson.

El resultado del test de normalidad Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de las variables dió los siguientes resultados (ver Tabla 1) RMET (0,089, $p=0,521$), Hinting Task (0,135, $p=0,099$), PANSS negativo (0,083, $p=0,612$), PANSS positivo (0,125, $p=0,154$), PANSS general (0,142, $p=0,072$).

Tabla 1. Test de Normalidad		
Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov		
Variable	Kolmogorov-Smirnov	Valor p
PANSS negativo	0,083	0,612
PANSS positivo	0,125	0,154
PANSS general	0,142	0,072
Hinting Task	0,135	0,099
RMET	0,089	0,521

Se muestra el resultado del Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov con el valor p asociado de las variables dependientes: Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en sus dominios negativo, positivo y general; Hinting Task y Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)

Al no rechazar la hipótesis nula (la muestra sigue una distribución normal) en los test de normalidad, se pasó a analizar la dependencia lineal entre las 5 variables mencionadas con una consideración particular en la relación entre los resultados de la cognición social (RMET y Hinting Task) y la valoración clínica (PANSS negativo, PANSS positivo, PANSS general) se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

El coeficiente de correlación de Pearson es un test paramétrico que permite comparar dos variables cuantitativas. Se eligió como test analítico debido a su utilidad cuando se desea determinar si existe una relación entre dos conjuntos de datos y cuán estrechamente están relacionados. El coeficiente de correlación de Pearson varía entre -1 y 1. Un valor de 1 indica una correlación positiva perfecta, -1 indica una correlación negativa perfecta y 0 indica una ausencia de correlación. Está diseñado para detectar relaciones lineales entre variables.

Posteriormente se realizó una regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas para evaluar la influencia de las variables predictoras como la edad, la evolución, el sexo, la escolaridad, la participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual. Para dicha realización se utilizó como variable dependiente el RMET o el Hinting Task; como covariables o variables independiente el PANSS

negativo, la edad, la evolución y la escolaridad y como factores el sexo, la participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual.

Para evaluar la significancia global del modelo se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) como forma de determinar si el modelo en su conjunto es estadísticamente significativo. El ANOVA evalúa la contribución conjunta de todas las variables predictoras en la explicación de la variabilidad de la variable dependiente (RMET o Hinting Task). Esto es particularmente útil cuando se trata de entender cómo las variables predictoras interactúan entre sí y su impacto conjunto en la variable de interés.

El procesamiento estadístico se realizó con el programa JASP (versión 0.16.4). Se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando el valor de $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS PARTICULARES

Comité de Ética

Es importante mencionar que los participantes fueron considerados como población vulnerable y los datos obtenidos como datos sensibles. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética para Proyectos de Investigación de Facultad de Medicina, Comité de Ética de la Investigación del Hospital Pasteur y Comité de Ética de la Investigación del Hospital Maciel.

Beneficios

La importancia de la participación radica en el beneficio social que puede determinar la comprensión de cómo se manifiesta este trastorno mental y eventualmente poder desarrollar tratamientos más precisos y adecuados, teniendo especial importancia las intervenciones tempranas en psicosis.

No se realizaron compensaciones económicas por la participación de dicha investigación.

Riesgos

Los riesgos fundamentales de la investigación se pueden resumir en tres puntos:

Población vulnerable: la población objetivo puede ser considerada vulnerable, fundamentalmente debido a la competencia en cuanto a la toma de decisiones. En este caso es relevante debido a la necesidad de brindar un consentimiento válido para participar de la investigación. Considerando este punto es importante mencionar que el investigador responsable es médico especialista en Psiquiatría y fue el encargado en recabar el consentimiento. De esta manera, fue posible evaluar si debido a alteraciones agudas o a trastornos cognitivos crónicos no existía la competencia para tomar la decisión de participar en la investigación. En esa situación la persona fue excluida de la investigación.

Utilización de Datos Sensibles: los datos obtenidos fueron considerados datos sensibles por lo cual se tomaron medidas para asegurar la confidencialidad y la privacidad. Los datos obtenidos fueron utilizados únicamente para la investigación y el registro quedó anonimizado no disociado. El registro y almacenamiento de los datos quedó a cargo del Dr. Sebastián Lema.

Asistencia Clínica: Dado que la población objetivo es una muestra de conveniencia de asistencia en las Unidades Docentes Asistenciales de la Unidad Académica de Psiquiatría de Facultad de Medicina se tomó especial precaución para evitar confusiones por parte de los sujetos en cuanto a la diferencia entre la asistencia clínica y la investigación, remarcando que la participación era voluntaria y garantizando que la no participación no implicaba perjuicios, asegurándose la asistencia de la misma forma en que se venía realizando.

RESULTADOS

1) Evidenciar las alteraciones de la cognición social características en individuos con Esquizofrenia y su comparación con individuos que han presentado un primer episodio psicótico agudo no afectivo y afectivo

Durante el desarrollo de la investigación, se contó con la participación de un total de 91 individuos. De este grupo inicial, se logró obtener datos completos y precisos de 79 participantes, quienes se comprometieron en su totalidad con el proceso de evaluación.

Dentro de esta muestra, 63 individuos presentaban diagnóstico de Esquizofrenia, lo que representa un porcentaje significativo de los participantes. Estos individuos demostraron una variabilidad en la gravedad y en la duración de los síntomas, lo que permitió abordar diversas perspectivas en relación con la enfermedad.

Adicionalmente, se observó la presencia de un grupo más reducido de 16 individuos que formaban parte del grupo de primer episodio psicótico. Estos participantes habían experimentado recientemente un episodio psicótico por primera vez. Su inclusión en el estudio resultó crucial para entender y explorar los factores desencadenantes y las características distintivas de esta etapa inicial de la psicosis.

La composición de los dos grupos proporcionó una base para el análisis comparativo y el examen detallado de los diversos aspectos relacionados con la esquizofrenia y el primer episodio psicótico.

Como era comprensible e inherente a los dos grupos, la edad de los individuos con Esquizofrenia fue mayor ($40,95 \pm 13,21$ años), considerando a su vez que la mayoría presentaba una evolución de más de 10 años desde el diagnóstico ($172,43 \pm 113,4$ meses). A su vez, como era un criterio de inclusión que la remisión del PEP debía ser menor a 6 meses, es entendible que la edad de presentación de los individuos de este grupo se enmarcará dentro del rango típico de presentación de estos episodios ($24,3 \pm 7,06$). (ver Tabla 2)

En cuanto al sexo, no se observaron diferencias significativas con una distribución bastante proporcional en cada grupo con 32 mujeres y 31 hombres en el grupo de Esquizofrenia y 6 mujeres y 10 hombres en el grupo de PEP. (ver Tabla 2)

En cuanto a la escolaridad la gran mayoría de los participantes se encontraban dentro de los grupos de primaria completa y secundaria incompleta, siendo un rasgo característico de la población que se asiste en las policlínicas de las distintas Unidades Docentes Asistenciales de la Facultad de Medicina. Presentando en menor medida individuos en los extremos de primaria incompleta por un lado, y secundaria completa y estudios terciarios por otro. En la comparación de ambos grupos se observa que el grupo de PEP presenta un mayor grado de escolaridad de forma significativa.

Considerando la heterogeneidad diagnóstica del grupo PEP, se menciona que 7 individuos presentaron el diagnóstico de Trastorno Psicótico Breve, 6 de Trastorno Esquizofreniforme y 3 de Trastorno Psicótico inducido por Sustancias.

Variable	Esquizofrenia	Primer Episodio Psicótico	Comparación Estadística valor p*
Edad (años)	40,95 ± 13,21	24,3 ± 7,06	<0,001
Evolución (meses)	172,43 ± 113,4	3,5 ± 2,34	<0,001
Sexo	Mujeres (32 - 50,8%) Hombres (31 - 49,2%)	Mujeres (6 - 37,5%) Hombres (10 - 62,5%)	0,341
Escolaridad	primaria incompleta (3 - 4,8%) primaria completa (23 - 36,5%) secundaria incompleta (28 - 44,4%) secundaria completa (4 - 6,4%) terciaria incompleta (2 - 3%) terciaria completa (3 - 4,8%)	primaria incompleta (0 - 0%) primaria completa (3 - 18,8%) secundaria incompleta (6 - 37,5%) secundaria completa (4 - 25%) terciaria incompleta (3 - 18,8%) terciaria completa (0 - 0%)	0,019
Diagnóstico	Esquizofrenia (63 - 100%)	Trastorno Psicótico Breve (7 - 43,75%) Trastorno Esquizofreniforme (6 - 37,5%) Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias (3 - 18,75%)	

Se muestra la media y el desvío estandar de las variables sociodemograficas edad, evolución, sexo, diagnóstico, con el valor p de su comparación estadística
**se realizó test de T para muestras independientes o chi cuadrado (con corrección de Yates cuando correspondía) según las variables utilizadas*

Teniendo en cuenta las intervenciones psicosociales, era esperable encontrar una menor participación en centros de rehabilitación en los individuos con un PEP, debido a que en los primeros 6 meses luego de un PEP el abordaje psicosocial está mucho más centrado en la psicoeducación y en la incorporación de la experiencia vivida, debido a la presencia de perplejidad e inefabilidad al respecto. Igualmente se considera relativamente baja la cantidad de individuos con Esquizofrenia que se encontraban realizando algún tipo de rehabilitación psicosocial (14 se encontraban realizando durante la investigación y 23 la realizaron en alguna oportunidad). Por otra parte, sólo un individuo del grupo de PEP se encontraba realizando rehabilitación durante la investigación (ver Tabla 3).

Continuando con las intervenciones psicosociales, y como reflejo de la limitación del acceso a la psicoterapia individual, particularmente en el sector público del sistema de salud, la cantidad de individuos que se encontraban realizando o habían realizado psicoterapia en alguna oportunidad fue bajo. 12 individuos del grupo de Esquizofrenia realizaron en alguna oportunidad psicoterapia, mientras que 4 la realizaban durante la investigación, mientras que únicamente 2 individuos del grupo PEP se encontraban en esta modalidad (ver Tabla 3).

Tabla 3. Variables Terapéuticas de los 2 grupos y comparación estadística			
Variable	Esquizofrenia	Primer Episodio Psicótico	Comparación Estadística valor p*
Rehabilitación	Si (23 - 36,5%) No (40 - 63,5%)	Si (1 - 6,5%) No (15 - 93,5%)	0,041
Rehabilitación Actual	Si (14 - 22,2%) No (49 - 77,8%)	Si (1 - 6,5%) No (15 - 93,5%)	0,272
Psicoterapia	Si (12 - 19,1%) No (51 - 80,9%)	Si (2 - 12,5%) No (14 - 87,5%)	0,805
Psicoterapia Actual	Si (4 - 6,3%) No (59 - 93,7%)	Si (2 - 12,5%) No (14 - 87,5%)	0,763

Se muestra la media y el desvío estándar de las variables terapéuticas rehabilitación, rehabilitación actual, psicoterapia, psicoterapia actual, con el valor p de su comparación estadística
**se realizó test de T para muestras independientes o chi cuadrado (con corrección de Yates cuando correspondía) según las variables utilizadas*

Aunque ambos grupos de participantes estaban experimentando una remisión parcial o total de los síntomas, aquellos con esquizofrenia presentaban una mayor gravedad en los síntomas, tanto positivos como negativos, así como en la psicopatología general (ver Tabla 4).

En el grupo de esquizofrenia, la puntuación promedio en la escala PANSS para los síntomas positivos fue de $(14,02 \pm 5,28)$, con una variabilidad que oscilaba entre 7 y 29 puntos. Por otro lado, en el grupo de PEP, la puntuación promedio fue de $(10,87 \pm 2,96)$, con una variabilidad de 7 a 17 puntos.

En cuanto a los síntomas negativos, el grupo de esquizofrenia tuvo una puntuación promedio de $(21,16 \pm 6,37)$, con una variabilidad que abarcaba desde 7 hasta 34 puntos. En contraste, en el grupo de PEP, la puntuación promedio fue de $(15,12 \pm 5,91)$, con una variabilidad de 7 a 30 puntos.

Finalmente, en la evaluación de la psicopatología general, el grupo de esquizofrenia obtuvo una puntuación promedio de $30,05 (\pm 9,27)$, con una variabilidad que iba desde 16 hasta 60 puntos. Por su parte, el grupo de PEP tuvo una puntuación promedio de $(22,44 \pm 4,59)$, con una variabilidad de 16 a 31 puntos.

Considerando la heterogeneidad del grupo poblacional de PEP y teniendo en cuenta que no todos los individuos con un PEP desarrollarán esquizofrenia, se planteó la hipótesis de que los resultados en las pruebas de cognición social serían superiores en este grupo. Sin embargo, es importante destacar que, aunque esta hipótesis se confirmó para ambos tests, sólo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el Hinting Task, no así en el RMET.

En el grupo de esquizofrenia, la puntuación media en el Hinting Task fue de (12,49 ± 4,74), con puntuaciones que variaron desde el valor mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 19 puntos. Por otro lado, en el grupo de PEP, como se mencionó anteriormente, se obtuvo un resultado promedio mayor, de (15,56 ± 3,18), con una puntuación mínima más alta de 10 puntos y una puntuación máxima de 20 puntos.

En cuanto al RMET, la puntuación media en el grupo de esquizofrenia fue de (17,33 ± 5,27), con puntuaciones que oscilaron entre 6 y 29 puntos. En contraste, en el grupo de PEP, la puntuación media fue de (19,06 ± 5,07), con puntuaciones que variaron entre 12 y 27 puntos.

Tabla 4. Variables Clínicas de los 2 grupos y comparación estadística			
Variable	Esquizofrenia	Primer Episodio Psicótico	Comparación Estadística valor p*
PANSS negativo	14,02 ± 5,28	10,87 ± 2,96	0,025
PANSS positivo	21,16 ± 6,37	15,12 ± 5,91	0,001
PANSS general	30,05 ± 9,27	22,44 ± 4,59	0,002
Hinting Task	12,49 ± 4,74	15,56 ± 3,18	0,017
RMET	17,33 ± 5,27	19,06 ± 5,07	0,242

Se muestra la media y el desvío estándar de las variables clínica: Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en sus dominios negativo, positivo y general; Hinting Task y Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), con el valor p de su comparación estadística
**se realizó test de T para muestras independientes o chi cuadrado (con corrección de Yates cuando correspondía) según las variables utilizadas*

Con el objetivo de obtener una visión general de las variables principales y examinar sus relaciones, se llevó a cabo un análisis de correlación entre las variables PANSS Positivo, PANSS Negativo, PANSS General, RMET y Hinting Task (ver Tabla 5). En este enfoque inicial, no se tuvo en cuenta la discriminación por grupos poblacionales, ya que se buscaba obtener un panorama general del comportamiento de las variables independientemente del diagnóstico o grupo de análisis.

En este punto, se observaron correlaciones comprensibles y previsibles. Por ejemplo, se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre los síntomas negativos (evaluados a través del PANSS Negativo), los síntomas positivos (evaluados a través del PANSS Positivo) y los síntomas generales (evaluados a través del PANSS Psicopatología General). Esto indica que a medida que aumentan los síntomas negativos, también aumentan los síntomas positivos y los síntomas de psicopatología general. En resumen, todas las medidas de evaluación de la gravedad están relacionadas.

Otra correlación esperable es que ambas medidas de evaluación de la cognición social (RMET y Hinting Task) tienen una correlación positiva estadísticamente significativa (r 0,516; p<0,001).

Esto indica que a medida que se observan mejores resultados con RMET, también se observan en Hinting Task.

Además, en este análisis inicial se destacaron algunas correlaciones que se abordarán en los resultados posteriores. Por ejemplo, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el PANSS Negativo y las medidas de evaluación de la cognición social, tanto Hinting Task ($r = -0,711$; $p < 0,001$), como RMET ($r = -0,644$; $p < 0,001$). Estas correlaciones revelan patrones interesantes que serán analizados con más detalle en los resultados subsiguientes.

Por otro lado, es destacable la correlación entre los síntomas positivos ($r = -0,259$; $p = 0,021$) y de psicopatología general ($r = -0,308$; $p = 0,006$) con el test de Hinting Task, mientras que no se encontró una correlación estadísticamente significativa con el test RMET ($r = -0,055$; $p = 0,628$) ($r = -0,199$; $p = 0,079$). Este aspecto será discutido en detalle más adelante, después de analizar las correlaciones en función de los grupos de estudio.

Tabla 5. Coeficiente de Correlación de Pearson comparando PANSS Positivo, PANSS Negativo, PANSS General, RMET, Hinting Task (sin discriminación de diagnóstico)

	PANSS positivo	PANSS negativo	PANSS General	Hinting Task	RMET
PANSS positivo	-	0,360 ($p = 0,001$)	0,511 ($p < 0,001$)	-0,259 ($p = 0,021$)	-0,055 ($p = 0,628$)
PANSS negativo	0,360 ($p = 0,001$)	-	0,527 ($p < 0,001$)	-0,711 ($p < 0,001$)	-0,644 ($p < 0,001$)
PANSS General	0,511 ($p < 0,001$)	0,527 ($p < 0,001$)	-	-0,308 ($p = 0,006$)	-0,199 ($p = 0,079$)
Hinting Task	-0,259 ($p = 0,021$)	-0,711 ($p < 0,001$)	-0,308 ($p = 0,006$)	-	0,516 ($p < 0,001$)
RMET	-0,055 ($p = 0,628$)	-0,644 ($p < 0,001$)	-0,199 ($p = 0,079$)	0,516 ($p < 0,001$)	-

Se muestran los resultados y (valor p) del coeficiente de correlación de Pearson entre las diferentes variables clínicas dependientes, sin discriminar el diagnóstico (se incluyen individuos con Esquizofrenia y primeros episodios psicóticos). Se muestra una tabla de doble entrada con las variables de Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en sus dominios negativo, positivo y general; Hinting Task y Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)

2) Estudiar la relación de la alteración de la cognición social con la presencia y gravedad de los síntomas de la Esquizofrenia

Centrándose en los resultados obtenidos del grupo de Esquizofrenia se realizó el coeficiente de Correlación de Pearson comparando RMET o Hinting Task con la severidad de los síntomas positivos, negativos y de psicopatología general en Esquizofrenia (ver Tabla 6).

En primer lugar, se procedió al análisis de las correlaciones entre el RMET y los síntomas evaluados mediante la escala PANSS. Los hallazgos revelaron que no existe una correlación significativa entre el RMET y los síntomas positivos de la esquizofrenia ($r = -0,061$; $p = 0,635$). Esto sugiere que la capacidad de reconocer emociones no parece estar relacionada con la gravedad de los síntomas positivos de la enfermedad.

Por otro lado, se encontró una correlación negativa significativa entre el RMET y los síntomas negativos de la esquizofrenia ($r = -0,653$; $p < 0,001$). Esto indica que aquellos individuos con dificultades para reconocer emociones tienden a experimentar una mayor gravedad en los síntomas negativos de la enfermedad.

Al examinar la relación entre el RMET y los síntomas de psicopatología general de la esquizofrenia, no se encontró una correlación significativa ($r = -0,163$; $p = 0,202$). En otras palabras, la capacidad de reconocimiento emocional no parece estar directamente relacionada con los síntomas generales de la enfermedad.

Contemplando ahora el test de Hinting Task, los resultados mostraron que no existe una correlación significativa entre este test y los síntomas positivos de la esquizofrenia ($r = -0,225$; $p = 0,076$). Esto sugiere que la habilidad para interpretar las intenciones de los demás no está vinculada a la gravedad de los síntomas positivos.

Sin embargo, se encontró una correlación negativa significativa entre el Hinting Task y los síntomas negativos de la esquizofrenia ($r = -0,673$; $p < 0,001$). Esto implica que aquellos individuos con dificultades para interpretar las intenciones de los demás tienden a experimentar una mayor gravedad en los síntomas negativos de la enfermedad.

Al analizar la relación entre el Hinting Task y los síntomas de psicopatología general de la esquizofrenia, no se encontró una correlación significativa ($r = -0,233$; $p = 0,066$). En resumen, la capacidad de interpretar intenciones no está directamente relacionada con los síntomas generales de la enfermedad.

Con el fin de presentar estos hallazgos de manera visual, se establecieron gráficos de dispersión que representan la correlación entre los tests de cognición social y los síntomas negativos (ver Figura 1), los síntomas positivos (ver Figura 2) y los síntomas de psicopatología general (ver Figura 3).

Estos resultados nos brindan una visión más completa de la relación entre la cognición social y los síntomas de la esquizofrenia, destacando la importancia de la habilidad para reconocer emociones e interpretar intenciones en los síntomas negativos de la enfermedad.

Tabla 6. Coeficiente de Correlación de Pearson entre RMET y PANSS, Hinting Task y PANSS en Esquizofrenia

Coeficiente de Correlación de Pearson comparando RMET, Hinting Task y severidad de síntomas en Esquizofrenia

Grupo	Evaluación	r	Valor p
RMET	PANSS positivo	-0,061	0,635
	PANSS negativo	-0,653	<0,001
	PANSS general	-0,163	0,202
Hinting Task	PANSS positivo	-0,225	0,076
	PANSS negativo	-0,673	<0,001
	PANSS general	-0,233	0,066

Se muestran los resultados en individuos con Esquizofrenia de la relación entre Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en sus dominios negativo, positivo y general en la primera fila y los resultados de la relación entre Hinting Task y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en sus dominios negativo, positivo y general en la segunda fila. Mostrando el resultado del coeficiente de correlación de Pearson r y el valor p correspondiente.

Figura 1. Gráfico de Correlación en Esquizofrenia (PANSS Negativo)

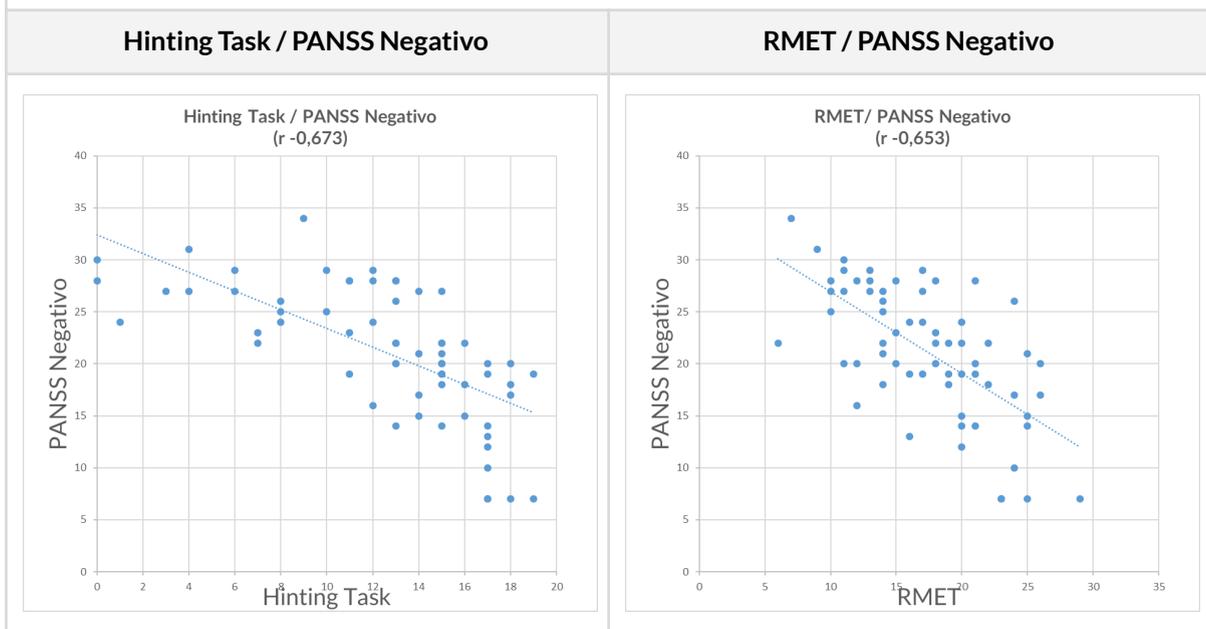


Figura 2. Gráfico de Correlación en Esquizofrenia (PANSS Positivo)

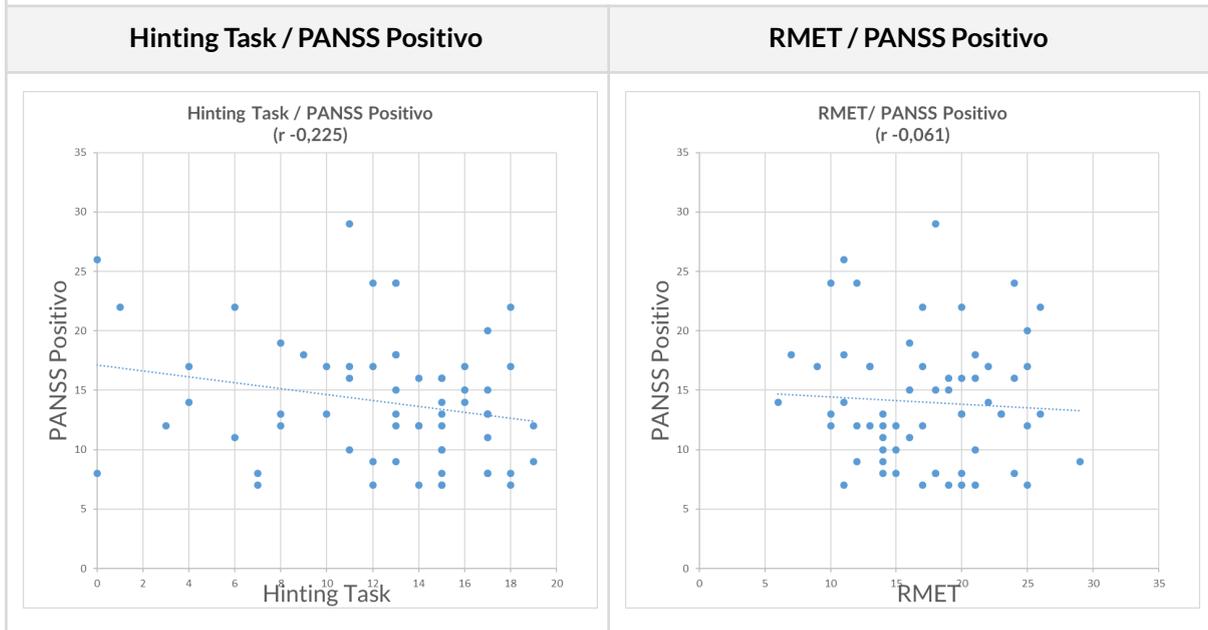
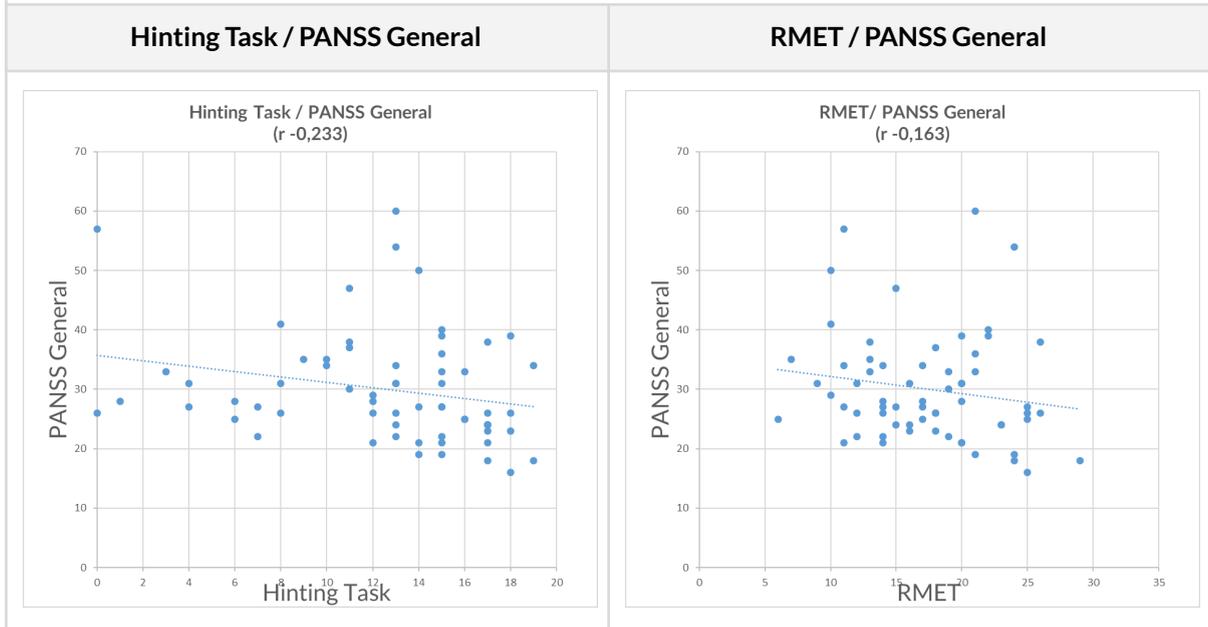


Figura 3. Gráfico de Correlación en Esquizofrenia (PANSS General)



Para evaluar las correlaciones entre el RMET y los síntomas negativos (ver Tabla 7), así como entre el Hinting Task y los síntomas negativos (ver Tabla 8) en pacientes con esquizofrenia, y comprender cómo múltiples variables influyen en esta relación, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas, que incluye tanto variables cuantitativas como cualitativas.

En este análisis se establecieron los test de RMET y Hinting Task como la variable dependiente a predecir en cada caso. Se utilizaron como covariables en ambos modelos al resultado de PANSS negativo, la edad, la evolución y la escolaridad.

Se utilizaron en ambos modelos los factores sexo, participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual, entendiendo que estas variables representan agrupaciones anidadas dentro de un conjunto de datos, que se expresan de forma binaria.

La inclusión de estas variables mixtas en el análisis permitió controlar la influencia de factores como la edad, la duración de la enfermedad, el sexo, la escolaridad, la participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual en la relación entre el RMET, el Hinting Task y los síntomas negativos.

Se utilizó el método de ANOVA para evaluar los predictores en este análisis. El ANOVA nos proporciona información sobre la significancia estadística de las variables predictoras y su relación con los síntomas negativos en la esquizofrenia. Este enfoque metodológico nos permite comprender de manera más precisa y rigurosa la naturaleza de las correlaciones entre las variables de interés y los síntomas negativos en la esquizofrenia, al tener en cuenta posibles factores de confusión.

Tabla 7. Coeficientes RMET y PANSS negativo en Esquizofrenia						
Regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas - (Esquizofrenia - RMET)						
Modelo		Sin estandarizar	Error estándar	Estandarizado	t	p
H ₀	(intercept)	17,333	0,665		26,075	<0,001
H ₁	(intercept)	28,964	3,306		8,762	<0,001
	PANSS negativo	-0,561	0,102	-0,677	-5,505	<0,001
	Edad	0,0045	0,059	0,001	0,008	0,994
	Evolución	-0,0001	0,008	-0,002	0,015	0,988
	Escolaridad	0,061	0,566	0,013	0,109	0,914
	Sexo (1)	-0,240	1,196		-0,201	0,842
	Rehabilitación (1)	1,049	1,658		0,62	0,530
	Rehabilitación Actual (1)	-1,600	1,964		-0,815	0,419
	Psicoterapia (1)	1,966	1,687		1,166	0,249
	Psicoterapia Actual (1)	-4,060	2,731		-1,487	0,143
ANOVA - (Esquizofrenia - RMET)						
Modelo		Suma de Cuadrados	df	Media de Suma de Cuadrados	F	p
H ₁	Regression	800,359	9	88,929	5,092	<0,001

Se muestra la regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas en Esquizofrenia, realizada para controlar la influencia de las variables predictoras en el resultado de Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), utilizando como variable dependiente el Reading the Mind in the Eyes Test (RMET); como covariables: Edad, Evolución y Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) dominio negativo; como factores: Sexo (1=femenino), Escolaridad (1=primaria incompleta; 2=primaria completa; 3=secundaria incompleta; 4=secundaria completa; 5=terciaria incompleta; 6=terciaria completa), participación en programas de rehabilitación (1=si), rehabilitación actual (1=si), psicoterapia (1=si) y psicoterapia actual (1=si). Luego se muestra el modelo ANOVA para evaluar los predictores de forma global.

En este análisis, se mantiene una asociación negativa entre el RMET y los síntomas negativos en individuos con esquizofrenia, después de ajustar los efectos de variables como la edad, la evolución, el sexo, la escolaridad, la participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual.

Considerando el resultado de ANOVA el estadístico F fue lo suficientemente grande (F=5,092) y la diferencia es estadísticamente significativa (p <0,001), indicando que el modelo en su conjunto es significativo y que al menos una de las variables predictoras tiene un efecto significativo sobre la variable de respuesta (RMET).

Esta asociación negativa implica que a medida que se observa un incremento en la gravedad de los síntomas negativos de la Esquizofrenia, la capacidad de reconocimiento de emociones (evaluada mediante el RMET) disminuye. Es decir, aquellos individuos con mayores dificultades para reconocer emociones tienden a experimentar una mayor presencia de síntomas negativos.

Al controlar las variables mencionadas, se busca que los resultados obtenidos reflejen específicamente la relación entre la capacidad de reconocimiento de emociones y los síntomas negativos de la esquizofrenia. En este caso, los síntomas negativos (variable independiente) son los únicos que tienen un efecto estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en el resultado de RMET (variable dependiente). Las demás variables no presentan una relación significativa con el resultado de RMET.

En resumen, al valorar todas las variables predictoras se sigue manteniendo la relación negativa entre el resultado de RMET y los síntomas negativos, no encontrándose otra variable que explique el resultado de RMET.

Esto permite tener una comprensión más precisa de la importancia de la habilidad para reconocer emociones en la manifestación de los síntomas negativos.

Tabla 8. Coeficientes Hinting Task y PANSS negativo en Esquizofrenia						
Regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas - (Esquizofrenia - Hinting Task)						
Modelo		Sin estandarizar	Error estándar	Estandarizado	t	p
H ₀	(intercept)	12,492	0,598		20,883	<0,001
H ₁	(intercept)	24,840	2,755		9,017	<0,001
	PANSS negativo	-0,565	0,085	-0,758	-6,656	<0,001
	Edad	0,072	0,049	0,200	1,469	0,148
	Evolución	-0,007	0,006	-0,162	-1,082	0,284
	Escolaridad	-0,805	0,472	-0,182	-1,707	0,094
	Sexo (1)	0,830	0,997		0,833	0,409
	Rehabilitación (1)	-0,868	1,382		-0,628	0,533
	Rehabilitación Actual (1)	-0,514	1,637		-0,314	0,755
	Psicoterapia (1)	1,377	1,405		0,980	0,332
	Psicoterapia Actual (1)	-2,559	2,276		-1,125	0,266
ANOVA - (Esquizofrenia - Hinting Task)						
Modelo		Suma de Cuadrados	df	Media de Suma de Cuadrados	F	p
H ₁	Regression	754,894	9	83,877	6,915	<0,001

Se muestra la regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas en Esquizofrenia, realizada para controlar la influencia de las variables predictoras en el resultado de Hinting Task, utilizando como variable dependiente el Hinting Task); como covariables: Edad, Evolución y Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) dominio negativo; como factores: Sexo (1=femenino), Escolaridad (1=primaria incompleta; 2=primaria completa; 3=secundaria incompleta; 4=secundaria completa; 5=terciaria incompleta; 6=terciaria completa), participación en programas de rehabilitación (1=si), rehabilitación actual (1=si), psicoterapia (1=si) y psicoterapia actual (1=si). Luego se muestra el modelo ANOVA para evaluar los predictores.

En este análisis, se mantiene una asociación negativa entre el Hinting Task y los síntomas negativos en individuos con esquizofrenia, después de ajustar los efectos de variables como la edad, la evolución, el sexo, la escolaridad, la participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual.

Considerando el resultado de ANOVA el estadístico F fue lo suficientemente grande (F=6,915) y la diferencia es estadísticamente significativa (p <0,001), indicando que el modelo en su conjunto es significativo y que al menos una de las variables predictoras tiene un efecto significativo sobre la variable de respuesta (Hinting Task).

Esta asociación negativa implica que a medida que se observa un incremento en la gravedad de los síntomas negativos de la Esquizofrenia, la capacidad de interpretar intenciones (evaluada mediante el Hinting Task) disminuye. Es decir, aquellos individuos con mayores dificultades para interpretar intenciones tienden a experimentar una mayor presencia de síntomas negativos.

Al controlar las variables mencionadas, se busca que los resultados obtenidos reflejen específicamente la relación entre la capacidad de interpretar intenciones y los síntomas negativos de la esquizofrenia. En este caso, los síntomas negativos (variable independiente) son los únicos que tienen un efecto estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en el resultado de Hinting Task (variable dependiente). Las demás variables no presentan una relación significativa con el resultado de Hinting Task.

En resumen, al valorar todas las variables predictoras se sigue manteniendo la relación negativa entre el resultado de Hinting Task y los síntomas negativos, no encontrándose otra variable que explique el resultado de Hinting Task.

Esto permite tener una comprensión más precisa de la importancia de la habilidad para interpretar intenciones en la manifestación de los síntomas negativos.

3) Estudiar la relación de la alteración de la cognición social con la presencia y gravedad de los síntomas en individuos que han presentado un primer episodio psicótico agudo no afectivo y afectivo

Haciendo referencia a los resultados obtenidos en el grupo de PEP se realizó el coeficiente de Correlación de Pearson comparando RMET o Hinting Task con la severidad de los síntomas positivos, negativos y de psicopatología general en individuos con un PEP (ver Tabla 9).

En primer lugar, al examinar la relación entre RMET y los síntomas positivos en el grupo de PEP, no se encuentra una correlación significativa ($r = 0,267$; $p = 0,318$). Esto indica que la capacidad de reconocer emociones no parece estar directamente relacionada con la gravedad de los síntomas positivos en este grupo.

Sin embargo, cuando analizamos la relación entre el RMET y los síntomas negativos, encontramos una correlación negativa estadísticamente significativa ($r = -0,608$; $p = 0,012$). Esto significa que a medida que la capacidad para reconocer emociones disminuye, se observa un aumento en la gravedad de los síntomas negativos en los individuos de este grupo. En otras palabras, aquellos individuos con dificultades para interpretar las emociones tienden a experimentar una mayor presencia de síntomas negativos.

Al considerar los síntomas de psicopatología general, no encontramos una correlación significativa entre el RMET y los síntomas de psicopatología general en el grupo de PEP ($r = -0,213$; $p = 0,427$). Por lo tanto, la capacidad de reconocimiento emocional no parece estar directamente relacionada con los síntomas de psicopatología general en este grupo.

Considerando, por otra parte, el Hinting Task y su relación con los síntomas de la escala PANSS en el grupo de PEP. Al evaluar la asociación entre el Hinting Task y los síntomas positivos, no encontramos una correlación significativa ($r = 0,008$; $p = 0,977$). Esto sugiere que la habilidad para interpretar las intenciones de los demás no está vinculada a la gravedad de los síntomas positivos en este grupo.

En contraste, descubrimos una correlación negativa estadísticamente significativa entre el Hinting Task y los síntomas negativos en el grupo de PEP ($r = -0,787$; $p < 0,001$). Esto indica que aquellos con mayores dificultades para interpretar las intenciones de los demás tienden a experimentar una mayor presencia de síntomas negativos.

Al examinar los síntomas de psicopatología general, no encontramos una correlación significativa entre el Hinting Task y los síntomas de psicopatología general en el grupo de PEP ($r = -0,337$; $p = 0,201$).

Para visualizar de manera más clara estos hallazgos, se establecieron gráficos de dispersión que representan la correlación entre los tests de cognición social y los síntomas negativos (ver Figura 4), los síntomas positivos (ver Figura 5) y los síntomas de psicopatología general (ver Figura 6).

Estos resultados nos brindan una perspectiva más completa de la relación entre la cognición social y la sintomatología en el grupo de PEP, resaltando la importancia de la capacidad de reconocimiento emocional e interpretación de intenciones en la manifestación de los síntomas negativos.

Tabla 9. Coeficiente de Correlación de Pearson entre RMET y PANSS, Hinting Task y PANSS en Primeros Episodios Psicóticos			
Coeficiente de Correlación de Pearson comparando RMET, Hinting Task y severidad de síntomas en Primeros Episodios Psicóticos			
Grupo	Evaluación	r	p
RMET	PANSS positivo	0,267	0,318
	PANSS negativo	-0,608	0,012
	PANSS general	-0,213	0,427
Hinting Task	PANSS positivo	0,008	0,977
	PANSS negativo	-0,787	<0,001
	PANSS general	-0,337	0,201

Se muestran los resultados en individuos con un primer episodio psicótico de la relación entre Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en sus dominios negativo, positivo y general en la primera fila y los resultados de la relación entre Hinting Task y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en sus dominios negativo, positivo y general en la segunda fila. Mostrando el resultado del coeficiente de correlación de Pearson r y el valor p correspondiente.

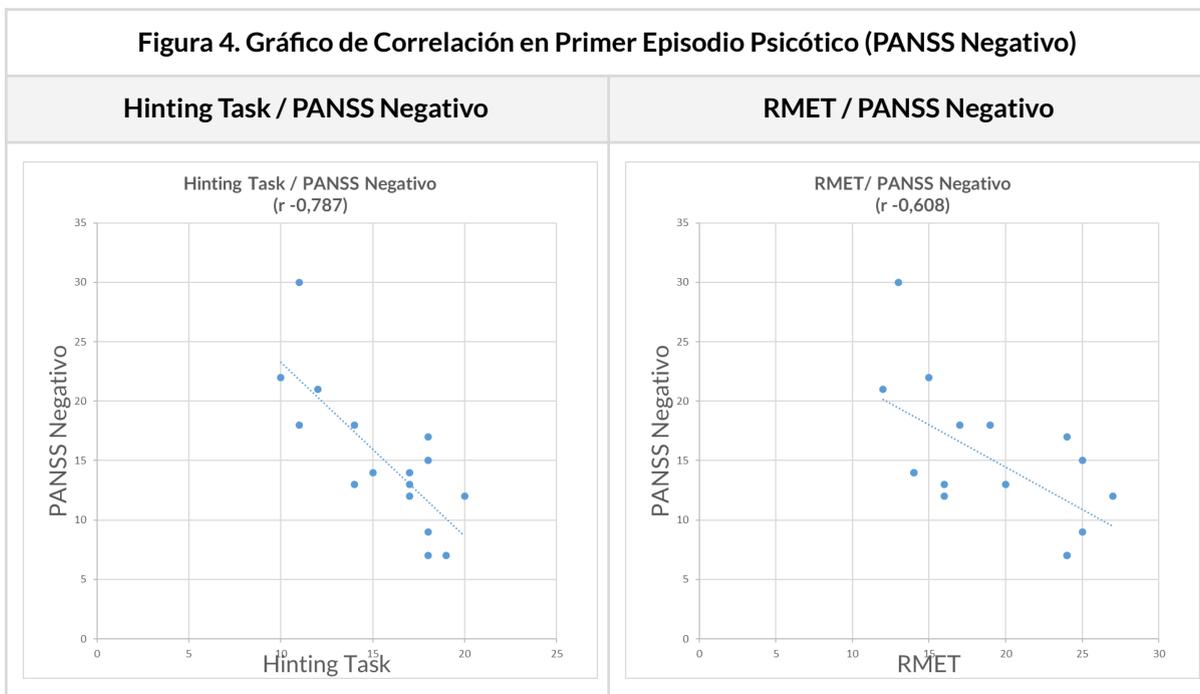


Figura 5. Gráfico de Correlación en Primer Episodio Psicótico (PANSS Positivo)

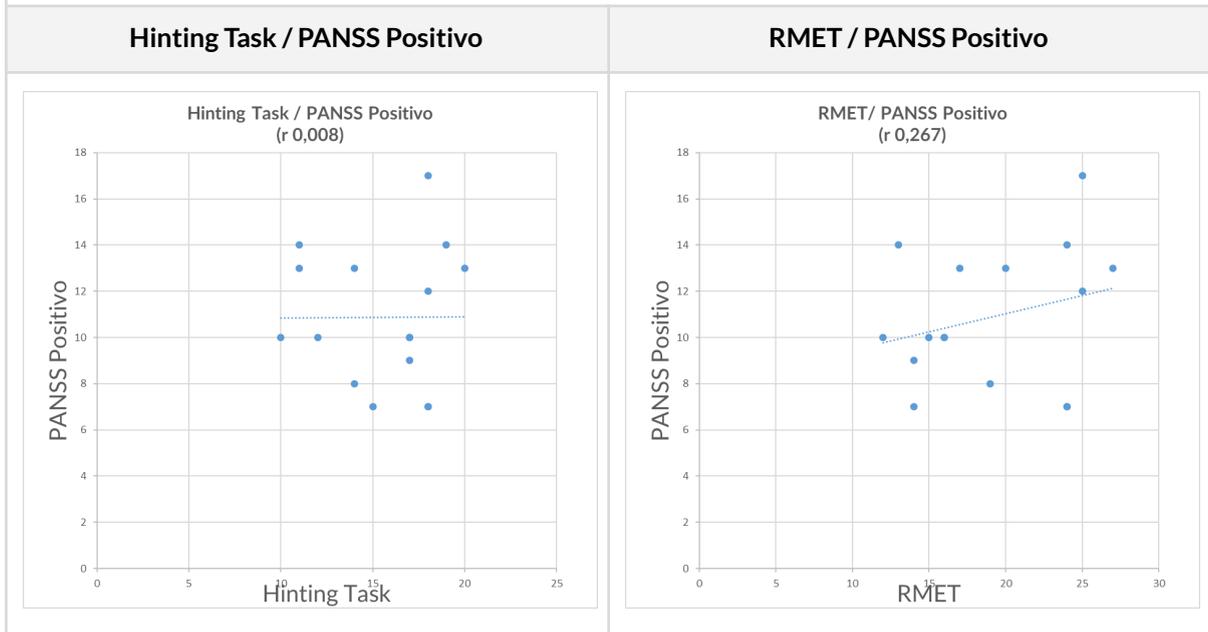
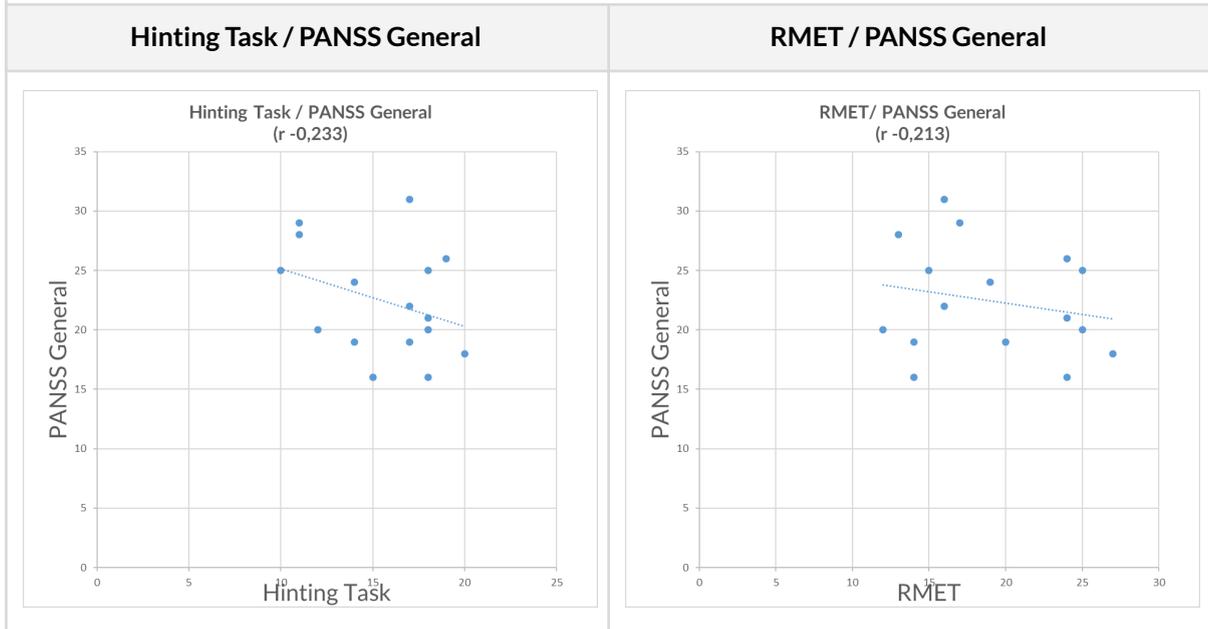


Figura 6. Gráfico de Correlación en Primer Episodio Psicótico (PANSS General)



Al igual que se realizó previamente con el grupo de Esquizofrenia, Para evaluar las correlaciones entre el RMET y los síntomas negativos (ver Tabla 10), así como entre el Hinting Task y los síntomas negativos (ver Tabla 11) en pacientes con un PEP, y comprender cómo múltiples variables influyen en esta relación, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas, que incluye tanto variables cuantitativas como cualitativas.

En este análisis se establecieron los test de RMET y Hinting Task como la variable dependiente a predecir en cada caso. Se utilizaron como covariables en ambos modelos al resultado de PANSS negativo, la edad, la evolución y la escolaridad.

Se utilizaron en ambos modelos los factores sexo, participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual, entendiendo que estas variables representan agrupaciones anidadas dentro de un conjunto de datos, que se expresan de forma binaria.

La inclusión de estas variables mixtas en el análisis permitió controlar la influencia de factores como la edad, la duración de la enfermedad, el sexo, la escolaridad, la participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual en la relación entre el RMET, el Hinting Task y los síntomas negativos.

Se utilizó el método de ANOVA para evaluar los predictores en este análisis. El ANOVA nos proporciona información sobre la significancia estadística de las variables predictoras y su relación con los síntomas negativos en la esquizofrenia. Este enfoque metodológico nos permite comprender de manera más precisa y rigurosa la naturaleza de las correlaciones entre las variables de interés y los síntomas negativos en el primer episodio psicótico, al tener en cuenta posibles factores de confusión.

Tabla 10. Coeficientes RMET y PANSS negativo en PEP

Regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas - (PEP - RMET)						
Modelo		Sin estandarizar	Error estándar	Estandarizado	t	p
H ₀	(intercept)	19,063	1,266		15,052	<0,001
H ₁	(intercept)	27,263	7,378		3,288	0,011
	PANSS negativo	-0,506	0,264	-0,590	-1,917	0,091
	Edad	-0,088	0,202	-0,123	-0,436	0,674
	Evolución	-0,351	0,725	-0,162	-0,485	0,641
	Escolaridad	2,029	1,493	0,413	1,359	0,211
	Sexo (1)	-2,824	3,415		-0,827	0,432
	Rehabilitación (1)	-0,980	5,276		-0,186	0,857
	Rehabilitación Actual (1)	-0,980	5,276		-0,186	0,857
	Psicoterapia (1)	-0,191	4,560		-0,042	0,968
	Psicoterapia Actual (1)	-0,191	4,560		-0,042	0,968
ANOVA - (PEP - RMET)						
Modelo		Suma de Cuadrados	df	Media de Suma de Cuadrados	F	p
H ₁	Regression	142,429	7	71,215	3,818	0,048

Se muestra la regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas en primer episodio psicótico realizada para controlar la influencia de las variables predictoras en el resultado de Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), utilizando como variable dependiente el Reading the Mind in the Eyes Test (RMET); como covariables: Edad, Evolución y Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) dominio negativo; como factores: Sexo (1=femenino), Escolaridad (1=primaria incompleta; 2=primaria completa; 3=secundaria incompleta; 4=secundaria completa; 5=terciaria incompleta; 6=terciaria completa), participación en programas de rehabilitación (1=si), rehabilitación actual (1=si), psicoterapia (1=si) y psicoterapia actual (1=si). Luego se muestra el modelo ANOVA para evaluar los predictores.

En este análisis, si bien se observa que, en conjunto, las variables (síntomas negativos, edad, evolución, sexo, escolaridad, participación en programas de rehabilitación, rehabilitación actual, psicoterapia y psicoterapia actual) tienen un efecto significativo en el resultado de RMET; ninguna variable de forma independiente mostro un valor de p significativo (p=0,038). Por ende, ninguna variable por sí sola explica el resultado de la variable dependiente de manera significativa.

Considerando el resultado de ANOVA el estadístico F fue lo suficientemente grande (F=3,818) y la diferencia es estadísticamente significativa (p =0,048), indicando que el modelo en su conjunto es significativo y tiene un efecto sobre la variable de respuesta (RMET).

Este punto es relevante a la hora de considerar la relación entre la gravedad de los síntomas negativos de la Esquizofrenia y la capacidad de reconocer emociones (evaluada mediante el RMET). Ya que cuando se analizan las variables independientes de forma separada, si bien los síntomas negativos no demostraron una significación estadística ($p=0,091$), se observa cierta tendencia.

Es importante destacar que la regresión lineal múltiple permite identificar el efecto conjunto de las variables y cómo interactúan entre sí para explicar la variable dependiente. Esto significa que aunque síntomas negativos pueden no ser significativos por sí solos, su inclusión en el modelo junto con otras variables puede tener un impacto relevante en la relación con la variable dependiente.

Esto permite tener una comprensión más precisa de la importancia de la capacidad de reconocer emociones en la manifestación de los síntomas negativos.

Tabla 11. Coeficientes Hinting Task y PANSS negativo en PEP						
Regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas (PEP - Hinting Task)						
Modelo		Sin estandarizar	Error estándar	Estandarizado	t	p
H ₀	(intercept)	15,563	0,796		19,559	<0,001
H ₁	(intercept)	17,569	2,562		6,857	<0,001
	PANSS negativo	-0,349	0,092	-0,648	-3,804	0,005
	Edad	0,110	0,070	0,244	1,565	0,156
	Evolución	-0,332	0,238	-0,244	-1,391	0,213
	Escolaridad	0,546	0,519	0,177	1,053	0,323
	Sexo (1)	-1,156	1,186		-0,974	0,358
	Rehabilitación (1)	-3,154	1,832		-1,998	0,093
	Rehabilitación Actual (1)	-3,154	1,832		-1,998	0,093
	Psicoterapia (1)	2,381	1,584		1,503	0,171
	Psicoterapia Actual (1)	2,381	1,584		1,503	0,171
ANOVA - (PEP - Hinting Task)						
Modelo		Suma de Cuadrados	df	Media de Suma de Cuadrados	F	p
H ₁	Regression	128,764	7	18,393	6,347	0,009

Se muestra la regresión lineal múltiple con variables predictoras mixtas en primer episodio psicótico realizada para controlar la influencia de las variables predictoras en el resultado de Hinting Task, utilizando como variable dependiente el Hinting Task; como covariables: Edad, Evolución y Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) dominio negativo; como factores: Sexo (1=femenino), Escolaridad (1=primaria incompleta; 2=primaria completa; 3=secundaria incompleta; 4=secundaria completa; 5=terciaria incompleta; 6=terciaria completa), participación en programas de rehabilitación (1=si), rehabilitación actual (1=si), psicoterapia (1=si) y psicoterapia actual (1=si). Luego se muestra el modelo ANOVA para evaluar los predictores

En este análisis, se mantiene una asociación negativa entre el Hinting Task y los síntomas negativos en individuos con un PEP, después de ajustar los efectos de variables como la edad, la evolución, el sexo, la escolaridad, la participación en programas de rehabilitación, la rehabilitación actual, la psicoterapia y la psicoterapia actual.

Considerando el resultado de ANOVA el estadístico F fue lo suficientemente grande ($F=6,347$) y la diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,009$), indicando que el modelo en su conjunto es significativo y que al menos una de las variables predictoras tiene un efecto significativo sobre la variable de respuesta (Hinting Task).

Esta asociación negativa implica que a medida que se observa un incremento en la gravedad de los síntomas negativos en el PEP, la capacidad de interpretar intenciones (evaluada mediante el Hinting Task) disminuye. Es decir, aquellos individuos con mayores dificultades para interpretar intenciones tienden a experimentar una mayor presencia de síntomas negativos.

Al controlar las variables mencionadas, se busca que los resultados obtenidos reflejen específicamente la relación entre la capacidad de interpretar intenciones y los síntomas negativos de la esquizofrenia. En este caso, los síntomas negativos (variable independiente) son los únicos que tienen un efecto estadísticamente significativo ($p = 0,005$) en el resultado de Hinting Task (variable dependiente). Las demás variables no presentan una relación significativa con el resultado de Hinting Task.

En resumen, al valorar todas las variables predictoras se sigue manteniendo la relación negativa entre el resultado de Hinting Task y los síntomas negativos, no encontrándose otra variable que explique el resultado de Hinting Task.

Esto permite tener una comprensión más precisa de la importancia de la habilidad para interpretar intenciones en la manifestación de los síntomas negativos.

DISCUSIÓN

1) Evidenciar las alteraciones de la cognición social características en individuos con esquizofrenia y su comparación con individuos que han presentado un primer episodio psicótico agudo no afectivo y afectivo

Al comparar ambas muestras era esperable, en ciertas variables, la diferencia estadísticamente significativa. En primer lugar la edad de presentación del primer episodio psicótico es concordante con series internacionales en donde se plantea un rango entre 20 a 30 años (edades con un rango menor en varones con un inicio a los 15 años y edades con un rango mayor en mujeres con un rango hasta los 35 años)¹¹¹. La media hallada en la edad de presentación de un primer episodio psicótico (24,3 años) es sumamente importante en cuanto a la consideración del tipo de intervenciones a realizar y el impacto de estos eventos que implican en la vida y el funcionamiento de los individuos. Es crucial tener en cuenta que, dado el momento de aparición, es común que las personas se encuentren en etapas clave de su vida, como la educación formal o los primeros años de la actividad laboral. Por lo tanto, las intervenciones deben ser diseñadas de manera que permitan a los individuos mantener estas actividades y evitar limitaciones que puedan afectar su progreso a largo plazo, como interrupciones en los estudios o pérdida de empleo. Es fundamental considerar esta perspectiva para garantizar un abordaje integral que favorezca la continuidad en el desarrollo personal y profesional.

A su vez, la edad de inicio es un factor pronóstico negativo con respecto al desarrollo de la enfermedad, no tanto por una presentación clínica específica sino por las dificultades en crear una red de soporte social integral (habitualmente entre los 15 y 25 años se definen eventos significativos en la vida de las personas en lo que respecta a vínculos significativos, perspectiva académica, desarrollo laboral)^{112,113}. Por dicha razón, es relevante considerar que los hallazgos son concordantes con estudios internacionales y que las estrategias en estos pacientes, considerando su franja etaria, podrían ser aplicadas.

Otra consideración con respecto a la edad, es poder realizar una traspolación con respecto al promedio de edad de inicio en el grupo de Esquizofrenia. Considerando que la edad media del grupo con Esquizofrenia es de (40,95 años) y la evolución (hace cuanto tiempo se hizo el diagnóstico) es de (172,43 meses o 14,37 años), se puede inferir que aproximadamente la edad en que se realizó el diagnóstico de Esquizofrenia en esa muestra es en promedio (26,58 años), no siendo tan distinta a la edad que presentaban los individuos con un primer episodio psicótico, y siendo una edad de inicio habitual de este trastorno.

A su vez, es comprensible la diferencia en la evolución, ya que los individuos del grupo de PEP tenían como criterio de inclusión haberlo presentado hace menos de 6 meses. Un punto relevante en cuanto a la evolución, que excede el diseño de esta investigación y que sería adecuado en una investigación longitudinal, es poder evaluar de forma adecuada cómo es el desarrollo de los síntomas negativos y la cognición social a medida que progresa la enfermedad. Ya se mencionó en la introducción que los conocimientos actuales se inclinan a

considerar que las alteraciones de la cognición social son mantenidas en el tiempo, sin embargo la evolución de los síntomas negativos es heterogénea con una variabilidad interindividual considerable que dificultan su predicción^{114,115}, por esta razón, investigaciones que permitan comparar y analizar la asociación entre las variables de la cognición social y los síntomas negativos a través de la evolución de la enfermedad en individuos que reciben un abordaje específico serían sumamente enriquecedoras.

En cuanto a la educación, se observa una diferencia significativa, con mayor nivel de escolaridad en los individuos que presentaron un PEP. Es importante reflexionar sobre el momento en que estas manifestaciones psicóticas se presentaron en su vida, ya que, como se ha descrito previamente, el inicio temprano de los síntomas puede tener un impacto significativo en el pronóstico, dado que a menudo se produce una interrupción en el desarrollo académico. Sin embargo, al discutir la edad de inicio en los individuos con esquizofrenia, no se observa una diferencia notable que pueda explicar la disparidad en los niveles de escolaridad. Una posible hipótesis es que el inicio del trastorno en los individuos con Esquizofrenia ocurrió aproximadamente hace 15 años, y es probable que el perfil académico de la población atendida en ese momento fuera diferente.

En lo que respecta a los tratamientos psicosociales empleados en el estudio, se encontró una diferencia significativa únicamente en la aplicación de la rehabilitación psicosocial. Este hallazgo es consistente al considerar el contexto posterior a la manifestación del PEP, donde se busca enfocar el abordaje psicosocial en la implementación de una psicoeducación individualizada y una psicoterapia orientada a proporcionar apoyo y comprensión de la experiencia vivida.

La psicoeducación individualizada desempeña un papel crucial en la etapa posterior al PEP, ya que tiene como objetivo brindar información clara y comprensible sobre la enfermedad, su curso y las opciones de tratamiento disponibles. Esto permite comprender mejor la naturaleza de la enfermedad, así como las estrategias de afrontamiento y manejo que pueden adoptar.

Sin embargo, es importante destacar que en este estudio no se encontraron diferencias significativas en la aplicación de la psicoterapia, lo cual puede deberse a diversos factores, como la disponibilidad de recursos o las preferencias individuales de los pacientes. Es posible que, en el contexto de este estudio, la atención se haya centrado principalmente en la psicoeducación individualizada, mientras que la psicoterapia pudo haber sido abordada de manera más diversa en función de las necesidades específicas de cada participante.

No obstante, es de suma importancia resaltar que una vez que se ha establecido el diagnóstico de Esquizofrenia, la rehabilitación psicosocial emerge como uno de los pilares fundamentales en el abordaje terapéutico a largo plazo. Esta modalidad de tratamiento se enfoca en ayudar a los individuos a recuperar y desarrollar habilidades sociales, laborales y educativas, así como a fomentar su autonomía y mejorar su calidad de vida.

La rehabilitación psicosocial se basa en un enfoque integral que busca fortalecer las capacidades funcionales de los pacientes, promoviendo su participación activa en la comunidad y en diferentes ámbitos de su vida. Este enfoque terapéutico reconoce que la Esquizofrenia

puede tener un impacto significativo en la vida de las personas, dificultando su desempeño en roles sociales, educativos y laborales. Por lo tanto, la rehabilitación psicosocial se propone ayudar a los individuos a superar estas limitaciones y lograr una reintegración exitosa en la sociedad.

La gravedad de la sintomatología merece una consideración especial. Los pacientes que cursan un episodio psicótico agudo habitualmente tienen una persistencia de síntomas positivos de la dimensión psicótica y desorganización elevada. Sin embargo, la evaluación se realizó luego de la remisión o con una remisión parcial del episodio, por lo cual es comprensible que en las tres dimensiones sintomáticas exista una diferencia significativa con una gravedad mayor en individuos con Esquizofrenia de los síntomas positivos, negativos y de psicopatología general¹¹⁶.

A su vez, es concordante con la respuesta clínica inicial a los tratamientos farmacológicos e intervenciones psicosociales iniciales, en donde la mayoría de los síntomas positivos se presentan en las primeras semanas de iniciado el episodio psicótico¹¹⁷. Claramente, puede existir un sesgo de selección en este punto, debido a que los individuos con un PEP incluidos en la investigación presentaban una remisión parcial o completa de los síntomas, sin embargo, individuos en donde la evolución clínica presentó complejidad o refractariedad al tratamiento no participaban de la investigación por no encontrarse en una situación clínica que permitiera realizar las evaluaciones correspondientes. En definitiva, existe la posibilidad que individuos con una presentación clínica de mayor gravedad o refractariedad no cumplieran los criterios para participar de la investigación, ya sea por persistencia de sintomatología positiva, específicamente ideación delirante con convicción, extensión, presión y respuesta afectiva o presentaran fenómenos relacionados a la alteración de conciencia.

Con respecto a la diferencia en la evaluación de la cognición social, es pertinente destacar que se observaron resultados divergentes en los dos tests realizados. En el Hinting Task, se encontró una diferencia significativa, siendo el desempeño de los pacientes con un PEP significativamente mayor en comparación con los individuos con Esquizofrenia. Esto sugiere que los individuos con PEP presentan una menor alteración en la cognición social en comparación con aquellos con diagnóstico de Esquizofrenia.

Sin embargo, en el caso del test RMET, aunque se obtuvo un resultado ligeramente superior en los pacientes con PEP, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Es importante destacar que el Hinting Task se utiliza como una medida más global de la cognición social, ya que implica la capacidad de abstracción y resolución de problemas en diferentes dominios, como la percepción social, el conocimiento social y el estilo atribucional. Por otro lado, el RMET se enfoca de manera más específica en la teoría de la mente o mentalización, así como en menor medida en el procesamiento emocional.

Estos hallazgos resaltan la importancia de utilizar diferentes pruebas para evaluar la cognición social, ya que cada una puede proporcionar información relevante sobre aspectos específicos de esta función cognitiva. Además, evidencian la necesidad de considerar la especificidad de los dominios evaluados por cada test al interpretar los resultados. Si bien el Hinting Task mostró una diferencia significativa, sugiriendo un mejor desempeño en la cognición social en el grupo

de PEP, el resultado no fue respaldado de manera consistente por el RMET, que se enfoca en un dominio más específico.

Una hipótesis que puede surgir, es que la diferencia significativamente estadística en la cognición social entre los individuos con Esquizofrenia y PEP evidenciada en el Hinting Task responde a una alteración global de la cognición social, involucrando fundamentalmente las dimensiones de procesamiento emocional, conocimiento social y estilo atribucional. Sin embargo, cuando se evalúan aisladamente la teoría de la mente y el procesamiento emocional, la diferencia no es estadísticamente significativa. Planteado de otra forma, en la Esquizofrenia existe una mayor alteración de la cognición social en lo que respecta a interpretación de situaciones complejas, mensajes indirectos o contradictorios, sin embargo no se presenta una mayor alteración en comparación en cuanto a la valoración de los estados emocionales de otros individuos, específicamente a través de observar caras y gestos. Simplificando, cuando se analiza el dominio de la mentalización y el procesamiento emocional, el grado de alteración en un individuo con Esquizofrenia y otro con un PEP no difiere. Pero un individuo con un PEP presenta una menor alteración del procesamiento emocional, conocimiento social y estilo atribucional en comparación con un individuo con Esquizofrenia. Este punto es sumamente relevante analizar en investigaciones con muestras poblacionales mayores.

Por último, cabe mencionar, la diferencia del número de individuos entre los dos grupos a comparar, 63 individuos forman parte del grupo de Esquizofrenia y 16 individuos forman parte del grupo de primer episodio psicótico. Esta situación era esperable y fue planteada al inicio de la investigación, si bien permite su comparación, es evidente que los datos de la investigación se verían favorecidos con grupos compuestos por más individuos, principalmente del grupo de primer episodio psicótico.

2) Estudiar la relación de la alteración de la cognición social con la presencia y gravedad de los síntomas negativos de la Esquizofrenia

En primer lugar se debe hacer referencia a que se evidencia una correlación negativa significativa entre el resultado de PANSS negativo y las dos escalas de evaluación de la cognición social (tanto de RMET, como Hinting Task), incluso luego de evaluar los efectos de variables como la edad, la evolución, el sexo, la escolaridad, la participación en programas de rehabilitación y psicoterapia.

Por lo tanto, cuanto mayor gravedad de los síntomas negativos se espera una alteración mayor de la cognición social. Si bien se requieren estudios longitudinales para comprender mejor esta relación, estos resultados están concordancia con la hipótesis de que los síntomas negativos en psicosis podrían ser el resultado en la “vida real” o “evidenciable” de alteraciones de la cognición social y fundamentalmente la asocialidad deberse psicopatológicamente a esta alteración¹¹⁸.

Los síntomas negativos son los principales determinantes del pronóstico de los individuos con Esquizofrenia, y si bien existen investigaciones farmacológicas y psicosociales en donde se puede evidenciar cierta eficacia de determinadas intervenciones^{119,120}, al momento actual no existe un tratamiento que genere un impacto relevante en esta dimensión del trastorno, como sí existen para los síntomas positivos. Esto implica un problema persistente en el sistema de salud y en la búsqueda de intervenciones de rehabilitación, reintegración y resocialización.

Un paso sumamente relevante en este proceso es poder comprender los procesos psicopatológicos y neurobiológicos de los síntomas negativos para en primera instancia, poder conceptualizarlos de una forma más adecuada. Los síntomas negativos, como la anhedonia, han sido objeto de avances significativos en su estudio^{121,122}. Sin embargo, aún queda mucho por explorar en relación a los síntomas negativos, especialmente en lo que respecta a la asociabilidad y su relación con la cognición social.

Es comprensible plantear la hipótesis de que las alteraciones en la cognición social, específicamente las dificultades en comprender los estados emocionales de otras personas, inferir sus intenciones y contextualizar las situaciones puedan ser el origen psicopatológico de la asocialidad y otros síntomas negativos. Esto podría cambiar el foco de la investigación y en vez de abordar los síntomas negativos como una diana terapéutica, desarrollar intervenciones que tengan un impacto en las funciones y dimensiones de la cognición social. En este punto, hay investigaciones que evalúan la posibilidad de desarrollar la cognición social con diferentes estrategias, partiendo de la base que son funciones cognitivas que pueden ser “mejoradas” o entrenadas^{123,124}.

Considerando los puntos mencionados es sumamente importante investigar sobre los procesos psicopatológicos y neurobiológicos que determinan en primera instancia las alteraciones de la cognición social^{125,126}. Ya se mencionó previamente lo importante que sería para la comprensión global, investigaciones que analicen esta correlación en el proceso evolutivo y observar cómo se asocian las distintas variables con especial consideración de la dimensión de los síntomas negativos y la cognición social a lo largo del proceso evolutivo.

Otro resultado que cabe mencionar, es que no existe relación significativa entre el resultado de PANSS positivo y PANSS general y las dos escalas de evaluación de la Cognición Social (ya sea RMET o Hinting Task), lo cual es consistente con la bibliografía^{127,128} y aleja la hipótesis psicopatológica de que los síntomas positivos, particularmente la ideación delirante pueda ser el resultado de la alteración de la cognición social. Sin embargo este punto amerita una discusión mayor. Es claramente evidenciable la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el resultado del RMET y el PANSS positivo (-0,061; $p=0,635$). Sin embargo, el resultado del Hinting Task y el PANSS positivo muestra cierta tendencia a evidenciar una relación (-0,225; $p=0,076$), si bien formalmente no es significativa.

Considerando este punto, se reitera que el Hinting Task se utiliza como elemento de valoración general de la cognición social con mayor especificidad para la percepción social, conocimiento social y estilo atribucional, mientras el RMET presenta mayor particularidad para el dominio de teoría de la mente y el procesamiento emocional. De esta manera, de existir una relación entre los síntomas positivos y la cognición social, esta no se justificaría en una alteración del dominio de teoría de la mente o procesamiento emocional, sino que podría estar asociado al conocimiento social, percepción social o estilo atribucional. Por ende la relación entre los síntomas positivos estaría principalmente asociada a la interpretación de situaciones complejas, mensajes indirectos o contradictorios, no asociándose a la valoración de los estados emocionales de otros individuos, específicamente a través de observar caras y gestos.

Las publicaciones en lo que respecta a los síntomas positivos y la cognición social, son heterogéneos en su diseño y resultados, no presentando un número de participantes considerablemente mayor al evaluado en este estudio. Por ejemplo, en Francia se realizó un estudio con 70 participantes¹²⁹ y en Dinamarca con 59 participantes¹³⁰. En este punto se reitera la necesidad de realizar investigaciones con un número mayor de participantes y considerar las escalas y test a realizar en lo que respecta a la cognición social, buscando utilizar una gama de pruebas que por un lado permitan tener una valoración global de la cognición social (como en este caso es el Hinting Task) y otras que puedan tener una evaluación específica de subdominios (como en este caso es el RMET).

Por último mencionar que si bien se tomaron datos de la utilización de psicofármacos, considerando que la totalidad de los participantes recibían un tratamiento antipsicótico y dado la gran variabilidad de las indicaciones, no se entendía adecuado hacer un análisis de esta variable, debiendo plantear investigaciones con un diseño metodológico específico para dicho análisis. Existen investigaciones que analizan los efectos de los antipsicóticos a largo plazo¹³¹, pero debido a la dificultad en realizar estudios longitudinales y a la variabilidad de factores que pueden incidir al respecto, es extremadamente difícil tomar conclusiones adecuadas.

Además, es pertinente resaltar la posibilidad de llevar a cabo investigaciones en individuos con Esquizofrenia que aún no hayan recibido tratamiento farmacológico, lo cual eliminaría una variable importante en la evolución de la enfermedad^{132,133,134}. Este enfoque plantea implicaciones éticas significativas en relación a la realización de estudios experimentales y observacionales en individuos sin acceso a un tratamiento aprobado y eficaz. Como resultado, se han generado debates en la comunidad académica con opiniones divergentes respecto a

este tema. Por un lado, se argumenta que estas investigaciones podrían proporcionar información valiosa sobre la evolución natural de la Esquizofrenia y la efectividad de intervenciones tempranas. Por otro lado, se plantea la preocupación por la ausencia de un tratamiento adecuado para estos individuos y los posibles riesgos que esto conlleva. Es necesario abordar este dilema ético y considerar cuidadosamente los beneficios potenciales y los principios de no maleficencia y justicia al diseñar y llevar a cabo estudios en esta población.

3) Describir el patrón de alteración de la cognición social en individuos que han presentado un primer episodio psicótico agudo no afectivo y afectivo

Al igual que lo que sucede en el grupo de Esquizofrenia, se evidencia una correlación negativa significativa entre el resultado de PANSS negativo y las dos escalas de evaluación de la Cognición Social (tanto de RMET y Hinting Task). Por lo tanto, cuanto mayor gravedad de los síntomas negativos, se espera una alteración mayor de la cognición social. Sin embargo, esta consideración requiere algunas puntualizaciones.

Es importante destacar que al examinar todas las variables (edad, evolución, PANSS negativo, sexo, escolaridad, participación en programas de rehabilitación, rehabilitación actual, y psicoterapia), se observa que en conjunto presentan una relación significativa con los resultados de la prueba RMET. Sin embargo, al analizar los síntomas negativos de forma aislada en la regresión lineal múltiple, no se encontró una asociación significativa. Esto significa que los síntomas negativos por sí solos pueden no tener un efecto notable, pero al considerarlos junto con otras variables, pueden tener un impacto relevante en la relación al resultado de RMET. En otras palabras, la gravedad de los síntomas negativos puede influir en la habilidad para reconocer emociones cuando se tienen en cuenta otros factores en el análisis, no de forma independiente.

Por otro lado, al examinar la relación entre los síntomas negativos y el Hinting Task, se observa una asociación negativa que se mantiene incluso después de considerar los efectos de variables como la edad, la duración de la enfermedad, el sexo, el nivel educativo, la participación en programas de rehabilitación y el uso de psicoterapia. De este modo, la gravedad de los síntomas negativos puede influir en la habilidad para interpretar intenciones de forma independiente.

En este sentido, es relevante considerar en futuras investigaciones si los perfiles de alteración más pronunciada en la cognición social se traducen en un pronóstico desfavorable en relación a la manifestación de síntomas negativos y al desarrollo de Esquizofrenia. Para abordar esta cuestión, sería necesario llevar a cabo estudios longitudinales de mayor duración, que permitan evaluar la evolución a lo largo del tiempo.

Es importante destacar que en este punto se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre los síntomas negativos y la cognición social, independientemente del diagnóstico realizado. Esto implica que la relación negativa entre los síntomas negativos y la cognición social se observa tanto en individuos con trastorno psicótico breve o trastorno esquizofreniforme, como en aquellos diagnosticados con Esquizofrenia.

Estos hallazgos respaldan la importancia de considerar la relación entre los síntomas negativos y la cognición social en el espectro de la psicosis, y sugieren que la alteración de la cognición social puede ser un factor relevante en el desarrollo y la manifestación de los síntomas negativos en diferentes etapas de la enfermedad. Esto tiene implicancias clínicas significativas, ya que enfatiza la necesidad de intervenir tempranamente en la cognición social como parte integral del abordaje terapéutico en individuos con psicosis.

Se mantiene la ausencia de relación significativa entre el resultado de PANSS positivo y PANSS general y las dos escalas de evaluación de la Cognición Social (ya sea RMET o Hinting Task), por lo cual se puede plantear la hipótesis que los síntomas positivos no se asocian a la alteración de la cognición social en los pacientes con un PEP. En este punto se pueden diseñar investigaciones en donde se correlacionen los síntomas positivos con la cognición social durante diferentes momentos de un episodio psicótico, considerando que como ya fue mencionado, los individuos en este grupo se encontraban en remisión parcial o total. Claramente es sumamente difícil plantear test de cognición social durante un episodio psicótico en curso, pero es necesario considerar alternativas y diferentes formas de evaluación.

La importancia de investigar en individuos con un primer Episodio Psicótico es clave por tres elementos sustanciales.

En primer lugar, debido a que es posible encontrar individuos vírgenes de tratamiento psicofarmacológico, descartando una variable que puede llegar a interferir en el resultado (en esta investigación todos los participantes se encontraban recibiendo un psicofármaco, específicamente un antipsicótico)^{135,136}.

En segundo lugar, facilita la realización de estudios longitudinales, permitiendo valorar los elementos pronósticos y su incidencia en el desarrollo de psicosis, así como tratamientos específicos^{137,138,139}.

Por último, los diseños de la investigación colaboran en poder incluir individuos con diferentes diagnósticos y evaluarlos desde perspectivas psicopatológicas¹⁴⁰, neurobiológicas, imagenológicas^{141,142} y genéticas¹⁴³ específicas. Similar a la propuesta de *Research Domain Criteria* (RDoC) realizada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) en donde se busca trascender los criterios diagnósticos de los trastornos mentales fundamentalmente basándose en las dificultades de categorización en situaciones clínicas similares y la alta comorbilidad¹⁴⁴. Incluso hay autores que han propuesto a la cognición social como un dominio específico de RDoC, siendo transversal a diferentes presentaciones clínicas¹⁴⁵. En este sentido, utilizar un espectro amplio de individuos que comparten la presencia de un PEP, independientemente del carácter afectivo o no afectivo de su presentación inicial, recopilar datos clínicos y paraclínicos y observar aquellos que son más útiles para la categorización, pronóstico y evolución permitirá un avance sustancial en esta área de la psiquiatría.

El análisis sindromático de las presentaciones clínicas es una herramienta muy utilizada en la medicina. Esta formación específica y análisis particular, facilita enormemente investigaciones con el perfil mencionado, que en primera instancia buscan ser lo más abarcativas posibles en los que respecta a comprender la heterogeneidad de la presentaciones sindromáticas, en este caso de la psicosis, y posteriormente busca individualizar las presentaciones de acuerdo a los datos obtenidos.

CONCLUSIÓN

La Esquizofrenia es un trastorno mental grave, cuya forma de inicio, evolución y presentación clínica es heterogénea, con una variabilidad interindividual relevante. Poder consignar sus formas de inicio para poder implementar intervenciones específicas y realizar pronósticos adecuados, así como identificar formas fenotípicas particulares es el primer paso para poder desarrollar hipótesis e investigaciones psicopatológicas y etiopatogénicas. En este punto es que la conceptualización clásica de los síntomas positivos en su dimensión psicótica y desorganización y síntomas negativos, fueron un paso esencial para identificar tratamientos más precisos. Al igual que sucede en otros trastornos neuropsiquiátricos, el desarrollo de la investigación ha ido incorporando distintas dimensiones para abordar las diferentes presentaciones clínicas, siendo la cognición de forma general, y la cognición social en forma particular uno de los planteos que más desarrollo han presentado al respecto. De qué forma y en qué momento se presentan estas alteraciones y cómo se vinculan con otras dimensiones sintomáticas permitirán tener una concepción más precisa de las manifestaciones clínicas.

Los resultados de esta investigación permiten realizar algunas conclusiones. En primer lugar, la asociación entre la gravedad de los síntomas negativos y las alteraciones de la cognición social independientemente del diagnóstico, situación evidenciada en otras investigaciones. En segundo lugar, no evidenciando asociación entre los síntomas positivos y de psicopatología general con la cognición social.

La diferenciación significativa entre los dos grupos de la prueba hinting task, de evaluación más global (involucrando fundamentalmente las dimensiones de procesamiento emocional, conocimiento social y estilo atribucional) y la ausencia de diferencia en la prueba RMET, de evaluación más precisa de la mentalización y en menor medida del procesamiento emocional, plantea la hipótesis que las alteraciones de la cognición social, en el primer episodio psicótico, no afecta a todos los dominios por igual. Pudiendo alterar en menor medida el conocimiento social, la percepción social y el estilo atribucional, y en mayor medida la mentalización y el procesamiento emocional, con alteraciones similares a las evidenciadas en la Esquizofrenia.

Considerando los resultados, es importante recalcar la necesidad de una evaluación global de los individuos, no solo en el ámbito de investigación, sino asistencial, ya que las evaluaciones realizadas permiten una comprensión individualizada del trastorno y colaboran a desarrollar consideraciones integrales del funcionamiento general de estos pacientes. Si bien la realización de los test y los estudios psicométricos implican un tiempo mayor al habitual de la asistencia clínica, es posible implementar estas herramientas en ámbitos específicos. Presentando como objetivo final poder realizar diagnósticos con subtipificaciones o fenotipos distintos, intervenciones más precisas y pronósticos más adecuados.

Es de suma relevancia comprender que la investigación de predictores de desarrollo de Esquizofrenia en poblaciones vulnerables debe concebirse como investigaciones longitudinales en donde el tiempo en que los individuos son evaluados, debería ser mayor a 2

años. De esta manera nos permitiría tener información más adecuada para realizar conclusiones sobre predictores.

La hipótesis planteada de que los síntomas negativos son la expresión clínica u observable de las alteraciones de la cognición social, requiere más investigaciones, con una complejidad mayor, pero permiten un desarrollo psicopatológico invaluable en la comprensión de la Esquizofrenia.

Por último, más estudios de investigación, con un mayor número de participantes y preferiblemente con seguimiento evolutivo son necesarios para poder confrontar los resultados planteados en esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Leonel Gomez y Sandra Romano por el acompañamiento y la tutoría.

A Frank Lozano, Virginia Iroldi, Agustín García, Bethania Beyhaut, Ilana Goldman, Mikael Cabarro, Luciana Machin, Vanessa Torowsky, Virginia Maset, Ana Etchandy, Manuel Teles, Ignacio Giaudrone, Katherin Boné, Analía Florio, Lia Escobar, Soledad Gaba, Estefania Galli, Luciana Fariña, Rodrigo Sosa, Rodrigo Rodríguez, Ariel Littera, Julieta Vallego, Joaquín Jaime por el tiempo destinado y la colaboración de la toma de datos.

A Valentina Colistro por la asesoría metodológica.

A la Unidad Académica de Psiquiatría por impulsar y facilitar el desarrollo personal.

A la Unidad Académica de Bioética por la comprensión y el estímulo en las decisiones tomadas.

Al Programa de Investigación Biomédica, Agencia Nacional de Investigación y Escuela de Graduados por la confianza y el apoyo.

Al Centro Interdisciplinario en Cognición para la Enseñanza y el Aprendizaje por la formación y la fuente de inspiración.

Agradezco especialmente a mi familia, la que me tocó y la que armé, por la paciencia y el apoyo incondicional. Particularmente a Malvi y Tita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet*. 2022;399(10323):473-486.
2. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “Just the Facts”: What we know in 2008. Part 1: Overview. *Schizophr Res*. 2008;100(1-3):4-19.
3. Silva Ibarra H, Kraepelin y la Demencia Precoz. Silva Ibarra H. *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM 5*. Ed: Mediterraneo. 2014. 25-32
4. Silva Ibarra H. Bleuler y la Esquizofrenia. Silva Ibarra H. *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM 5*. Ed: Mediterraneo. 2014. 33-44
5. Silva Ibarra H, Schneider y los Síntomas de Primer Orden. Silva Ibarra H. *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM 5*. Ed: Mediterraneo. 2014. 81-94
6. Jimeno B. N. Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2019;57(1):34-42.
7. Roche E, Creed L, Macmahon D, Brennan D, Clarke M. The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophr Bull*. 2015;41(4):951-62.
8. Zipursky RB, Odejayi G, Agid O, Remington G. You say “schizophrenia” and I say “psychosis”: Just tell me when I can come off this medication. *Schizophrenia Research*. 2020:1-8
9. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature*. 2010;468(7321):187-93.
10. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “Just the Facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res*. 2008;102(1-3):1-18.
11. Barlati S, Minelli A, Ceraso A, Nibbio G, Carvalho Silva R, Deste G, Turrina C, Vita A. Social Cognition in a Research Domain Criteria Perspective: A Bridge Between Schizophrenia and Autism Spectra Disorders. *Front Psychiatry*. 2020;11:806.
12. Bernardo Arroyo M, Bioque Alcázar M, Leal Cercos C. Primeros Episodios Psicóticos. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. *Tratado de Psiquiatría*. Ed: Marbán. 2012. 952-962
13. Camarena Gea M, Peña Rotella A, Díaz Quro I, Segarra Echebarría R. Epidemiología, Estabilidad Diagnóstica e impacto socio-sanitario de los Primeros Episodios Psicóticos. Segarra R. *Abordaje Integral de las Fases Iniciales de las Psicosis*. 47-60.

14. Heslin M, Lomas B, Lappin JM, Donoghue K, Reininghaus U, Onyejiaka A, Croudace T, Jones PB, Murray RM, Fearon P, Dazzan P, Morgan C, Doody GA. Diagnostic change 10 years after a first episode of psychosis. *Psychol Med.* 2015;45(13):2757-69
15. Balanzá-Martínez V, Tabarés-Seisdedos R. Neurocognición en esquizofrenia. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. *Tratado de Psiquiatría.* Ed: Marbán. 2012:913-925
16. Pelletier-Baldelli A, Holt DJ. At Issue: Are Negative Symptoms Merely the “Real World” Consequences of Deficits in Social Cognition? *Schizophr Bull.* 2019;1-6.
17. Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT, Marder SR. The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin.* 2006;32(2):214-219
18. Mosolov SN, Yaltonskaya PA. Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia. *Front Psychiatry.* 2022;12:766692.
19. Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: New developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry.* 2018;5:664-677.
20. Lacroix LP, Hows ME, Shah AJ, Hagan JJ, Heidbreder CA. Selective antagonism at dopamine D3 receptors enhances monoaminergic and cholinergic neurotransmission in the rat anterior cingulate cortex. *Neuropsychopharmacology.* 2003;28:839-849.
21. Brady RO Jr, Gonsalvez I, Lee I, Öngür D, Seidman LJ, Schmahmann JD, Eack SM, Keshavan MS, Pascual-Leone A, Halko MA. Cerebellar-Prefrontal Network Connectivity and Negative Symptoms in Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2019;176(7):512-520.
22. Radua J, Schmidt A, Borgwardt S, Heinz A, Schlagenhauf F, McGuire P, et al. Ventral striatal activation during reward processing in psychosis: A neurofunctional meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72:1243-1251.
23. Singh T, Kurki MI, Curtis D, Purcell SM, Crooks L, McRae J, et al. Rare loss-of-function variants in SETD1A are associated with schizophrenia and developmental disorders. *Nat Neurosci.* 2016;19:571-577.
24. Singh T, Walters JTR, Johnstone M, Curtis D, Suvisaari J, Torniainen M, et al. The contribution of rare variants to risk of schizophrenia in individuals with and without intellectual disability. *Nat Genet.* 2017;49:1167-1173.
25. Barch DM, Ceaser A. Cognition in schizophrenia: Core psychological and neural mechanisms. *Trends Cogn Sci.* 2012;16(1):27-34.
26. Lee KH, Farrow TFD, Spence SA, Woodruff PWR. Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychol Med.* 2004;34(3):391-400.

27. Green MF. From Social Cognition to Negative Symptoms in Schizophrenia: How Do We Get There From Here? *Schizophr Bull.* 2019;46(2):225–6.
28. Pena-Garijo Josep, Monfort-Escrig Cristina. Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2020;40(137):109-130
29. Allen DN, Strauss GP, Donohue B, van Kammen DP. Factor analytic support for social cognition as a separable cognitive domain in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007;93(1–3):325–33.
30. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull.* 2008;34(6):1211–20.
31. Sachs G, Steger-Wuchse D, Kryspin-Exner I, Gur RC, Katschnig H. Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;68(1):27–35.
32. Edwards J, Jackson HJ, Pattison PE. Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clin Psychol Rev.* 2002;22:789–832.
33. Sergi MJ, Rassovsky Y, Nuechterlein KH, Green MF. Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2006;163:448–454
34. Feyer FK, Andersson S, Büchmann CB, Melle I, Andreassen OA, Vaskinn A. Social Perception Predicts Awareness of Illness in Persons With Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(9):701-705
35. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF, et al. Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients. *Schizophr Res.* 2006;85:84–95
36. Bellack AS, Sayers M, Mueser K, Bennett M. Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1994;103:371–378.
37. Kitoko GMB, Maurage P, Ma Miezi SM, Gillain B, Kiswanga AP, Constant E. Inter-individual variability of social perception and social knowledge impairments among patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2020;290:112951.)
38. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev.* 2001;21:1143–1192) (Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol.* 1999;38:(Pt 2):113–154

39. Combs DR, Penn DL, Wicher M, Waldheter E. The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cogn Neuropsychiatry*. 2007;12(2):128–143.
40. Brüne M. "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull*. 2005;31(1):21-42
41. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(10):620–31.
42. Green MF, Horan WP, Lee J. Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2019;18(2):146–61.
43. Bortolon C, Capdevielle D, Raffard S. Face recognition in schizophrenia disorder: A comprehensive review of behavioral, neuroimaging and neurophysiological studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;53:79-107
44. Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM, et al. Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol. Psychiatry*. 2004;56:301–307
45. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004;72:29–39
46. Vaskinn A, Horan WP. Social Cognition and Schizophrenia: Unresolved Issues and New Challenges in a Maturing Field of Research. *Schizophr Bull*. 2020;46(3):464–470.
47. Zabala A, Sánchez-Torres AM, Balanzá-Martinez V. La cognición como síntoma clave de los primeros episodios psicóticos. Segarra R. *Abordaje Integral de las Fases Iniciales de las Psicosis*. Editorial Panamericana. 2020:111-134
48. Gay O, Plaze M, Oppenheim C, Gaillard R, Olié JP, Krebs MO, et al. Cognitive control deficit in patients with first-episode schizophrenia is associated with complex deviations of early brain development. *J Psychiatry Neurosci*. 2017;42(2):87–94.
49. García Ferrer S, Ruiz Ruiz J, Fuentes Durá I. La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apunt Psicol*. 2006;24(1):137–55.
50. Comparelli A, Corigliano V, De Carolis A, Mancinelli I, Trovini G, Ottavi G, et al. Emotion recognition impairment is present early and is stable throughout the course of schizophrenia. *Schizophr Res* 2013; 143 (1): 65-9
51. Cohen AS, Forbes CB, Mann MC, Blanchard JJ. Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006;81(2–3):227–38.

52. Cohen AS, Mitchell KR, Elvevåg B. What do we really know about blunted vocal affect and alogia? A meta-analysis of objective assessments. *Schizophr Res* . 2014;159(2-3):533-8.
53. Lee TY, Hong S Bin, Shin NY, Kwon JS. Social cognitive functioning in prodromal psychosis: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2015;164(1-3):28-34.
54. Allott KA, Schäfer MR, Thompson A, Nelson B, Bendall S, Bartholomeusz CF, et al. Emotion recognition as a predictor of transition to a psychotic disorder in ultra-high risk participants. *Schizophr Res* 2014;153(1-3):25-31
55. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. *Schizophr Res*. 2004;72(1):41-51.
56. Brüne M, Abdel-Hamid M, Sonntag C, Lehmkämpfer C, Langdon R. Linking social cognition with social interaction: Non-verbal expressivity, social competence and “mentalising” in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Behav Brain Funct*. 2009;5:1-10.
57. Ekstrom T, Maher S, Shinn A, Ongur D, Chen Y. Face identity discrimination in schizophrenia: Impairments to faces with high exposure in society. *Schizophr Res [Internet]*. 2016;171(1-3):237-8.
58. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull*. 2013;39(5):979-92.
59. Spencer KM, Nestor PG, Perlmutter R, Niznikiewicz MA, Klump MC, Frumin M, et al. Neural synchrony indexes disordered perception and cognition in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2004;101(49):17288-93.
60. Tabarés-Seisdedos R, Balanzá-Martínez V. Algo más que las bases biológicas de la cognición. En: Rojo-Rodes E, Tabarés-Seisdedos R. *Manual práctico de cognición en la esquizofrenia y el trastorno bipolar*. Masson; 2007:163-183
61. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*. 1996;153(3):321-30.
62. Fett AKJ, Viechtbauer W, Dominguez M de G, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(3):573-88.
63. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull*. 2006;32(1):44-63.
64. Galderisi S, Rucci P, Mucci A, Rossi A, Rocca P, Bertolino A. Italian Network for Research on Psychoses. The interplay among psychopathology, personal resources, context-related factors and real-life functioning in schizophrenia: stability in relationships after 4 years and

differences in network structure between recovered and non-recovered patients. *World Psychiatry*. 2020;19(1):81-91

65. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophr Res*. 2011;125(2-3):143-51

66. Van Overwalle F. Social cognition and the brain: a meta-analysis. *Hum Brain Mapp*. 2009;30(3):829-58

67. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophr Bull*. 2011;37 Suppl 2(Suppl 2):S41-54

68. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(3):573-88.

69. Horan WP, Green MF, DeGroot M, Fiske A, Helleman G, Kee K, Kern RS, Lee J, Sergi MJ, Subotnik KL, Sugar CA, Ventura J, Nuechterlein KH. Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophr Bull*. 2012;38(4):865-72.

70. Villalta-Gil V, Vilaplana M, Ochoa S, Haro JM, Dolz M, Usall J, Cervilla J; NEDENA Group. Neurocognitive performance and negative symptoms: are they equal in explaining disability in schizophrenia outpatients? *Schizophr Res*. 2006;87(1-3):246-53

71. Sergi MJ, Rassovsky Y, Widmark C, Reist C, Erhart S, Braff DL, et al. Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophr Res*. 2007;90(1-3):316-24.

72. Bell MD, Corbera S, Johannesen JK, Fiszdon JM, Wexler BE. Social cognitive impairments and negative symptoms in schizophrenia: Are there subtypes with distinct functional correlates? *Schizophr Bull*. 2013;39(1):186-96.

73. Pelletier-Baldelli A, Holt DJ. At Issue: Are Negative Symptoms Merely the “Real World” Consequences of Deficits in Social Cognition? *Schizophr Bull*. 2019;1-6.

74. Tarasenko M, Perez VB, Pianka ST, Vinogradov S, Braff DL, Swerdlow NR, et al. Measuring the capacity for auditory system plasticity: An examination of performance gains during initial exposure to auditory-targeted cognitive training in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2016;172(1-3):123-30.

75. Woolverton CB, Bell EK, Moe AM, Harrison-Monroe P, Breitborde NJK. Social cognition and the course of social functioning in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(6):1151-6.

76. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):353-70.
77. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res.* 2004;67(2-3):131-42
78. Mollon J, Reichenberg A. Cognitive development prior to onset of psychosis. *Psychol Med.* 2018;48(3):392-403.
79. Pelizza L, Poletti M, Azzali S, Garlassi S, Scazza I, Paterlini F, et al. Subjective experience of social cognition in adolescents at ultra-high risk of psychosis: findings from a 24-month follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020:1-13
80. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(8):616-22.
81. Pardo V. Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Rev Psiquiatr del Uruguay.* 2007;71(1):83-98.
82. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):305-26.
83. Rocha NB, Campos C, Figueiredo JM, Saraiva S, Almeida C, Moreira C, Pereira G, Telles-Correia D, Roberts D. Social cognition and interaction training for recent-onset schizophrenia: A preliminary randomized trial. *Early Interv Psychiatry.* 2021;15(1):206-212.
84. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(10):921-8.
85. Lencz T, Smith CW, McLaughlin D, Auther A, Nakayama E, Hovey L, et al. Generalized and Specific Neurocognitive Deficits in Prodromal Schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 2006;59(9):863-71.
86. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, et al. Prediction of psychosis. *Br J Psychiatry.* 1998;172(33):14-20.
87. Nahum M, Lee H, Fisher M, Green MF, Hooker CI, Ventura J, Jordan JT, Rose A, Kim SJ, Haut KM, Merzenich MM, Vinogradov S. Online Social Cognition Training in Schizophrenia: A Double-Blind, Randomized, Controlled Multi-Site Clinical Trial. *Schizophr Bull.* 2021;47(1):108-117.

88. Marder SR, Fenton W. Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;72(1):5–9.
89. Gómez-Benito J, Guilera G, Pino Ó, Rojo E, Tabarés-Seisdedos R, Safont G, et al. The screen for cognitive impairment in psychiatry: Diagnostic-specific standardization in psychiatric ill patients. *BMC Psychiatry.* 2013;13
90. Sánchez-Torres AM, Elosúa MR, Lorente-Omeñaca R, Moreno-Izco L, Peralta V, Ventura J, et al. Using the cognitive assessment interview to screen cognitive impairment in psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016;266(7):629–37.
91. Pinkham AE, Harvey PD, Penn DL. Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Final Validation Study. *Schizophr Bull.* 2018;44(4):737–48.
92. Loubat M, Astudillo-Zúñiga A. Revisión sistemática (2010-2017) de los instrumentos de evaluación y programas de rehabilitación de la cognición social utilizados con personas con esquizofrenia. *Ter psicológica.* 2019;37(3):295–316.
93. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *J. Child Psychol. Psychiat.* 2001;42(2):241–251.
94. Baron-Cohen S, O’Riordan M, Jones R, Stone VE, Plaisted K. (1999). A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 1999;29:407-418.
95. Fernández-Abascal EG, Cabello R, Fernández-Berrocal P, Baron-Cohen S. Test-retest reliability of the 'Reading the Mind in the Eyes' test: a one-year follow-up study. *Mol Autism.* 2013;4(1):33
96. Bell M, Milstein R, Beam-Goulet J, Lysaker P, Cicchetti D. The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: Reliability, comparability, and predictive validity. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1992;180(11):723–728
97. Shafer A, Dazzi F. Meta-analytic exploration of the joint factors of the Brief Psychiatric Rating Scale – Expanded (BPRS-E) and the positive and negative symptoms scales (PANSS). *Journal of Psychiatric Research* 2021;18:519-527
98. Addington J, Addington D. Neurocognitive and Social Functioning in Schizophrenia: A 2.5 Year Follow-Up Study. *Schizophr Res.* 2000;44:47–56.
99. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull.* 2000;26(1):193–200.

100. Eack SM, Bahorik AL, McKnight SAF, Hogarty SS, Greenwald DP, Newhill CE, et al. Commonalities in social and non-social cognitive impairments in adults with autism spectrum disorder and schizophrenia. *Schizophr Res.* 2013;148(1-3):24-8.
101. Frajo-Apor B, Pardeller S, Kemmler G, Welte AS, Hofer A. Emotional Intelligence deficits in schizophrenia: The impact of non-social cognition. *Schizophr Res.* 2016;172(1-3):131-6.
102. Pelizza L, Poletti M, Azzali S, Garlassi S, Scazza I, Paterlini F, et al. Subjective experience of social cognition in adolescents at ultra-high risk of psychosis: findings from a 24-month follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020:1-13
103. Penn DL, Ritchie M, Francis J, Combs D, Martin J. Social perception in schizophrenia: The role of context. *Psychiatry Res.* 2002;109(2):149-59.
104. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophr Bull.* 2008;34(3):408-11.
105. Penn DL, Keefe RSE, Davis SM, Meyer PS, Perkins DO, Losardo D, et al. The effects of antipsychotic medications on emotion perception in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Schizophr Res.* 2009;115(1):17-23.
106. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA, 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987;13:261-276.
107. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría.* 1994;22(4):171-177
108. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1995;17:5-13.
109. Gil D, Fernández-Modamio M, Bengochea R, Arrieta M. Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(2):79-88.
110. Pineda-Alhucema W, Rubio R, Aristizábal ET, Ossa J. Adaptación al español de cuatro instrumentos para evaluar la teoría de la mente en niños y adolescentes. *Psicogente.* 2019;22(42):1-27.
111. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry.* 2017;11(6):453-460.
112. Gogtay N, Vyas NS, Testa R, Wood SJ, Pantelis C. Age of onset of schizophrenia: perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophr Bull.* 2011 May;37(3):504-13.

113. Clemmensen L, Vernal DL, Steinhausen HC. A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2012;12:150.
114. Dollfus S, Petit M. Negative symptoms in schizophrenia: their evolution during an acute phase. *Schizophr Res*. 1995;17(2):187-94.
115. Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(8):664-677.
116. Azis M, Rouhakhtar PR, Schiffman JE, Ellman LM, Strauss GP, Mittal VA. Structure of positive psychotic symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(3):505-512.
117. Leucht S, Crippa A, Sifakis S, Patel MX, Orsini N, Davis JM. Dose-Response Meta-Analysis of Antipsychotic Drugs for Acute Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020;177(4):342-353.
118. Ditlevsen JV, Simonsen A, Bliksted VF. Predicting mentalizing deficits in first-episode schizophrenia from different subdomains of negative symptoms. *Schizophr Res*. 2020;215:439-441.
119. Sabe M, Zhao N, Crippa A, Kaiser S. Antipsychotics for negative and positive symptoms of schizophrenia: dose-response meta-analysis of randomized controlled acute phase trials. *NPJ Schizophr*. 2021;7(1):43.
120. Möller HJ. The Relevance of Negative Symptoms in Schizophrenia and How to Treat Them with Psychopharmaceuticals? *Psychiatr Danub*. 2016 Dec;28(4):435-440
121. Der-Avakian A, Markou A. The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits. *Trends Neurosci*. 2012;35(1):68-77.
122. Rizvi SJ, Lambert C, Kennedy S. Presentation and Neurobiology of Anhedonia in Mood Disorders: Commonalities and Distinctions. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Mar 8;20(2):13
123. Eekhof LS, van Krieken K, Willems RM. Reading about minds: The social-cognitive potential of narratives. *Psychon Bull Rev*. 2022;29(5):1703-1718.
124. Dodell-Feder D, Tamir DI. Fiction reading has a small positive impact on social cognition: A meta-analysis. *J Exp Psychol Gen*. 2018;147(11):1713-1727.
125. Lu PY, Huang YL, Huang PC, Liu YC, Wei SY, Hsu WY, Chen KC, Chen PS, Wu WC, Yang YK, Tseng HH. Association of visual motor processing and social cognition in schizophrenia. *NPJ Schizophr*. 2021;7(1):21.
126. Raucher-Chéné D, Lavigne KM, Lepage M. Episodic Memory and Schizophrenia: From Characterization of Relational Memory Impairments to Neuroimaging Biomarkers. *Curr Top Behav Neurosci*. 2023;63:115-136.

127. Charernboon T. Interplay among positive and negative symptoms, neurocognition, social cognition, and functioning in clinically stable patients with schizophrenia: a network analysis. *F1000Res*. 2021;10:1258.
128. Galderisi S, Rucci P, Kirkpatrick B, Mucci A, Gibertoni D, Rocca P, et al; Italian Network for Research on Psychoses. Interplay Among Psychopathologic Variables, Personal Resources, Context-Related Factors, and Real-life Functioning in Individuals With Schizophrenia: A Network Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(4):396-404.
129. Peyroux E, Prost Z, Danset-Alexandre C, Brenugat-Herne L, Carteau-Martin I, Gaudelus B, Jantac C, Attali D, Amado I, Graux J, Houy-Durand E, Plasse J, Franck N. From "under" to "over" social cognition in schizophrenia: Is there distinct profiles of impairments according to negative and positive symptoms? *Schizophr Res Cogn*. 2018;15:21-29
130. Bliksted V, Videbech P, Fagerlund B, Frith C. The effect of positive symptoms on social cognition in first-episode schizophrenia is modified by the presence of negative symptoms. *Neuropsychology*. 2017;31(2):209-219.
131. Goff DC, Falkai P, Fleischhacker WW, Girgis RR, Kahn RM, Uchida H, Zhao J, Lieberman JA. The Long-Term Effects of Antipsychotic Medication on Clinical Course in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2017;174(9):840-849
132. Wang H, Guo W, Liu F, Wang G, Lyu H, Wu R, Chen J, Wang S, Li L, Zhao J. Patients with first-episode, drug-naïve schizophrenia and subjects at ultra-high risk of psychosis shared increased cerebellar-default mode network connectivity at rest. *Sci Rep*. 2016;6:26124.
133. Yang G, Zhang S, Zhou Y, Song Y, Hu W, Peng Y, Shi H, Zhang Y. Increased resting-state interhemispheric functional connectivity of striatum in first-episode drug-naïve adolescent-onset schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2022;76:103134.
134. Ding Y, Ou Y, Pan P, Shan X, Chen J, Liu F, Zhao J, Guo W. Cerebellar structural and functional abnormalities in first-episode and drug-naïve patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2019;283:24-33.
135. Shen Y, Wei Y, Yang XN, Zhang G, Du X, Jia Q, Zhu X, Ma Y, Lang X, Luo X, Zhang XY. Psychotic symptoms in first-episode and drug naïve patients with major depressive disorder: Prevalence and related clinical factors. *Depress Anxiety*. 2020;37(8):793-800.
136. Yan L, Kang C, Wang X, Yang L, Zhao N, Zhang X. Association of serum lipid levels with psychotic symptoms in young, first-episode and drug naïve outpatients with major depressive disorder: A large-scale cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2022;317:114864.
137. Ferruccio NP, Tosato S, Lappin JM, Heslin M, Donoghue K, Giordano A, et al. Neurological Signs at the First Psychotic Episode as Correlates of Long-Term Outcome: Results From the AESOP-10 Study. *Schizophr Bull*. 2021;47(1):118-127.

138. Gómez-Revuelta M, Pelayo-Terán JM, Juncal-Ruiz M, Vázquez-Bourgon J, Suárez-Pinilla P, Romero-Jiménez R, Setién Suero E, Ayesa-Arriola R, Crespo-Facorro B. Antipsychotic Treatment Effectiveness in First Episode of Psychosis: PAFIP 3-Year Follow-Up Randomized Clinical Trials Comparing Haloperidol, Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole, Quetiapine, and Ziprasidone. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2020;23(4):217-229.
139. Zaytseva Y, Gurovich IY, Shmukler A. Effectiveness of the integrated long-term program of management of patients after first psychotic episode in 5-year follow-up. *Psychiatr Danub.* 2010 Nov;22 Suppl 1:S92-4.
140. Quattrone D, Di Forti M, Gayer-Anderson C, Ferraro L, Jongsma HE, Tripoli G, *et al.* Transdiagnostic dimensions of psychopathology at first episode psychosis: findings from the multinational EU-GEI study. *Psychol Med.* 2019;49(8):1378-1391
141. Pigoni A, Delvecchio G, Dusi N, Schiena G, Andreella A, Finos L, Cecchetto F, Perlini C, Gloria Rossetti M, Ferro A, Bellani M, Lasalvia A, Ruggeri M, Brambilla P; PICOS and First projects. Insula volumes in first-episode and chronic psychosis: A longitudinal MRI study. *Schizophr Res.* 2022;241:14-23.
142. González-Vivas C, García-Martí G, Soldevila-Matías P, Sanz-Requena R, Aguilar EJ, Castro-Bleda MJ, Martí-Bonmatí L, Sanjuan J. First-Episode Psychotic Patients Showed Longitudinal Brain Changes Using fMRI With an Emotional Auditory Paradigm. *Front Psychiatry.* 2020;11:593042.
143. Lockwood L, Miller B, Youssef NA. Epigenetics and first-episode psychosis: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2022;307:114325.
144. Wannan CMJ, Bartholomeusz CF, Cropley VL, Van Rheenen TE, Panayiotou A, Brewer WJ, Proffitt TM, Henry L, Harris MG, Velakoulis D, McGorry P, Pantelis C, Wood SJ. Deterioration of visuospatial associative memory following a first psychotic episode: a long-term follow-up study. *Psychol Med.* 2018;48(1):132-141.
145. Gur RC, Gur RE. Social cognition as an RDoC domain. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2016;171B(1):132-41.

GLOSARIO DE SIGLAS

BACS: breve evaluación de la cognición en la esquizofrenia
BVMT-R: prueba de memoria visuoespacial breve-revisada
CPT-IP: test de rendimiento continuo-pares idénticos
DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5
HVLt-R: test de aprendizaje verbal de Hopkins-Revisado
MATRICS: Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia
NAB-MT: batería de evaluación neuropsicológica: prueba de laberinto
NIMH: National Institute of Mental Health
PANSS: Escala de Síntomas Positivos y Negativos
PEP: Primer Episodio Psicótico
RDoC: Research Domain Criteria
RMET: Reading the Mind in the Eyes Test
WMS-III: escala de memoria de Wechsler-III

ANEXOS

REGISTRO

Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de Registro	<input type="text"/>
--------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------------	----------------------

Edad	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text" value="M"/>	Escolaridad	
			<input type="text" value="F"/>	Primaria Incompleta	<input type="text"/>
				Primaria Completa	<input type="text"/>
				Secundaria Incompleta	<input type="text"/>
				Secundaria Completa	<input type="text"/>
				Terciario Incompleta	<input type="text"/>
				Terciario Completa	<input type="text"/>

Diagnóstico		Tiempo de Evolución	<input type="text"/>
Esquizofrenia	<input type="text"/>	Rehabilitación Psicosocial	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Trastorno Psicótico Breve	<input type="text"/>	Rehabilitación Psicosocial Actual	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Trastorno Esquizofreniforme	<input type="text"/>	Psicoterapia	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Trastorno Psicótico Compartido	<input type="text"/>	Psicoterapia Actual	<input type="text" value="Si"/> <input type="text" value="No"/>
Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias	<input type="text"/>		
Trastorno Psicótico no Especificado	<input type="text"/>		
Episodio Maníaco con Síntomas Psicóticos	<input type="text"/>		
Episodio Mixto con Síntomas Psicóticos	<input type="text"/>		
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Psicóticos	<input type="text"/>		

Tratamiento Psicofarmacológico			
Fármaco	Presentación	Dosis diaria	Tiempo

Escala de Síntomas Positivos y Negativos	
Resultado Escala Positiva	
Resultado Escala Negativa	
Resultado Psicopatología General	
Hinting Task	
Resultado Hinting Task	/20
The Reading the Mind in the Eyes Test	
Resultado The Reading the Mind in the Eyes Test	/36

ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS Registro

Escala Positiva (PANSS-P)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/Perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

Total PANSS-P:

Escala Negativa (PANSS-N)

1. Embotamiento Afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento Emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto Pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento Social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento Abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la Conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento Estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

Total PANSS-N:

Psicopatología General

1. Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de Culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión Motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismo/Posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento Motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de Colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos Inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención Deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de Insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la Volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control Deficiente de los Impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación Social Activa	1	2	3	4	5	6	7

Total PANSS-PG

ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS

SÍNTOMAS POSITIVOS

PI. DELIRIOS

Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas. Bases para la valoración: los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y en la conducta.

- . 1. Ausente: No aplicable.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- . 3. Leve: Presencia de uno o dos delirios vagos, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- . 4. Moderado: Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados e inestables, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- . 5. Moderadamente grave: Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- . 6. Grave: Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
- . 7. Extremo: Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos, y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente, esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden incluso poner en peligro la vida del o de la paciente o la de otras personas.

P2. DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL.

Proceso desorganizado de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento. Bases para la valoración: Los procesos cognitivo-verbales observados durante la entrevista.

- . 1. Ausente: No aplicable.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- . 3. Leve: El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Existen algunas dificultades para dirigir el pensamiento hacia un objetivo, y puede manifestarse, bajo situaciones de presión, una cierta debilitación de las asociaciones.
- . 4. Moderado: Es capaz de concretar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero pasa a ser vago o incoherente al afrontar comunicaciones más complejas o en situaciones de una mínima presión.
- . 5. Moderadamente grave: Generalmente tiene dificultades para organizar los pensamientos, como se pone de manifiesto en frecuentes incoherencias, inconsistencias o debilitación de las asociaciones incluso en ausencia de presión.
- . 6. Grave: El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce grandes incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento, fenómenos que aparecen casi constantemente.
- . 7. Extremo: Los pensamientos están perturbados hasta el punto de que el/la paciente

resulta incoherente. Existe una notable debilitación de las asociaciones, cosa que origina una total imposibilidad de comunicación, por ejemplo, la ‘ensalada de palabras’ o el mutismo.

P3. CONDUCTA ALUCINATORIA

Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático. Bases para la valoración: Las explicaciones verbales y las manifestaciones físicas durante la entrevista. Así como las informaciones sobre la conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

- . 1. Ausente: No aplicable.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- . 3. Leve: Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o bien una serie de percepciones difusas y anormales que no provocan distorsiones del pensamiento o de la conducta.
- . 4. Moderado: Las alucinaciones se producen de manera frecuente pero no continua, y la capacidad de pensamiento y la conducta del o de la paciente se ven afectadas sólo en menor medida.
- . 5. Moderadamente grave: Las alucinaciones son frecuentes, puede intervenir en ellas más de un sentido, y tienden a distorsionar el pensamiento y/o a perturbar la conducta. El/la paciente puede plantear una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y, en ocasiones, también verbalmente.
- . 6. Grave: Las alucinaciones se producen de manera casi continua y causan grandes perturbaciones del pensamiento y la conducta. El/la paciente reacciona ante estas alucinaciones como si fueran percepciones, y su funcionamiento se ve dificultado por frecuentes respuestas emocionales y verbales a dichas alucinaciones.
- . 7. Extremo: El/la paciente está casi totalmente obsesionado con las alucinaciones, las cuales virtualmente dominan el pensamiento y la conducta. Se da a las alucinaciones una interpretación rígida y delirante y provocan respuestas verbales y de conducta, que incluyen la obediencia a órdenes presuntamente recibidas durante las alucinaciones.

P4. EXCITACIÓN

Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo. Bases para la valoración: La conducta manifestada durante la entrevista, así como las informaciones sobre su conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

- . 1. Ausente: No aplicable.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- . 3. Leve: Tiende a sentirse ligeramente inquieto, en un excesivo estado de alerta, o moderadamente sobre-estimulado durante toda la entrevista, pero sin episodios claros de excitación ni una gran inestabilidad de ánimo. El habla puede ser ligeramente nerviosa.
- . 4. Moderado: El nerviosismo o sobre-estimulación es claramente evidente a lo largo de la entrevista, y afectan al habla y la movilidad general, o se producen esporádicamente accesos episódicos.
- . 5. Moderadamente grave: Se observa un grado significativo de hiperactividad o frecuentes accesos de la actividad motriz. En cualquier momento, al/ a la paciente le resulta difícil permanecer sentado y sin moverse durante más de unos pocos minutos.
- . 6. Grave: Un notable nerviosismo domina la entrevista, limita la atención y, hasta cierto

punto, afecta las funciones personales, como la alimentación y el sueño.

. Extremo: Un notable nerviosismo interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace virtualmente imposibles los contactos interpersonales. La aceleración del habla y la actividad motriz puede producir incoherencia y agotamiento físico.

P5. GRANDIOSIDAD

Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidad extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral. Bases para la valoración: Los pensamientos expresados durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.

. 1. Ausente: No aplicable.

. 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

. 3. Leve: Es evidente una cierta expansividad y ostentación, pero sin delirios de grandeza bien definidos.

. 4. Moderado: Se siente clara e ilusoriamente superior a los demás. Pueden existir algunos delirios poco definidos sobre una condición social o unas capacidades especiales, pero el/la paciente no se ve afectado/a.

. 5. Moderadamente grave: Se expresan delirios bien definidos sobre unas capacidades y un poder y condición social extraordinarios que influyen en la actitud, pero no en la conducta.

. 6. Grave: Se expresan delirios definidos sobre una superioridad extraordinaria que se refieren a más de un parámetro (riqueza, conocimientos, fama, etc.) e influyen en las interacciones, que pueden verse afectados.

. 7. Extremo: El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominados por múltiples delirios sobre capacidades, riqueza, conocimientos, fama, poder y/o talla moral extraordinarios, que pueden tomar un cariz extravagante.

P6. SUSPICACIA/PERJUICIO

Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretendan hacerle daño. Bases para la valoración: Los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia sobre la conducta.

. 1. Ausente: No aplicable.

. 2. Mínimo: Patología dudosa; pueda estar en el extremo superior de los límites normales.

. 3. Leve: Presenta una actitud recelosa o incluso abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta se ven mínimamente afectados.

. 4. Moderado: La desconfianza es claramente evidente y se manifiesta en la entrevista y/o en la conducta, pero no hay pruebas de delirios persecutorios. Alternativamente, puede haber indicios de delirios persecutorios poco definidos, pero éstos no parecen afectar la actitud ni las relaciones interpersonales del o de la paciente.

. 5. Moderadamente grave: El/la paciente muestra una notable desconfianza, lo que perturba gravemente las relaciones interpersonales, o bien existen delirios persecutorios bien definidos que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la conducta.

. 6. Grave: Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones interpersonales.

. 7. Extremo: Una red de delirios persecutorios sistematizados domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del o de la paciente.

P7. HOSTILIDAD

Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física. Bases para la valoración: La conducta interpersonal observada durante la entrevista y las informaciones aportadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

. 1. Ausente: No aplicable.

. 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

. 3. Leve: Manifestaciones indirectas o reprimidas de ira, como sarcasmos, faltas de respeto, expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.

. 4. Moderado: Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.

. 5. Moderadamente grave: El/la paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.

. 6. Grave: La falta de cooperación y los insultos o amenazas se manifiestan notablemente durante la entrevista y tienen un serio impacto sobre las relaciones sociales. El/la paciente puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.

. 7. Extremo: La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de la interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.

ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS

SÍNTOMAS NEGATIVOS

N1. EMBOTAMIENTO AFECTIVO

Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación. Bases para la evaluación: observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

- . 1. Ausente: La definición no es aplicable
- . 2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
- . 3. Leve: Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.
- . 4. Moderado: Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
- . 5. Severamente moderado: El afecto es generalmente "apático" con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.
- . 6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.
- . 7. Extremo: Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El/la paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de "madera".

N2. RETRACCIÓN EMOCIONAL

Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos. Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del o de la paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

- . 1. Ausente: La definición no es aplicable
- . 2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
- . 3. Leve: Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.
- . 4. Moderada: El/la paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.
- . 5. Severamente Moderada: El/la paciente está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El/la paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.
- . 6. Severa: Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el/la paciente necesita supervisión
- . 7. Extrema: Paciente casi totalmente aislado/a, incommunicativo/a, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. POBRE RELACIÓN

Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal. Bases de valoración: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

- . 1. Ausencia: La definición no es aplicable
- . 2. Mínima: Patología cuestionable: puede estar en el extremo de los límites normales
- . 3. Leve: La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.
- . 4. Moderada: El/la paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El/la paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.
- . 5. Severamente Moderada: La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El/la paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.
- . 6. Severa: El/la paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.
- . 7. Extrema: Falta de implicación total con el entrevistador. El/la paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. RETRACCIÓN SOCIAL, APATÍA PASIVA

Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas. Bases de valoración: informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

- . 1. Ausencia: La definición no es aplicable
- . 2. Mínima: Patología cuestionable: Puede estar en el extremo de los límites normales.
- . 3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa. Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.
- . 4. Moderada: Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.
- . 5. Severamente Moderada: Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.
- . 6. Severa: Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.
- . 7. Extrema: Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO

Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema. Bases de valoración: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.

- . 1. Ausente: La definición no es aplicable
- . 2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
- . 3. Leve: Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente.
- . 4. Moderada: Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
- . 5. Severamente Moderada: Trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
- . 6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacuo o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas
- . 7. Extrema: Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incomprensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ DE LA CONVERSACIÓN

Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal. Bases de evaluación: Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.

- . 1. Ausente: La definición no es aplicable
- . 2. Mínima: Patología cuestionable. Puede estar en el extremo de los límites normales.
- . 3. Leve: La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los/as pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
- . 4. Moderada: Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
- . 5. Severamente Moderada: El/la paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.
- . 6. Severa: Las respuestas del o de la paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: "no se, no tengo libertad para opinar"). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.
- . 7. Extrema: La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO

Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril. La base para la evaluación: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:

- . 1. Ausente: La definición no es aplicable
- . 2. Mínima: Patología cuestionable. Puede estar en el extremo máximo de los límites normales.

- . 3. Leve: Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El/la paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.
- . 4. Moderada: La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.
- . 5. Severa Moderadamente: El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
- . 6. Severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.
- . 7. Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del o de la paciente.

PG1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado en la entrevista.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: Preocupaciones acerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.
- . 4. Moderado: Quejas acerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.
- . 5. Moderado severo: El/la paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones acerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el/la paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.
- . 6. Severo: El/la paciente manifiesta uno o más delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del o de la paciente sobre estos temas.
- . 7. Extremo: Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del o de la paciente.

PG2. ANSIEDAD

Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico. Bases para la valoración: comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.
- . 4. Moderado: El/la paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.
- . 5. Moderado severo: El/la paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.
- . 6. Severo: Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.
- . 7. Extremo: La vida del o de la paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual esta casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. SENTIMIENTOS DE CULPA

Remordimientos o autorreproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el

pasado. Bases para la valoración: comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el/la paciente no está claramente afectado.
- . 4. Moderado: El/la paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.
- . 5. Moderado severo: El/la expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.
- . 6. Severo: Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El/la paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.
- . 7. Extremo:- La vida del o de la paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el/la propio/a paciente.

PG4. TENSIÓN MOTORA

Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.
- . 4. Moderado: Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.
- . 5. Moderado severo: Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.
- . 6. Severo: Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El/la paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.
- . 7. Extremo: La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. MANIERISMOS Y POSTURAS

Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante. Bases para la valoración: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.

- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.
- . 4. Moderado: La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el/la paciente mantiene una postura artificial.
- . 5. Moderado severo: Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
- . 6. Severo: Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
- . 7. Extremo: El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del o de la paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. DEPRESIÓN

Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: El/la paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.
- . 4. Moderado: Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y generalmente se puede animar a el/la paciente.
- . 5. Moderado severo: Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. No se puede animar fácilmente al/ a la paciente.
- . 6. Severo: Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de autoabandono.
- . 7. Extremo: Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, autoabandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. RETARDO MOTOR

Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El/la paciente puede ser poco productivo/a tanto en el habla como en los gestos.
- . 4. Moderado: El/la paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.

- . 5. Moderado severo: Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El/a paciente se encuentra habitualmente sentado/a o tumbado/a.
- . 6. Severo: Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El/la paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.
- . 7. Extremo: El/la paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. FALTA DE COLABORACIÓN

Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia. Bases para la valoración: Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.
- . 4. Moderado: Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El/la paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.
- . 5. Moderado severo: El/la paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como “indeseable” o de tener “dificultades de trato”. La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.
- . 6. Severo: El/la paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.
- . 7. Extremo: La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El/la paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. INUSUALES CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO

El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.
- . 4. Moderado: Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.
- . 5. Moderado severo: El/la paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos

(p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).

. 6. Severo: El/la paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).

. 7. Extremo: El pensamiento está repleto de ideas absurdas, bizarras y grotescas.

PG10. DESORIENTACIÓN

Falta de conciencia de las relaciones del o de la paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento. Bases para la

valoración: respuestas a preguntas sobre orientación.

. 1. Ausente: No cumple la definición.

. 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

. 3. Ligero: La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el/la paciente sabe donde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en más de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.

. 4. Moderado: Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.

. 5. Moderado severo: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El/la paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación.

. 6. Severo: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente no sabe dónde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.

. 7. Extremo: El/la paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total acerca de dónde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. ATENCIÓN DEFICIENTE

Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista.

. 1. Ausente: No cumple la definición.

. 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

. 3. Ligero: Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.

. 4. Moderado: La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distracción, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.

- . 5. Moderado severo: La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distracción y la dificultad en cambiar el foco de la atención.
- . 6. Severo: El/la paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.
- . 7. Extremo: La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

PG12. AUSENCIA DE JUICIO E INTROSPECCIÓN

Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: El/la paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.
- . 4. Moderado: El/la paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El/la paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.
- . 5. Moderado severo: Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el/la paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equívocas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.
- . 6. Severo: El/la paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega la presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.
- . 7. Extremo: Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el/la paciente puede rehusar a cooperar con el/la médico/a, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. TRASTORNOS DE LA VOLICIÓN

Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje. Bases para la valoración: contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.

- . 1. Ausente: No cumple la definición.
- . 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. Ligero: Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
- . 4. Moderado: El/la paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y

como consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.

. 5. Moderado severo: El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El/la paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla.

. 6. Severo: Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.

. 7. Extremo: Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. CONTROL DEFICIENTE DE IMPULSOS

Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias. Bases para la valoración: conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.

. 1. Ausente: No cumple la definición.

. 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

. 3. Ligero: El/la paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.

. 4. Moderado: El/la paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.

. 5. Moderado severo: - El/la paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.

. 6. Severo: El/la paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.

. 7. Extremo: El/la paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

HINTING TASK

HISTORIA 1

Jorge llega a la oficina de Ángela después de un largo y caluroso viaje por la autopista. Ángela inmediatamente empieza a hablar de algunas ideas de negocios. Jorge interrumpe a Ángela diciendo: «Uf, ha sido un largo y caluroso viaje por la autopista».

¿Qué quiere decir realmente Jorge cuando dice esto?

Respuesta criterio: Jorge quiere decir «¿ Puedo tomar algo?» o «¿ Puedo tomarme unos minutos para descansar de mi viaje antes de que empecemos a hablar de negocios?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si no se da una respuesta correcta con la primera insinuación (por ejemplo, el sujeto responde tan solo algo como «Él quiere decir exactamente lo que dice»), entonces se introduce la siguiente parte de la insinuación: Jorge continúa diciendo: «Estoy sediento».

¿Qué quiere Jorge que haga Ángela?

Respuesta criterio: Jorge quiere que Ángela le dé o le ofrezca una bebida. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 2

Marisa va a cuarto de baño para darse una ducha. Ana acaba de darse un baño. Marisa se da cuenta de que el cuarto de baño está sucio, así que llama a Ana y le dice: «¿ No pudiste encontrar el limpiador, Ana?».

¿Qué quiere decir realmente Marisa cuando dice esto?

Respuesta criterio: Marisa quiere decir «¿Por qué no limpiaste el baño?» o «Ve y limpia el baño ahora». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, añadir: Marisa continúa diciendo: «A veces eres muy vaga, Ana».

¿Qué quiere Marisa que haga Ana?

Respuesta criterio: Marisa quiere que Ana limpie el baño. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 3

Javier va al supermercado con su madre. Llegan a la sección de chucherías y Javier dice: «Mira, esos caramelos parecen riquísimos».

¿Qué quiere decir realmente Javier cuando dice esto?

Respuesta criterio: Javier quiere decir «Por favor, mamá, cómprame algunos caramelos». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Javier continúa diciendo: «Estoy hambriento mamá».

¿Qué quiere Javier que haga su madre?

Respuesta criterio: Javier quiere que su madre le compre unos caramelos. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 4

Pablo tiene que ir a una entrevista y se le está haciendo tarde. Mientras está limpiándose los zapatos, le dice a su mujer, Julia: «Quiero ponerme esa camisa azul, pero está muy arrugada».

¿Qué quiere decir realmente Pablo cuando dice esto?

Respuesta criterio: Pablo quiere decir «¿Podrías plancharme la camisa, por favor?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Pablo continúa diciendo: «Está en la cesta de la ropa para planchar».

¿Qué quiere Pablo que haga Julia?

Respuesta criterio: Pablo quiere que Julia le planche la camisa. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 5

Lucía está sin plata, pero quiere salir por la noche. Lucía sabe que David acaba de cobrar. Ella le dice: «Estoy sin plata, las cosas son tan caras en estos tiempos».

¿Qué quiere decir realmente Lucía cuando dice esto?

Respuesta criterio: Lucía quiere decir «¿ Me prestas algo de dinero, David?» o «¿ Me invitas a salir esta noche?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.
Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Lucía continúa diciendo: «Bien, supongo que tendré que quedarme sin salir esta noche».

¿Qué quiere Lucía que haga David?

Respuesta criterio: Lucía quiere que David le preste dinero, o la invite a salir. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 6

Daniel quiere llevar a cabo un proyecto en su trabajo pero Ricardo, su jefe, ha pedido a otra persona que lo realice. Daniel le dice:
«Qué lástima, no estoy demasiado ocupado en este momento».

¿ Qué quiere decir realmente Daniel cuando dice esto?

Respuesta criterio: Daniel quiere decir «Por favor, Ricardo, cambia de opinión y dame el proyecto a mí». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.
Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Daniel continúa diciendo: «Este proyecto es ideal para mí».

¿Qué quiere Daniel que haga Ricardo?

Respuesta criterio: Daniel quiere que Ricardo cambie de opinión y le dé a él el proyecto. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 7

Dentro de poco es el cumpleaños de Rebeca. Ella le dice a su padre: «Me encantan los animales, sobre todo, los perros».

¿Qué quiere decir realmente Rebeca cuando dice esto?

Respuesta criterio: Rebeca quiere decir «¿ Me comprarías un perro para mi cumpleaños, papá?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Rebeca continúa diciendo: «¿La tienda de mascotas estará abierta el día de mi cumpleaños, papá?».

¿Qué quiere Rebeca que haga su padre?

Respuesta criterio: Rebeca quiere que su padre le compre un perro para su cumpleaños, o que le diga que le comprará un perro. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 8

Beatriz y Miguel se han mudado a su nueva casa hace una semana. Beatriz ha estado desempaquetando algunos adornos. Ella le dice a Miguel: «¿Has desempaquetado aquellas estanterías que compramos, Miguel?».

¿Qué quiere decir realmente Beatriz cuando dice esto?

Respuesta criterio: Beatriz quiere decir «¿ Pondrías las estanterías ahora, por favor?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Beatriz continúa diciendo: «Si quieres que algo se haga, debes hacerlo tú misma».

¿Qué quiere Beatriz que haga Miguel?

Respuesta criterio: Beatriz quiere que Miguel coloque las estanterías. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 9

Jessica y Manuel están jugando con un juego de trenes. Jessica tiene el tren azul y Manuel el tren rojo. Jessica le dice a Manuel: «No me gusta este tren».

¿Qué quiere decir realmente Jessica cuando dice esto?

Respuesta criterio: Jessica quiere decir «Quiero tu tren, y tú puedes tener el mío». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasará a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Jessica continúa diciendo: «El rojo es mi color favorito».

¿Qué quiere Jessica que haga Manuel?

Respuesta criterio: Jessica quiere intercambiar los trenes. Esta respuesta puntuará 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

HINTING TASK

HISTORIA 10

Patricia acaba de bajar del tren con tres pesadas maletas. Juan está detrás de ella. Patricia le dice a Juan: «¡Caramba!, estas maletas son una molestia».

¿Qué quiere decir realmente Patricia cuando dice esto?

Respuesta criterio: Patricia quiere decir «¿Podrías ayudarme con mi equipaje, por favor?». Esta respuesta se puntuará con un 2 y se finalizará la prueba.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, Añadir: Patricia continúa diciendo: «No sé si podré arreglarme con las tres».

¿Qué quiere Patricia que haga Juan?

Respuesta criterio: Patricia quiere que Juan le ayude con las maletas. Esta respuesta puntuará

1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

READING THE MIND IN THE EYES

Registro

P	celoso/a	aterrado/a	arrogante	Odioso/a	H
1	alegre	compasivo/a	irritado/a	aburrido/a	H
2	aterrorizado/a	preocupado/a	arrogante	molesto/a	H
3	Chistoso/a	conmocionado/a	Deseoso/a	convencido/a	M
4	Chistoso/a	insistente	divertido/a	relajado/a	H
5	irritado/a	sarcástico/a	preocupado/a	simpático/a	H
6	aterrado/a	soñador/a	impaciente	alarmado/a	M
7	apenado/a	simpático/a	incómodo/a	desanimado/a	H
8	desanimado/a	aliviado/a	tímido/a	excitado/a	H
9	molesto/a	hostil	horrorizado/a	ensimismado/a	M
10	cauteloso/a	insistente	aburrido/a	aterrado/a	H
11	aterrorizado/a	divertido/a	arrepentido/a	adulador/a	H
12	indiferente	abochornado/a	escéptico/a	desanimado/a	H
13	resuelto/a	expectante	amenazante	tímido/a	H
14	irritado/a	desilusionado/a	deprimido/a	acusante	H
15	contemplativo	conmocionado/a	alentador/a	divertido/a	M
16	irritado/a	pensativo/a	alentador/a	comprensivo/a	H
17	dubitativo	cariñoso/a	alegre	aterrado/a	M
18	resuelto/a	divertido/a	aterrado/a	aburrido/a	M
19	arrogante	agradecido/a	sarcástico/a	Dubitativo/a	M
20	dominante	simpático/a	culpable	horrorizado/a	H
21	abochornado/a	soñador/a	confundido/a	aterrado/a	M
22	ensimismado/a	agradecido/a	insistente	implorante	M
23	satisfecho/a	apenado/a	desafiante	curioso/a	H
24	pensativo/a	irritado/a	excitado/a	hostil	H
25	aterrado/a	incrédulo/a	desanimado/a	interesado/a	M
26	alarmado/a	tímido/a	hostil	ansioso/a	H
27	Chistoso/a	cauteloso/a	arrogante	tranquilizador/a	M
28	interesado/a	Chistoso/a	cariñoso/a	satisfecho/a	M

29	impaciente	aterrado/a	irritado/a	reflexivo/va	M
30	agradecido/a	coqueteador/a	hostil	desilusionado/a	M
31	avergonzado/a	confiado/a	Chistoso/a	desanimado/a	M
32	serio/a	avergonzado/a	desconcertado/a	alarmado/a	H
33	abochornado/a	culpable	soñador/a	intranquilo/a	H
34	aterrado/a	desconcertado/a	desconfiado/a	aterrorizado/a	M
35	desconcertado/a	nervioso	insistente	contemplativo	M
36	avergonzado/a	nervioso	suspicaaz	indeciso/a	H

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento está dirigido a brindar información e invitar a formar parte de la investigación *Determinación del perfil de cognición social en individuos con Esquizofrenia y su comparación con Primeros Episodios Psicóticos*, versión (01), realizado por Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. La investigación es realizada por el Dr. Sebastián Lema Spinelli, presentando como tutores de la misma al Dr. Leonel Gómez y la Dra. Sandra Romano.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Título del estudio: Determinación del perfil de cognición social en individuos con Esquizofrenia y su comparación con Primeros Episodios Psicóticos.

Número del protocolo: 01

Institución o Servicio que realiza el estudio: Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República

Investigador: Dr. Sebastián Lema Spinelli (Médico Psiquiatra)

Contacto: mail: sebastianlema@fmed.edu.uy

2487 1515 int: 2344

INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

Información y Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar la expresión de los síntomas cognitivos (la forma en que se procesa y aplica la información que observamos y percibimos de otras personas y distintas situaciones sociales), cómo se vincula con la expresión clínica de las personas con esquizofrenia y observar cómo estos síntomas se expresan en individuos con un riesgo de desarrollar este trastorno (en este caso aquellos que hayan presentado un primer episodio psicótico no afectivo o afectivo). Los datos obtenidos pueden ser una herramienta para el desarrollar tratamientos más precisos y adecuados a las necesidad personales.

Selección de Participantes: Usted ha sido seleccionado a para participar por presentar un diagnóstico de Esquizofrenia o por haber presentado un diagnóstico de Episodio Psicótico Agudo en los últimos 6 meses (Trastorno Psicótico Breve, Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Psicótico Compartido, Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias, Trastorno Psicótico no Especificado, Episodio Maníaco con Síntomas Psicóticos, Episodio Mixto con Síntomas Psicóticos, Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Psicóticos) y estar en atención en algunas de las Policlínicas de Psiquiatría de las Unidades Docentes Asistenciales de la Clínica de Psiquiatría (Hospital de Clínicas, Hospital Maciel, Hospital Pasteur, Hospital Vilardebó)

Procedimientos: Para poder evaluar la cognición social se realizan diversos test, los cuales serán aplicados por el investigador responsable. En este estudio se plantea la realización de 3 test

. The Hinting Task: se leen 10 historias y al finalizar se solicita que se explique lo que un personaje intenta decir .

. The Reading the Mind in the Eyes Test (RMET): se muestran varias fotografías en las que sólo aparecen los ojos de un sujeto y se pide que mencionen los sentimientos o lo que está pensando la persona.

. Recognition of Faux: se presentan historias y se realizan preguntas al respecto

Por último se realizará una entrevista semiestructurada (Escala de Síntomas Positivos y Negativos como evaluación general) la cual es similar a una evaluación en policlínica de manera más detallada

La participación en la investigación consiste en realizar una sola entrevista en la cual se aplicarán test y se realizará una evaluación general, cuyo tiempo de realización es de aproximadamente 90 a 120 minutos. Se debe aclarar que la entrevista realizada se aplica únicamente por la participación en esta investigación y los datos serán utilizados solamente para la investigación actual. Estos test no son realizados habitualmente en una consulta de policlínica habitual. No se necesita extracción de sangre o exámenes físicos complementarios.

Beneficios: La participación de la investigación no conlleva un beneficio individual específico inmediato. La importancia de la participación radica en el beneficio social que puede determinar la comprensión de cómo se manifiesta este trastorno mental y eventualmente poder desarrollar tratamientos más precisos y adecuados a las necesidades personales. No se realizarán compensaciones económicas por la participación de dicha investigación.

Riesgos: Con respecto a los riesgos y molestias posibles, la información que se brinda es sensible, por lo cual se garantiza la protección de la privacidad y confidencialidad de los involucrados, la información será únicamente utilizada en la investigación actual y será almacenada de forma anónima por parte del investigador responsable. Las únicas personas que tendrán acceso a la información brindada son los 3 investigadores mencionados previamente en el estudio.

Voluntariedad: Usted tiene derecho a solicitar más información que considere necesaria, tanto antes como durante la investigación, incluyendo la notificación de los hallazgos de la investigación si así lo desea.

La participación es voluntaria, por lo cual usted puede rechazar formar parte de la investigación en cualquier momento, incluso aunque haya aceptado participar previamente. En el caso de que haya consentido participar, puede retirarse de la investigación sin ser perjudicado y si así lo desea los datos que aportó serán eliminados. Independientemente de la participación o posterior retiro de la investigación, usted recibirá los servicios asistenciales habituales sin perjuicio o penalización de su cuidado y atención habitual.

Obligaciones: El decidir participar de la investigación conlleva la obligación de concurrir a la entrevista mencionada en una cita que será establecida con la suficiente antelación.

Dejo constancia que he sido invitado a participar en la investigación *Determinación del perfil de cognición social en individuos con Esquizofrenia y su comparación con Primeros Episodios Psicóticos*, la cual consiste en realizar una entrevista semi estructurada con un investigador responsable. He sido informado sobre los riesgos y las medidas de protección sobre los datos brindados. Sé que no habrán beneficios directos a mi persona y que no recibiré compensación económica. Se me ha proporcionado el nombre del investigador responsable (Dr. Sebastián Lema) que puede ser contactado por mail o vía telefónica. He valorado la información en conjunto con un investigador responsable y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que ello afecte mi atención habitual en la policlínica de psiquiatría