

Master Universitario de Iniciación a la Investigación en Salud Mental

2023-2024

Asociations between
Environmental Factors,
Extreme Stressful Life Events (ELSE),
and First-Episode Psychosis (FEP):
a naturalistic approach

María Luisa Serrano Pérez

Tutores:

Paula Suárez Pinilla

Javier Vázquez Bourgón

Lugar de realización:

Unidad de Primeros Episodios Psicóticos (ITP-Can)

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)

Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL)



DECLARACION DE NO PLAGIO

D./Dña. Mª Luisa Serrano Pérez con NIF 13766584-L
estudiante del Master Interuniversitario de Iniciación a la Investigación en Salud Mental,
curso 2023/2024 como autor/a de este documento académico
titulado: _____ y
presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título
correspondiente, cuyo tutor/es es/son
Paula Serrano Piolla y Javier Vazquez Bourgon

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

En Santander, a 24 de Junio de 2024

Fdo.:

Esta DECLARACION DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página del Trabajo de Fin de Máster conducentes a la obtención del título.

PAULA SUÁREZ PINILLA. Doctora en Medicina por la Universidad de Cantabria. Investigadora colaboradora adscrita al grupo de Psiquiatría y Salud Mental del IDIVAL y al CIBERSAM. Profesora asociada del Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Cantabria.

JAVIER VÁZQUEZ BOURGON. Doctor en Medicina por la Universidad de Cantabria. Investigador principal del grupo de Psiquiatría y Salud Mental del IDIVAL e investigador colaborador adscrito al CIBERSAM. Profesor asociado (acreditado a profesor titular) del Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Cantabria.

CERTIFICAN

Que el Trabajo de Fin de Máster presentado por Doña María Luisa Serrano Pérez, titulado **"Influence of cannabis consumption on the timing of first episode of psychosis following initial extreme stressful life events"**, realizado bajo la tutorización de Dña Paula Suárez Pinilla y D. Javier Vázquez Bourgón, reúne los requisitos académicos necesarios para proceder a su defensa ante el Tribunal de Evaluación.

Y para que así conste firmo en Santander a 21 de junio de 2024



Fdo. Paula Suárez Pinilla

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera mostrar mi agradecimiento a mi tutora, la Dra. Paula Suárez Pinilla, que me ha acompañado durante todo el proceso de confección de este TFM. Además de sus múltiples conocimientos técnicos y sus opiniones fundamentadas, me ha aportado mucho apoyo a nivel humano, algo que he necesitado a lo largo del proceso. Por todo ello, tendrá mi eterno agradecimiento.

Quiero agradecerle a mi tutor, el Dr. Javier Vázquez Bourgon, haberme admitido en su equipo de profesionales, durante la realización de las prácticas, base del presente TFM.

También quiero agradecerle a la Dra. Rocío Pérez Iglesias, que haya contribuido con sus ideas y opiniones informadas, al enriquecimiento de mi trabajo.

Recordar a mi compañera de despacho, Paloma Fuentes Pérez, a la que tengo que agradecer que me hiciera sentir parte del equipo y que me ayudara en las múltiples dudas que fueron surgiendo, sobre el funcionamiento del área en el que estaba incluida durante las prácticas. A mi otra compañera, Claudia Ovejas Catalán, agradecerle también su alegría y su ayuda.

Por último, agradecer a mis amig@s y familia por el apoyo y la paciencia que han tenido conmigo, durante el proceso de elaboración de este TFM. Y, por supuesto, gracias a mis padres, Antonio y Amelia, que no están hoy aquí, por ser siempre fuente de apoyo y cariño. Espero que, haya dónde estén, se sientan orgullosos.

Index

Summary.....	1
1. Introduction.....	2
2. Hypothesis.....	12
3. Objectives.....	12
4. Methodology.....	13
4.1 Patients and study area.....	13
4.2 Instruments.....	14
4.3 Data analysis.....	17
4.4 Ethical aspects.....	18
5. Results.....	19
5.1 Sociodemographic characteristics of the sample.....	19
5.2 Descriptive analysis of stressful life events.....	21
5.3 Descriptive analysis on migration.....	22
5.4 Descriptive analysis on cannabis consumption.....	22
5.5 Relationships object of analysis based on the presence of ESLEs.....	23
6. Discussion.....	26
7. Conclusions.....	31
8. Bibliography.....	32
Annexes.....	35

Summary

Different factors have been described that can influence the presentation of a first-episode psychosis (FEP). Among them are genetic, sociodemographic factors, associated with lifestyle (for example, consumption of psychotropic substances), as well as the different events suffered by the person during their life history.

In the present study we have explored the possibility that extreme stressful life events (ESLEs), understood as those that cause high anxiety in the person, influence jointly with other factors, causing differences in the way an FEP is presented.

The study subjects are part of the care program for first-episode psychosis of the Community of Cantabria (ITPCan), being treated both in the initial phases of psychosis and in the three years following its debut.

Among the results extracted from the study is the intimate relationship between cannabis consumption, the ESLE suffered and the moment of appearance of FEP. Initially, no significant differences were detected in the mean time elapsed from the first ESLE suffered until the onset of psychosis. When covaried by cannabis consumption, said time period is significantly reduced in consumer patients compared to non-user patients.

Covarying by the sex factor, it was discovered that this effect was only significant in women, in whom cannabis consumption significantly reduced the average time of onset of psychosis after a first ESLE by more than half, compared to the time of appearance of psychosis in non-using women.

Structural differences at the level of brain receptors, hormonal variations and different coping styles between men and women may be behind these results.

Key words: stressful life events, trauma, cannabis, women, first-episode psychosis

1. Introduction

Psychosis is a mental disorder, whose main characteristic is the loss of contact with reality, which can develop gradually, over time, or abruptly, with symptoms evident to both the patient and his environment.

It affects both men and women (up to 3% of the population can experience psychotic symptoms), with the age group between 20-30 years being the most likely to appear (Guía de psicoeducación. Conserjería de Sanidad de Cantabria)

Psychotic symptoms

Both the DSM-5 and the ICD-11 encompass these symptoms within the chapter of Schizophrenia and other psychotic disorders and classify them into positive and negative symptoms (DSM-5, APA):

- Positive symptoms:
 - Delusions: fixed beliefs that cannot be changed even with evidence against them. They can have different contents, with persecutory and referential being among the most common. They can be extravagant (clearly implausible, incomprehensible and without origin in ordinary life experiences), with this type being considered those that express a loss of control over the mind or body, or non-extravagant (they are possible, but there is no evidence that support them). It can be difficult to differentiate between a firm belief and a delusion, the latter being considered when it is maintained, despite clear and reasonable evidence against it.
 - Hallucinations: They are perceptions that take place without the presence of an external stimulus, being vivid and clear, with all the force and impact of normal perceptions, not being subject to voluntary control. They can

occur in any sensory modality, with auditory being the most common in schizophrenia. They take place when there is an adequate level of consciousness, and can be a normal part of the religious experience, in certain cultural contexts.

- Disorganized thinking (speech): It is usually inferred from the individual's speech and may change from one topic to another (derailment or loose associations), answering questions with answers that are indirectly related or not related at all (tangentiality), disorganized speech and incomprehensible (incoherence). To be considered a symptom, it has to be severe enough to make communication substantially difficult.
- Very disorganized or abnormal motor behavior: This may manifest as infantile "nonsense," unpredictable agitation, and problems carrying out goal-directed behaviors. Included in this section is catatonic behavior, which involves a marked decrease in reactivity to the environment. It can range from resistance to following instructions (negativity) to adopting a rigid, inappropriate or extravagant posture, and complete absence of verbal or motor responses (mutism and stupor). It also includes purposeless and excessive motor activity, without apparent cause (catatonic excitation), repeated stereotyped movements, staring, grimaces, mutism and echolalia.
- Negative symptoms (more prominent in schizophrenia than in other psychotic disorders):
 - Decreased emotional expression: decreased expression of emotions through non-verbal communication (face, eye contact, speech intonation, and hand movements)

[Escriba aquí]

- Abulia: decrease in activities, on one's own initiative and caused by a purpose.
- Alogia: reduction of speech
- Anhedonia: decreased ability to experience pleasure
- Asociality: lack of interest in social interactions, associated with abulia or indicator of few opportunities to interact socially.

Causes or precipitants of a first-episode psychosis

There is no single factor that causes the first-episode of psychosis (FEP), considering that its origin is multifactorial, varying the incidence depending on the area (higher in urban than rural environments) (Vassos, 2012), by social group (higher in minority ethnic groups) (Kirkbride, 2018), coupled with well-established genetic and neurodevelopmental risk factors. (Esterberg, 2010). There is sufficient evidence of the involvement of several environmental risk factors like childhood adversity (Varese, 2012) and the use of cannabis (Colizzi, 2018). There is also cumulative evidence that this set of factors interacts in complex ways to increase the risk of psychosis through effects on the dopaminergic system, the dysregulation of which may be the biological process underlying the formation of psychotic experiences (Meltzer, 1976).

Diathesis – stress model

Vulnerability, a result of both genetic factors and acquired propensity, and environmental stressors precipitate psychotic episodes. This vulnerability varies from person to person, so that for some, only a severe stressor can produce symptoms, while for others, minor stressors would be enough. (Belloch, 2002)

The hippocampus and the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis have been described as mediators between environmental stressors, the individual's underlying

[Escriba aquí]

vulnerability, and the development of psychotic symptoms (Walker, 1997). Problems in neurological development, during the pre- or perinatal periods, can cause aberrant functioning of the hippocampus, while psychosocial stress activates the HPA axis, proving that a high expressed emotion (EE), consisting of excitement, hostility and dominance, on the part of the patient's family, increases the relapse rate (Belloch, 2002). These two factors can act synergistically, with activation of the HPA axis stimulating the subcortical dopaminergic system, which can lead to the development of psychotic symptoms.

The immune system also plays an important role in these processes. The main types of glial cells are astrocytes, oligodendrocytes and microglia. Although all of them can play some pathological role related to schizophrenia, it is the microglia, as the main immune cell of the central nervous system, which, in animal models, when activated by certain external stimuli, retracts its protrusions, those that, in a state at rest, constantly scan the environment, in search of possible alterations, to generate the appropriate response of the immune system. This can occur both in response to traumatic and immunological stimuli, and in response to psychosocial stress (Hinwood, 2012).

Synaptic pruning, both physiological and pathological, occurs in neurodevelopment and in adult life (Kettenmann H, 2013), being a process that must be executed with a fine balance between exceeding it or being insufficient. Pathological reductions in glial activity during neurodevelopment lead to reduced synaptic pruning, resulting in deficits in synaptic connectivity (Paolicelli, 2011). Conversely, excessive microglial activity in adulthood is linked, in animal models, to excessive synaptic loss and cognitive decline, assuming the inhibition of said excess activity, which can reduce the extent of pathological synaptic loss (Hong, 2016).

As we have seen previously, microglia are sensitive to stress. Glucocorticoids associated with the response to said stress affect almost any type of immune cell, given

[Escriba aquí]

the ubiquitous expression of the receptors for these substances. Specifically, in the central nervous system, microglia are the first target for glucocorticoids, due to the high degree of expression of their receptor (Sierra, 2008). Stimulation of neurons by glucocorticoids increases glutamate release, one of the potential mechanisms underlying stress-induced cortical atrophy, resulting in the proliferation of microglia through NMDA (N-) receptors. methyl-D-aspartate) (Nair, 2006), which triggers a vicious cycle in which microglia activation leads to neuronal damage, which releases more glutamate and causes greater microglia activation (Kaindl, 2012).

Endocannabinoid system and THC

Endocannabinoids are endogenous bioactive lipids, which activate CB1 and CB2 cannabinoid receptors. These lipids are not stored in vesicles, but are synthesized on demand. The system formed by the two cannabinoid receptors, their endogenous ligands and the enzymes that intervene in their production and degradation, is known as the endocannabinoid system (ECS, "endocannabinoid system") (Cristino, 2020)

Phytocannabinoids are exogenous cannabinoids that are extracted from plants of the cannabis genus, including Cannabis Sativa. Of the more than 100 elements that can be extracted from these plants, the most abundant are THC and cannabidiol (CBD) (Romero, 2020), the first being a psychoactive alkaloid that couples to the CB1 and CB2 receptors, since that CBD does not activate these receptors.

CB1 is abundantly expressed in neuronal cells, both in the center and periphery. In the central nervous system, it is expressed mainly in the presynaptic membranes of both excitatory and inhibitory neurons, regulating the release of dopamine, GABA and glutamate. In the periphery, CB1 is located in sensory neurons and sympathetic nerve terminals.

[Escriba aquí]

As for CB2, it is mainly expressed in immune cells, including microglia. (Cristino, 2020)

The ECS modulates synaptic plasticity by affecting the strength of interneuronal connections, which modulates the functioning of neuronal networks. THC activates the same receptors as endocannabinoids, interfering with their physiological action, which is, among others, the regulation of memory, reward, mood and sensitivity to stress.

THC, by activating CB1 receptors in a non-specific manner, disrupts the fine-tuned synaptic activity exerted by endocannabinoids, damaging the connectivity of neuronal networks and the functioning of the brain (Testai, 2022).

There is also evidence that suggests that long-term exposure to THC activates microglia and astrocytes, producing inflammatory cytokines (Melis, 2017).

Cannabis use and Sex differences

Different products with the psychoactive component THC can be obtained from the cannabis plant, in different proportions. Marijuana is obtained by crushing the dry leaves, flowers or small stems of the plant. Hashish is the substance obtained from the resin stored in the flowers of the female plant, hashish oil being its resin, dissolved and concentrated.

Regarding the THC content of these substances, with the information obtained through the seizure of said drugs, it has been proven that marijuana tripled the THC content between 2002 and 2020, in Spain, while hashish doubled. the content of this psychoactive substance, during the same period, reaching a historical maximum of 28.9%.

Cannabis can be consumed ingested or inhaled, with this second means being the most used among the general population (89.8% of cannabis users are also tobacco

[Escriba aquí]

smokers). In 2021, cannabis was the third most consumed psychoactive substance by young people between 14 and 18 years old, behind alcohol and tobacco. We have to take into account that, during that year, the consumption of said substance decreased, probably due to the Covid-19 pandemic, which led to restrictions on mobility and nightlife, typically associated with recreational consumption of this drug.

In 2020, men's consumption exceeds that of women, in all age groups, with consumption decreasing in both sexes as age increases. Both men and women mostly consumed marijuana (48.7%), 30.8% as much marijuana as hashish and 20.6% only hashish.

Regarding possibly problematic cannabis use, it has increased in students between 14 and 18 years old, being the highest recorded so far. This type of consumption is more prevalent in men than in women and increases, in this group, as age advances.

Regarding the population between 15 and 64 years old, 1.9% had possible problematic consumption (22.5% of those who used the substance in the last year), this type of consumption being more widespread among men than among women. (OEDA, 2022)

Preclinical studies

Preclinical studies in rats, reflect a greater sensitivity, on the part of females, to the reinforcing and rewarding effects of CB1 receptor agonists, with self-administration being faster, at higher rates, in greater quantities, with a lower response to extinction (Fattore, 2007) and greater recovery from stress-induced consumption (Fattore, 2010). Cannabinoids have specific effects, differentiated by sex, on anxious behaviors in rodents, with female rats being more sensitive to the anxiogenic effect of high doses of THC (Harte-Hargrove, 2012)

[Escriba aquí]

High doses of THC increase locomotor activity in female, but not male, mice (Wiley, 2003) and, in addition, female rodents develop greater tolerance to the effects of THC and show more withdrawal symptoms (Wakley, 2014).

Clinical studies

The data collected in clinical studies on the subjective reinforcing effects of THC are not so clear, since the results obtained can be contradictory. In any case, studies with regular users suggest that, consistent with preclinical results, women are more sensitive to the reinforcing effects of cannabis (Fogel, 2017), experience more severe withdrawal symptoms (Grant, 2006), and probably, for these reasons, they develop a substance abuse disorder substance quicker (*telescoping effect*), compared to men.

Typically, the age of onset of psychosis is later in women than in men, but cannabis use may reduce this difference. Additionally, increased frequency of cannabis use has been associated with an increase in psychotic disorders, especially in women.

Regarding the latter, cannabis consumption interacts with the brain growth factor (BDNF) genotype, which has been associated with an onset of psychosis at younger ages, only in BDNF Met carriers (Decoster, 2011), therefore that cannabis use can counteract a later presence of psychosis, perhaps in conjunction with other vulnerability factors.

Stressful life events

These events increase the risk of developing a FEP. Cognitive models of psychosis indicate how exposure to external stressors can affect people.

It is possible that having experienced a stressful life event modifies the way in which the individual values his or her social world, potentially leading to a more hostile perception of his or her environment.

The age and life circumstances of the individual also influence when facing these events, since our ability to cope varies depending on all these factors. Furthermore, the influence of stress on immature brains can lead to disorders in neurological development, which is why special attention has been paid to childhood and adolescence adversity. In these stages our thinking styles and beliefs are also created, so the impact of these types of events can contribute to the development of negative thoughts about oneself, the development of a worrying thinking style and biases in reasoning (Freeman, 2014)

Regarding the impact of stressful life events in adults, these can be an important predictor of health, both mental and physical, quality of life, social functioning and recovery from experiences suffered in childhood. Evidently, there may be a combination of bad experiences at different stages of life, which interact in a complex way, to lead the individual down the path of psychosis (Bebbington, 2011).

Urbanity

The influence of the environment on the development of psychosis has been described, with living in an urban environment being considered as a factor associated with the development of schizophrenia and other types of psychosis (Vassos, 2012), with differences found by sex, since This risk is more significant in men than in women (Kelly, 2010).

Several factors have been identified that could contribute to the association between urbanity and greater risk of psychosis, such as the greater social stress associated with living in urban areas. Likewise, urban environmental factors, such pollution, noise and greater exposure to certain infections due to population density could alter neurological development in stages of brain immaturity, such as the pre- and perinatal stage, childhood and adolescence. These urban environmental factors could

[Escriba aquí]

interact with genetic load, increasing the risk of developing psychosis in those vulnerable individuals (Krabbendam, 2005).

Low socioeconomic level

The significant economic and social differences of a capitalist world, like ours, can lead to experiences of discrimination, marginalization and poverty. Thus, having few economic resources implies an increase in daily hassles, due to the difficulties that occur in all areas of life: health-wise, social, work-related, etc., on a daily basis.

Daily hassles or continuous stress are associated with an increase in the secretion of cortisol, which causes vulnerability to suffering from different mental disorders such as, for example, depression (Sher, 2004).

Migration

Migration, in addition to being associated in its beginnings, for the most part, with a low socioeconomic status, entails many other challenges for the person and their mental health.

It requires, in any case, a great capacity to adapt to an environment that may be substantially different from that of origin, both at a sociocultural and religious level. Learning a new language, adapting to the social norms, food, etc., of the host place are challenges that the person must face.

Furthermore, in many cases, there is no social support, so the person only has their own resources to deal with all the changes that occur simultaneously.

Studies such as the one carried out in France (Tortelli, 2021) relate the area of origin of migrants as a factor that increases the risk of psychosis, even in comparison with other ethnic minority groups.

All of these factors can lead to a situation of vulnerability, which can affect both the physical and psychological health of migrants.

The role of acute stress in the onset of psychosis is sufficiently recognized at a clinical level, while the increase in the number of stressful events prior to the establishment of psychosis has not yet been consistently demonstrated. In any case, the role of acute stress, as explained in the diathesis-stress model described above, can increase vulnerability to subsequent stressful events. In fact, studies carried out on patients with this disorder, have shown that an increase in the frequency of stressful life events can precede a psychotic relapse (Mondelli, 2014).

2. Hypothesis

The confluence of various external factors influences the presentation of a first-episode psychosis (FEP). In this way, we hypothesize that the presence of ESLEs or other external factors, such as cannabis use and migration, could decrease the age of onset of FEP, as well as increase clinical psychopathology at the time of psychosis debut.

3. Objectives

- To explore the possible association between suffering from ESLEs, either in childhood, in adulthood or in both, and the psychopathological characteristics (according to PANSS, CDS, YMRS, EEAG scales) and clinical characteristics (affective versus non-affective psychosis) of the presentation of a FEP.
- To check whether having suffered from ESLEs throughout life, together with the circumstances associated with the migration process, can accelerate the appearance of a FEP.
- To investigate whether cannabis consumption can act synergistically with suffering ESLEs, to accelerate the appearance of FEP.

[Escriba aquí]

- Define whether age or sex influence the results that significant results from previous sections.

4. Methodology

4.1 Patients and study area

The patients who participated in the study are part of the Early Intervention in Psychosis program of Cantabria (ITPCan). It is a fundamentally healthcare protocol whose objective is comprehensive and multidisciplinary care for people who suffer from FEP, both in its first phases and in the following 3 years, which can be extended to a maximum of 5.

Inclusion criteria:

- Patients who have experienced a non-affective FEP (schizophrenia spectrum diagnoses: schizophrenia, schizophreniform disorder, brief psychotic disorder, delusional disorder, psychotic disorder not otherwise specified) or affective FEP (manic episode with psychotic symptoms, bipolar disorder with psychotic symptoms and disorders unspecified affective disorders with psychotic symptoms).
- Age between 17 and 65 years
- Be a resident in the Community of Cantabria
- Not having previously received antipsychotic treatment or, if so, the duration has not been longer than 6 months.
- Informed consent signature

Exclusion criteria:

[Escriba aquí]

- Suffering from a serious neurological illness or having suffered a significant head injury
- Moderate - severe intellectual disability
- Psychotic episode directly induced by substance use (Substance or medication induced psychotic disorder, F10-19)
- Substance dependence disorder, except tobacco and cannabis

The process of admission to the protocol begins with an interview with a nursing, to evaluate care needs, as well as initiate the therapeutic relationship with the patient and support their families.

Through an interview with a psychiatrist, the evaluation and diagnosis process begin, an initial therapeutic plan is established and the patient's manifest commitment to adhere to the program is obtained.

The care team is completed with an occupational therapist to work on aspects such as functional recovery.

The dynamic process of evaluation and diagnosis is carried out at different moments of the treatment, to guide the therapeutic process in the most effective way.

4.2 Instruments

In the initial visits, as well as in subsequent visits, data, both sociodemographic and clinical, are collected through different instruments created for this purpose, which include different scales and tests, widely validated for clinical application (see Annex 1):

- Clinic 0: Includes first psychiatric diagnosis (ICD-10), comorbidities, metabolic or other somatic diseases, Positive and Negative Schizophrenia Syndrome Scale (PANSS), Calgary Depression Scale (CDS), Young Mania Scale (YMRS), UKU Scale

on medication side effects, treatment prescribed at the beginning of the psychotic episode, concomitant medication, self-harm attempts and Global Activity Assessment Scale (EEAG)

- Physical health and lifestyle: Collects anthropometric data, personal history of diabetes, hypertension, cholesterol and vascular diseases, physical activity, alcohol, tobacco and cannabis consumption, as well as other psychoactive substances along with clinical analyses, to collect the current state of patient's physical health
- Generalities: Data are collected regarding waiting times and circumstances of the first contact with medical services after suffering from FEP, as well as psychiatric history and sociodemographic factors of interest.
- Quality of life: Health questionnaire (EQ-5D) that evaluates mobility, self-care, daily activities, pain, symptoms of anxiety and/or depression, and feelings about current health status.
- Initial functioning: Functioning Assessment Test (FAST), which investigates autonomy, work functioning, cognitive functioning, finances, interpersonal relationships, and leisure.
- Initial social: Initial occupation, studies, income, disabilities and degree of dependency
- 3M Cognitive Assessment: Includes processing speed, verbal and visual working memory, verbal and visual long-term memory, verbal fluency, reasoning and problem solving, attention and vigilance. It is highlighted that it is at 3 months that the first cognitive evaluation of the individual is carried out, since it is understood that before then they are not in optimal conditions to perform this type of tests.

[Escriba aquí]

- Background: Includes the Questionnaire of Stressful Life Events (CAVE) and Premorbid Adjustment (PAS).
 - o CAVE: To measure both the quantity and impact of different stressful life events, the Questionnaire of Stressful Life Events (QSLE) (Burtjosa, 2017), Spanish version: Cuestionario de Acontecimientos Vitales Estresantes (CAVE) (Annex 2).

This is a self-administered questionnaire, in which the patient has to indicate, with respect to the different events, whether or not they have occurred in their life, only once or several times, whether the sensation they produced was pleasant or annoying (given that there are positive stressful events), as well as the degree of anxiety they produced, on a scale from 0 to 10.

It is made up of a total of 52 items, which correspond to stressful events, classified into 5 groups, depending on the area in which they occurred:

- School stage: questions 1 to 4
- Employment stage: questions 5 to 16
- Couple relationships: questions 17 to 30
- Family relationships: questions 31 to 39
- Other events: questions 40 to 52

In the present study, the intention is to investigate the impact of extreme stressful events (ESLEs) so, for this purpose, they are considered as such, when the average score of the sample for the anxiety referred to the event is equal to or greater than 8 points. (on a maximum scale of 10).

[Escriba aquí]

- Premorbid adjustment (PAS Questionnaire): The patient's sociability is evaluated at different stages of life (childhood, early and late adolescence, as well as adulthood)

4.3 Data analysis

The data analysis was carried out with the IBM SPSS.27 statistical package (IBM, 2020) for Windows, executing a first descriptive analysis, calculating the means and standard deviations (SD) of the continuous variables, as well as the frequencies (N) and their corresponding percentages, in the case of categorical variables.

To determine if there were differences in the psychopathological scores of the PANSS scales (positive, negative, general and total), CDS, YMRS, EEAG depending on suffering from ESLEs at any stage of life, Student's t tests were carried out, always prior to verification of normality with the Kolmogorov-Smirnov test and homoscedasticity (equality of variances) with the Levene test. Likewise, to determine if there were differences between the type of psychosis (affective psychosis versus non-affective psychosis) and suffering from ESLEs at any stage of life, Chi-square tests were performed.

Within the group of patients who had suffered ESLEs at some point in their lives, a variable called 'time elapsed from the first ESLE to the onset of psychosis' was calculated by calculating the difference between the age of inclusion in ITPCan (and consequently, of debut of the FEP) and the age of the first traumatic event of each category. In these patients, univariate analyzes were performed using Student's t tests to check if there were differences in said elapsed time, depending on certain external factors such as migration or cannabis consumption.

[Escriba aquí]

Finally, with the variable that was significant in terms of the time elapsed from the ESLE to the FEP, a General Linear Model (GLM) was carried out where the dependent variable would be the factor that was significant in the univariate analysis, the independent variable would be the cannabis use, and sex and age were considered as covariates.

An alpha value of $p < 0.05$ was used in all analyzes to consider statistical significance.

4.4 Ethical aspects

All patients are part of a care program, in which data is collected for clinical research, participation in said program does not entail any additional risk for those who participate in it.

Furthermore, when starting the program, all patients must sign an Informed Consent or, if applicable, their legal representative will do so, approved by the CEIm (Committee for Research with Medications) of Cantabria.

5. Results

5.1 Sociodemographic characteristics of the sample

112 patients were included, whose FEP occurred between January 2020 and June 2023, who were seen in the early phase psychosis intervention consultations (ITPCan), of Cantabrian Health Service (SCS).

The mean age at the onset of psychosis was 35.8 years, with a standard deviation (SD) of 11.5. 53.6% of the patients (60 of 112) were over 35 years of age. Regarding sex, the distribution was 50% men (n=56) and 50% women (n=56).

With respect to cohabitation, at the time the FEP occurred, 21 patients (18.8%) lived alone, 33 patients (29.5%) lived with their romantic partner, 49 patients (43.6%) lived with their parents, children and/or grandparents, leaving 9 patients (8.1%), who had a different type of relationship with the people they lived with.

Of the entire sample, only 1 patient had no education, while 62 (55.4%) had completed compulsory studies, 26 had vocational training studies and 23 (23.2%) had completed university studies.

Regarding the economic activity carried out, at the time of inclusion in ITPCan, 39 patients (34.8%) were unemployed, 26 patients (23.2%) were actively working, 17 patients (15.2%) were studying, 13 patients (11.6%) were on medical leave, 5 patients (4.5%) were neither studying nor working, 5 (4.5%) were receiving a pension and another 5 (4.5%) were housekeepers. Two patients were not included in any of these sections, because they were in another category type of situations.

Regarding the clinical characteristics of the sample at the time of onset of psychosis, 72 patients (65%) required hospital admission, while the rest (40 patients)

[Escriba aquí]

began outpatient follow-up. Of the patients admitted, 52 (72.2%) did so against their will (with prior judicial authorization), 20% (27.8%) requiring medical restraint. Note that 7 patients (6.5% of the sample) presented suicidal behavior at the onset of the psychotic episode.

The mean duration of untreated psychosis at the time of diagnosis (DUP) was 18.5 months (SD=46.8), with the median being 3 months (maximum DUP of 30 years with untreated psychosis and minimum of 2 days).

In addition, 55 patients (47.7%) had a psychiatric history in their family.

The diagnoses at the time of the beginning of the FEP are distributed according to the following table:

Diagnosis	N	%
Schizophrenia (F20)	38	33.9
Schizophreniform disorder (F20.81)	6	5.4
Delusional disorder (F22)	9	8
Brief psychotic disorder (F23)	17	15.2
Schizoaffective disorder (F25)	5	4.5
Disorder unspecified psychotic (F29)	19	17
Manic episode with psychotic symptoms (F31.2)	Fifteen	13.3
Depressive episode with psychotic symptoms (F31.5)	3	2.7

Table 1. Main diagnoses (code F according to ICD-10)

The dichotomization between non-affective psychoses (schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, brief psychotic disorder and psychotic disorder not otherwise specified) and affective psychoses (manic or depressive episodes with psychotic symptoms), was 23 patients (20.5%) in the affective psychosis group, compared to 89 patients (79.5%), who presented a non-affective psychosis.

5.2 Descriptive analysis of stressful life events

Annex 2 reflects the descriptive information of each of the 52 stressful events that are included in the CAVE, indicating the means and standard deviations of the different data collected. Of the 52 stressful events, those that are considered ESLEs can be seen in Table 2 and Table 3 due to a score on the anxiety scale greater than 8 out of 10. In the case of ESLEs that occurred in childhood, the age mean was 12.1 years for item 32 "Suffer abandonment or abuse by the family" and 10.8 years for item 41 "Suffer sexual assault".

Item No.	Item Description	Degree of anxiety
6	Serious problems with boss with aggression or judicialization	8
23	Physical or psychological abuse by the partner	8.7
25	Serious illness of the partner	8
26	Death of the couple	9.5
29	Abortions in the couple	8.3
37	Death of a 1st Degree Relative	8.8
41	Suffering sexual assault	8.4

Table 2. ESLEs in adulthood

Item No.	Item Description	Degree of anxiety
32	Suffering abandonment or abuse from the family	8.5
41	Suffering sexual assault	8.4

Table 3. ESLEs in childhood age

From the total sample, 84 patients (46 women and 38 men), (75% of the sample) had suffered from some ESLE throughout their lives.

Out of these 84 patients, 76 had experienced a ESLE in adulthood, prior to the onset of psychosis, while 30 patients suffered a childhood ESLE. Additionally, 23 patients experienced both childhood and adult ESLEs.

The mean time elapsed between the first ESLE at any stage of life and the onset of psychosis was 17.1 years (SD=13.8, median=14), with no significant differences regarding this mean time between men (16.9 years, SD=15.0) and women (17.3 years, SD=12.8) ($t=0.1$; $p=0.917$).

5.3 Descriptive analysis on migration

Out of the total patients, 94 (83.9%) were born in Spain, while 18 patients (16.1%) came from abroad. Taking as a reference the total population registered in Cantabria in 2022 (data from the National Statistics Institute), the registered population of foreign origin represented 6.2% of the total, with the percentage of migrant population being much higher in the ITPCan patient sample.

The 18 foreign patients have different countries of origin, the most notable being Colombia, to which 5 of them belong, with a large majority of the population coming from Central and South America (11 of the 18 patients).

5.4 Descriptive analysis of cannabis consumption

In reference to the consumption of toxic substances, 38 of the 112 patients (34%) were THC users. Of them, 21 (18.8%) were exclusively cannabis users, while 17 (15.2%) were users of multiple substances, including cannabis. Of the 112 patients, 55 (49.1%) did not consume psychoactive substances. For more information, Table 4 reflects the main toxic substances consumed by patients.

Consumption	N	%
Alcohol	3	2.7
Cannabis	21	18.8
Cocaine	2	1.8
Tobacco	14	12.5
Multiple	17	15.2
No consumption	55	49.1

Table 4. Main toxic substances consumed

5.5 Relationships object of analysis based on the presence of ESLEs

No significant differences were found between experiencing an ESLE, at any stage of life, and the initial total PANSS score ($F=0.7$; $p=0.102$), positive PANSS ($F=0.2$; $p=0.496$); PANSS negative ($F=7.5$; $p=0.060$); general PANSS ($F=0.1$; $p=0.141$); CDS ($F=1.8$; $p=0.103$); YMRS ($F=0.2$; $p=0.070$) and EEAG ($F=0.8$; $p=0.489$). It can be seen that there are differences (although not significant) in the initial score of the negative PANSS and the YMRS. In this way, patients who had suffered ESLEs at any time in their lives had lower scores on the negative PANSS, and higher scores on the YMRS mania scale, compared to those who had not suffered ESLEs. Nor were any significant differences found between the scores of the different scales and the fact of having suffered ELSEs in adulthood, childhood or both.

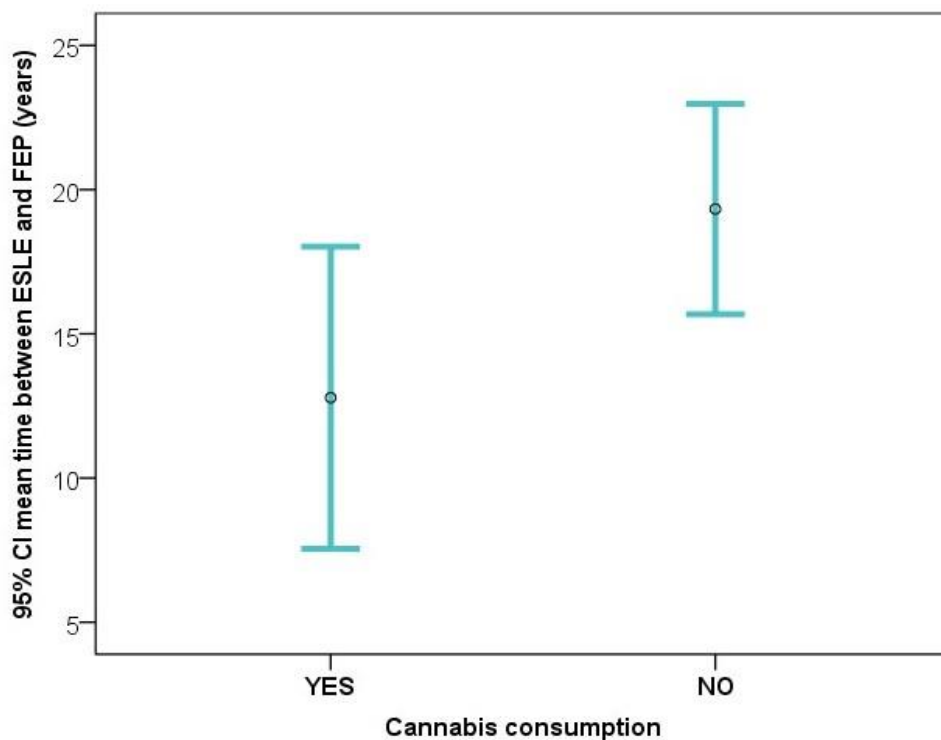
Regarding the type of psychosis diagnosed (affective versus non-affective psychosis), no differences were found between having or not having suffered an ESLE at any stage of life ($X^2=0.2$; $p=0.685$). Nor was a relationship found with the presence of ESLEs at any specific stage (adulthood, childhood stage or both).

[Escriba aquí]

Among the 84 patients who had suffered an ELSE at any stage of life, no significant differences were found between the time elapsed from the first ELSE to the onset of psychosis and the migration condition ($F=1.9$; $p=0.494$). However, regarding the time elapsed from the first ESLE until the onset of psychosis, depending on whether cannabis was consumed or not, a statistically significant difference is observed (see Table 5 and Figure 1), so that the average time elapsed from the first ESLE to psychotic debut in cannabis-using patients is significantly shorter than the time elapsed between the first ESLE and the onset of FEP in non-cannabis-using patients (12.8 vs. 19.3 years; $t=2.1$; $p=0.039$).

Cannabis use	N	Average time between the first ESLE and FEP (in years)	Factors
Yes	28	12.8 (SD=13.51)	$t=2.1$; $p=0.039^*$
No	55	19.3 (SD=13.5)	

Table 5. Relationship between cannabis consumption and the average time between the first ESLE and the debut of the FEP.



[Escriba aquí]

Figure 1. Average time elapsed from first ESLE to the debut of the FEP, in years, depending on cannabis consumption.

Abbreviations: AVE: Extreme Life Event; FEP: first-episode psychosis; CI: Confidence interval.

Among these 84 patients who had suffered an ESLE at any time in their lives, a third (28 patients) were THC users, with the proportion of male users (n=21) being statistically higher than that of female users (n=7). ($X^2=13.2$; $p\leq 0.001$).

When covarying this influence of cannabis on the time elapsed from the first ESLE to the beginning of the FEP by the factor 'sex', 'age' and 'type of psychosis', a single significant interaction was found: sex*cannabis ($F= 5, 3$; $p=0.024$). As seen in Table 6 and Figure 2, female cannabis users had a significantly shorter time elapsed from first ESLE to psychotic debut than the time elapsed in non-consuming women (8.7 vs. 18.8 years, $F=4.0$; $p=0.005$). Regarding the male subjects, although the time elapsed between the first ESLE and the onset of psychosis is shorter in male cannabis users compared to non-users, this difference was not statistically significant (14.1 vs. . 20.4 years, $F=1.7$;

Sex	Cannnabis use	N	Time elapsed from ESLE to FEP	Factors
Women N=45	Yes	7	8.7 (6.2)	F=4.0; p=0.005*
	No	38	18.8 (13.1)	
Man N=38	Yes	twenty-one	14.1 (15.0)	F=1.7; p=0.205
	No	17	20.4 (14.7)	

Table 6. Relationship between cannabis consumption and the average time between first ESLE and the debut of FEP in women and men.

[Escriba aquí]

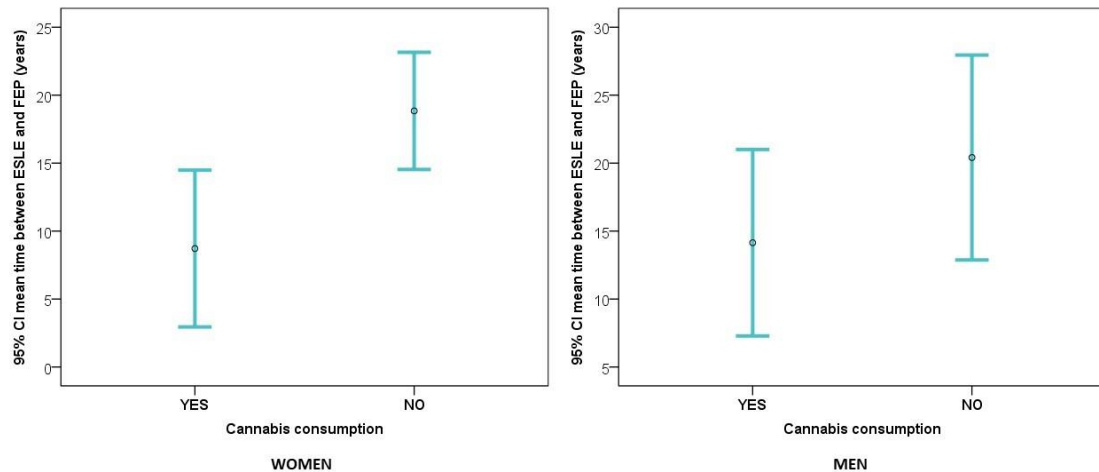


Figure 2. Average time elapsed from AVE to the debut of the FEP, in years, depending on cannabis consumption, in women and men

Abbreviations: ESLE: Extreme Stressful Life Event; FEP: first-episode psychosis; CI: Confidence interval.

6. Discussion

Except in very specific cases, such as intoxication by certain psychoactive substances, the appearance of a psychotic episode may be due to different risk factors and/or precipitants, which can act cumulatively, or synergistically, to contribute to this first episode.

According to the literature reviewed, among the most studied factors are genetic factors, stress and trauma, migration (including subsequent membership in ethnic minority groups), as well as cannabis use.

Regarding the possible synergistic relationship between having suffered an extreme stressful life event (ESLE) and cannabis consumption, accelerating the appearance of a first episode of psychosis (FEP), a significant relationship was found between both, given that the cannabis consumption, shortened the time between the first ESLE suffered and the FEP, being an average of 12.78 years for cannabis users and 19.32 years for non-consumers of said substance.

However, when sex is used as a covariate, our results reveal that cannabis consumption acts as a catalyst between the first ESLE suffered and the debut of FEP only in women, without finding a significant effect in men. In the case of women, the average time of appearance of FEP, with respect to the first ESLE suffered, was reduced by just over 50%, for those cannabis users compared to non-consumers (8.7 versus 18.8 mean years elapsed between the first ESLE and the FEP in cannabis users and non-consumers).

It should be high-lighted that there are sex-related differences in the endocannabinoid system (ECS) that have been demonstrated in both preclinical and clinical studies. For example, male rodents have a higher CB1 receptor density in most brain regions, except in the amygdala, where females have a greater amount (Castelli, 2013).

Furthermore, even though they have a lower density of CB1 receptors in general, females show greater activity in these receptors and greater desensitization after exposure to chronic cannabis use (Burston, 2010), as well as altered expression of these receptors (Silva, 2016).

Preclinical studies show that stress suffered at an early age increases the expression of CB1 receptors in females and decreases it in males (Alteba, 2016).

Furthermore, sex hormones modulate the endocannabinoid system acutely or tonically, including in the response to cannabinoids. Most of the information regarding this influence has been obtained in preclinical studies.

Females of fertile age have a lower density of CB1 receptors in the prefrontal cortex and amygdala, compared to ovariectomized females, in which this density can be reduced with the administration of estradiol (Castelli, 2014).

The ovarian hormone estradiol also influences transcription, protein coupling, signal transduction and levels of endogenous endocannabinoids, in addition to modulating the response to exogenous (Lenne, 2010), and the administration of estradiol can restore

[Escriba aquí]

differences in gender in self-administration, in ovariectomized females, at the levels of those of fertile age.

These studies indicate that estradiol can increase the reward effect and attenuate the cognitive deficits induced by THC.

Faster self-administration and at higher rates of THC, along with the development of greater tolerance and withdrawal symptoms, may contribute to faster and more severe dependence in females, compared to males (Nia, 2018).

With respect to other sex hormones, testosterone, administered to gonadectomized males, decreased withdrawal symptoms, while both estradiol and progesterone increased in ovariectomized females (Marusich, 2015).

Based on previous literature, a possible explanation for the catalytic effect of cannabis, in terms of the time elapsed between ELSE and FEP, in women, could be the fact that, as has been said, reinforcing effects occur in women, as well as increased withdrawal symptoms, compared to men. This is because women's CB1 receptors are more active and more desensitized to chronic cannabis exposure. The effects of cannabis may also be accentuated by female hormones such as estradiol and progesterone. These events can induce the telescoping phenomenon in women, which implies a more rapid transition from substance use to abuse, which would imply an increase in cannabis consumption and, consequently, its psychosis-inducing effects (Fattore, 2010).

Furthermore, suffering from an ESLE can affect microglia, due to the increase in glucocorticoids, which would increase the release of glutamate, resulting in the proliferation of microglia through NMDA receptors, generating a vicious circle that leads to neuronal damage.

It is possible that the mechanism that links both cannabis and trauma is the CB2 receptor, which is expressed primarily in immune cells, including microglia.

There could also be genetic causes, due to the direct influence of the sex chromosomes (those located in the X or Y genes, which control the expression of cannabinoid receptors), or psychological causes, for instance, different types of coping with trauma between men and women.

Limitations

The greatest limitation of this work is the relatively small sample size, since it may influence some associations not reaching significance (for example, the non-significant relationship between the presence of ESLE and less negative symptomatology, measured with the negative PANSS, and greater manic symptoms, measured with the YMDR), so it would be interesting to replicate this study, with a larger sample size, to reinforce the results and to be able to establish if there are other associations between factors that are of interest.

It should also be taken into account, when interpreting the results, that a large part of the studies that reflect sex differences in the impact of cannabis on the brain are mostly carried out with animal models. In addition to physiological differences with humans, in these studies THC is administered intravenously to allow for more precise dosing. However, its pharmacokinetics are different from that of inhaled consumption, which is the most common in humans and which was considered for this study. Likewise, it is important to consider that the studies are carried out exclusively with THC, while human consumption of cannabis involves the additional absorption of many other substances, such as CBD, that may contribute to the observed effects. The psychomimetic effects of cannabis can vary, depending on the concentration of THC in relation to the rest of the components, something that is very variable in cannabis marketed for human consumption. It should also be noted that working with female animals in the laboratory allows us to know what phase of the menstrual cycle they are

[Escriba aquí]

in, which give us more control about the possible effect of the different hormonal concentrations during the different phases of the cycle, a circumstance that is difficult to convey in such a precise way. to the field of research with people.

Another limitation inherent to data collection is that information about use and traumatic events is obtained through patient statements. This may introduce personal biases or inaccuracies in the information collected.

Future perspectives

The findings of this study open several lines of future research and proposals to improve clinical intervention on the risk factors of FEP.

Some of the main perspectives include expanding the sample size and conducting multicenter studies with diverse populations and cultural contexts. This could help generalize the results and adapt intervention strategies to different settings.

In order to personalize prevention and intervention strategies, it would also be advisable to explore genetic predisposition and the identification of specific biomarkers that can predict vulnerability to developing psychosis in individuals exposed to ESLEs and who consume cannabis. Efforts in this field should focus on the development of prevention programs aimed at at-risk populations, particularly young people who use cannabis and have experienced ESLEs.

Conclusions

As our hypothesis was that various external factors influences, such as cannabis use or migration, could decrease the age of onset of a FEP, as well as increase clinical psychopathology at the time of psychosis debut, the presentation of a first-episode psychosis (FEP), we have explored individual and synergistic influence of migration and cannabis.

We found no significative association between suffering ESLEs, either in childhood, in adulthood or in both and the psychopathological and clinical characteristics (affective versus non-affective psychosis) of the presentation of a FEP.

We also found that the migration process, alongside with having suffered ESLEs, doesn't accelerate the appearance of a FEP.

The results support that there is a synergetic influence between cannabis consumption and having suffered ESLEs, which accelerate the appearance of a FEP, only among women.

[Escriba aquí]

Bibliography:

Alteba S, Korem N, and Akirav I, Cannabinoids reverse the effects of early stress on neurocognitive performance in adulthood. *Learn Mem*, 2016 23(7): p 349-358

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013

Aysegul Yay Pence, Lotta-Katrin Pries, Maria Ferrara, Bart P.F. Rutten, Jim van Os, Sinan Guloksuz, Gender differences in the association between environment and psychosis, *Schizophrenia Research*, Volume 243, 2022, pages 120-137

Bebbington. P., Jonas, S., Kuipers. E, King, M., Cooper, C., Brugha. I, Meltzer, H., McManus, S., Jenkins, R., 2011. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry* 199. 29-37

Belloch A, Sandín B, Ramos F (2002) Manual de psicopatología Volumen 2 Editorial McGrawHill

Burnston JJ, et al., Regional enhancement of cannabinoid CB1 receptor desensitization in female adolescent rats following repeated Delta-tetrahydrocannabinol exposure. *Br J Pharmacol*, 2010 161(1): p 103-112

Butjosa, A., Gómez-Benito, J., Myin-Germeys, I., Barajas, A., Baños, I., Usall, J., Grau, N., Granel, L., Sola, A., Carlson, J., Dolz, M., Sánchez, B., Haro, J. M., GENIPE group, & Ochoa, S. (2017). Development and validation of the Questionnaire of Stressful Life Events (QSLE). *Journal of psychiatric research*, 95, 213–223.

Castelli MP, et al., Male and female rats differ in brain cannabinoid CB1 receptor density and function and in behavioural traits predisposing to drug addiction: effect of ovarian hormones. *Curr Pharm Des*, 2014 20(13): p 2100-2113)

Castelli, M. P., Fadda, P., Casu, A., Spano, M. S., Casti, A., Fratta, W., & Fattore, L. (2014). Male and female rats differ in brain cannabinoid CB1 receptor density and function and in behavioural traits predisposing to drug addiction: effect of ovarian hormones. *Current pharmaceutical design*, 20(13), 2100–2113.

Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>

Colizzi M, Murray R (2018) Cannabis and psychosis: what do we know and what should we do? *Br J Psychiatry* 212(4):195-196

Cristino L, Bisogno T, Di Marzo V. Cannabinoids and the expanded endocannabinoid system in neurological disorders. *Nat Rev Neurol* 2020; 16:9-29

Decoster J, et al., Age at onset of psychotic disorder: cannabis BDNF Val66Met, and sex-specific models of gene-environment interaction. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2011 156B(3): p 363-369

Esterberg ML, Trotman HD, Holtzman C, Compton MT, Walker EF (2010) The impact of a family history of psychosis on age-at-onset and positive and negative symptoms of schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 120(1-3): 121-130

Fattore L, et al., Cannabinoid self-administration in rats: sex differences and the influence of ovarian function. *British Journal of Pharmacology*, 2007 152(5): p 795-804

Fattore L, et al., Drug- and cue-induced reinstatement of cannabinoid-seeking behavior in male and female rats: influence of ovarian hormones. *British Journal of Pharmacology*, 2010 160(3): p724-735

Fogel JS, et al., Sex differences in the subjective effects of oral Delta(9)-THC in cannabis users. *Pharmacol Biochem Behav*, 2017;152: p 44-51

Freeman, d., Garety, P., 2014 Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 49 1179-1189

Gayer-Anderson, C., Jongsma, H. E., Di Forti, M., Quattrone, D., Velthorst, E., de Haan, L., Selten, J. P., Szöke, A., Llorca, P. M., Tortelli, A., Arango, C., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J. L., Arrojo, M., Parellada, M., Tarricone, I., Berardi, D., Ruggeri, M., ... Morgan, C. (2020). The European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions (EU-GEI): Incidence and First-Episode Case-Control Programme. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(5), 645–657.

[Escriba aquí]

- Grant JD, et al., A comparison of the latent class structure of cannabis problems among adult men and women who have used cannabis repeatedly. *Addiction*, 2006 101(8): p 1133-1142
- Guía de Psicoeducación para familias de personas diagnosticadas de psicosis. Gobierno de Cantabria. Conserjería de Sanidad
- Harte-Hargrove LC and Dow-Edwards DL, Withdrawal from THC during adolescence: sex differences in locomotor activity and anxiety. *Behav Brain Res*, 2012 231(1): p 48-59
- Hinwood M, Morandini J, Day TA, Walker FR. Evidence that microglia mediate the neurobiological effects of chronic psychological stress on the medial prefrontal cortex. *Cereb Cortex* 2012;22:1442-1454
- Hong S, Beja-Glasser VF, Nfonoyim BM, Frouin A, Li S, Ramakrishnan S et al Complement and microglia mediate early synapse loss in Alzheimer mouse models. *Science* 2016: 352: 712-716
- IBM SPSS Statistics for Windows 2020. Versión. 27.0. (IBM Corp)
- Kaindl AM, Degos V, Peineau S, Gouadon E, Chhor V, Loron G et al. Activation of microglial N-methyl-D-aspartate receptors triggers inflammation and neuronal cell death in the developing and mature brain. *Ann Neural* 2012;72: 536-549
- Kettenmann H, Kirchhoff F, Verkhratsky A. Microglia: new roles for the synaptic stripper. *Neuron* 2013; 77:10-18
- Kirkbride JB, Hameed Y, Ioannidis K, Anikireddy P, Crane CM, Nasir M, Kabacs N, Metastasio A, Jenkins O, Espandian A et al (2017) Ethnic minority status, age-at-immigration and psychosis risk in rural environments: evidence from the SEPEA study. *Schizophr Bull* 43(6): 1251-1261
- Krabbendam L, Van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophr Bull*. 2005 Oct; 31(4): 795-799
- Lenne MG, et al., The effects of cannabis and alcohol on simulated arterial driving: Influences of driving experience and task demand. *Accid Anal Prev*, 2010 42(3): p 859-866
- Marusic JA, et al., The impact of gonadal hormones on cannabinoid dependence. *Exp Clin Psychopharmacol*, 2015 23(4): p 206-216
- Melis M, Frau R, Kalivas PW, Spencer S, Chioma V, Zamberletti E, Rubino T, Parolaro D, New vistas on cannabis use disorder *Neuropharmacology* 2017;124:6272
- Meltzer HY, Stahl SM. The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review. *Schizophr Bull*. 1976; 2(1): 19-76
- Mondelli V. From stress to psychosis: whom, how, when and why? *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014;23:215-218
- Nair A, Bonneau RH. Stress-induced elevation of glucocorticoids increases microglia proliferation through NMDA receptor activation. *J Neuroimmunol* 2006;171: 72-85
- Nia, A. B., Mann, C., Kaur, H., & Ranganathan, M. (2018). Cannabis Use: Neurobiological, Behavioral, and Sex/Gender Considerations. *Current behavioral neuroscience reports*, 5(4), 271–280.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía Cannabis 2022. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022. 126 p.
- Paolicelli RC, Bolasco G, Pagani F, Maggi L, Scianni M, Panzanelli P et al. Synaptic pruning by microglia is necessary for normal brain development. *Science* 2011;333: 1456-1458
- Romero P, Peris A, Vergara K, Matus JT. Comprehending and improving cannabis specialized metabolism in the systems biology era. *Plant Sci*.2020;298:110571
- Sher L. (2004). Daily hassles, cortisol, and the pathogenesis of depression. *Medical hypotheses*, 62(2), 198–202.
- Sierra a, Gottfred-Blackmore A, Milner TA, McEwen BS, Bulloch K. Steroid hormone receptor expression and function in microglia *Glia* 2008; 56:659-674

[Escriba aquí]

Silva L, et al., Sex and age specific effects of delta-9-tetrahydrocannabinol during the periadolescent period in the rat: The unique susceptibility of the prepubescent animal. *Neurotoxicol Teratol*, 2016 58: p 88-100

Testai, F. D., Gorelick, P. B., Aparicio, H. J., Filbey, F. M., Gonzalez, R., Gottesman, R. F., Melis, M., Piano, M. R., Rubino, T., Song, S. Y., & American Heart Association Stroke Brain Health Science Subcommittee of the Stroke Council; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; and Council on Peripheral Vascular Disease (2022). Use of Marijuana: Effect on Brain Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 53(4), e176–e187.

Tortelli, A., Simon, P., Lehouelleur, S., Skurnik, N., Richard, J. R., Baudin, G., Ferchiou, A., Leboyer, M., Schürhoff, F., & Szöke, A. (2021). Characteristics associated with the risk of psychosis among immigrants and their descendants in France. *Brain and behavior*, 11(5), e02096

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, van Os J, Bental RP (2012) Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 38(4):661-671

Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM (2012) Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull* 38 (6): 1128-1123

Wakley AA, Wiley JL, and Craft RM, Sex differences in antinociceptive tolerance to delta-9-tetrahydrocannabinol in the rat. *Drug Alcohol Depend*, 2014 143: p 22-28

Walker EF, Diforio D. Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychol Rev* 1997; 104: 667-685

Wiley JL., Sex-dependent effects of delta 9-tetrahydrocannabinol on locomotor activity in mice. *Neurosci Lett*, 2003 352(2): p 77-80



ITP-Can

VISITA INICIAL

CLÍNICA 0

CÓDIGO

FECHA:

EVALUADOR:

TFNO CONTACTO:

1. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PRINCIPAL CIE-10

F20-F29

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (TID)

1. ESQUIZOFRENIA (F20)
 - 1.1 Esquizofrenia paranoide
 - 1.2 Esquizofrenia hebefrénica
 - 1.3 Esquizofrenia catatónica
 - 1.4 Esquizofrenia indiferenciada
 - 1.5 Depresión post-esquizofrénica
 - 1.6 Esquizofrenia residual
 - 1.7 Esquizofrenia simple
 - 1.8 Otra esquizofrenia
 - 1.9 Esquizofrenia sin especificación
2. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO (F21)
3. TR IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES (F22)
 - 3.1 Trastorno de ideas delirantes
 - 3.2 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes
 - 3.3 Tr ideas delirantes persistentes sin especificación
4. TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS (F23)
 - 4.1 Tr psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia
 - 4.2 Tr psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
 - 4.3 Tr psicótico agudo de tipo esquizofrénico
 - 4.4 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
 - 4.5 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios
 - 4.6 Tr psicótico agudo transitorio sin especificación
5. TRASTORNOS IDEAS DELIRANTES INDUCIDO (F24)
6. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO (F25)
 - 6.1 Tr esquizoafectivo de tipo maniaco
 - 6.2 Tr esquizoafectivo de tipo depresivo
 - 6.3 Tr esquizoafectivo de tipo mixto
 - 6.4 Otros trastornos esquizoafectivos
 - 6.5 Tr esquizoafectivo sin especificación
7. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS NO ORGÁNICOS (F28)
8. PSICOSIS NO ORGÁNICA SIN ESPECIFICACIÓN (F29)



F30-F39

Trastornos del humor (afectivos)

1. EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS (F30.2)
2. TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS (F31.2)
3. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo con síntomas psicóticos (F31.5)
4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
5. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3)



2. OTROS DIAGNÓSTICOS CIE-10 (COMORBILIDAD)

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	1. Debidos al consumo de OH (F10) 2. Debidos al consumo de opiodes (F11) 3. Debidos al consumo de THC (F12) 4. Debidos al consumo de sedantes/hipnóticos (F13) 5. Debidos al consumo de cocaína (F14) 6. Debidos al consumo de otros estimulantes (F15) 7. Debidos al consumo de alucinógenos (F16) 8. Debidos al consumo de tabaco (F17) 9. Debidos al consumo de disolventes volátiles (F18) 10. Debidos al consumo de múltiples sustancias u otras (F19)	☐ ☐
F60-F69 Trastornos de la personalidad	1. TP paranoide (F60.0) 2. TP esquizoide (F60.1) 3. TP disocial (F60.2) 4. T de inestabilidad emocional (F60.3) 5. TP histriónico (F60.4) 6. TP anancástico (F60.5) 7. TP por evitación (F60.6) 8. TP dependiente (F60.7) 9. Otros TP (F60.8) 10. TP sin especificación (F60.9)	☐

3. DIAGNÓSTICOS ENFERMEDADES SOMÁTICAS

Enfermedades metabólicas y otras enfermedades somáticas	1. Sí 2. No
Obesidad	☐
Dislipemias	☐
Diabetes Mellitus	☐
H.T.A.	☐
Otras:	☐

4. PSICOPATOLOGIA PSICÓTICA (PANSS)

NA	1	2	3	4	5	6	7
No valorado	Ausente	Muy leve	Leve	Moderado	Moderado-Severo	Severo	Extr Severo

1- Delirios	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
2- Desorganización conceptual	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
3- Alucinaciones	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
4- Excitación	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
5- Grandiosidad	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
6- Susplicacia/prejuicio	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
7- Hostilidad	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
8- Embotamiento afectivo	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
9- Retraimiento emocional	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
10- Contacto pobre	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
11- Retraimiento social	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
12- Pensamiento abstracto	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
13- Fluidez de la conversación	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
14- Pensamiento estereotipado	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
15- Preocupación somática	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
16- Ansiedad	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
17- Sentimientos de culpa	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
18- Tensión motora	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
19- Manierismos y posturas	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
20- Depresión	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
21- Enlentecimiento motor	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
22- Falta de colaboración	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
23- Pensamientos inusuales	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
24- Desorientación	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
25- Atención deficiente	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
26- Ausencia de insight	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
27- Trastornos de volición	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
28- Control deficiente de los impulsos	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
29- Ensimismamiento	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐
30- Evitación social activa	NA	1	2	3	4	5	6	7.....	☐

5. PSICOPATOLOGIA AFECTIVA

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY – CDS

1- Depresión..... ☐

¿Cómo describiría usted su humor durante las 2 últimas semanas: se ha mantenido razonablemente alegre o ha estado muy deprimido o bajo de espíritu recientemente? ¿En las 2 últimas semanas con qué frecuencia ha estado....(propias palabras)? ¿Todos los días? ¿Durante todo el día?

0. Ausente
1. Leve. Expresa alguna tristeza o desaliento sobre la pregunta.
2. Moderado. Claro humor deprimido que persiste menos de la mitad del tiempo durante las 2 últimas semanas; presencia diaria.
3. Grave. Marcado humor deprimido que persiste diariamente más de la mitad del tiempo e interfiere con el funcionamiento motor y social normal

2- Desesperanza..... ☐

¿Cómo ve su propio futuro? ¿Puede ver algún futuro o la vida le parece sin esperanza? ¿Se ha rendido o aún le queda alguna razón para seguir?

0. Ausente
1. Leve. Ha sentido alguna vez desesperanza durante la última semana pero aún tiene algún grado de esperanza para el futuro.
2. Moderado. Sentimiento de desesperanza persistente y moderado durante la última semana. Puede ser persuadido a reconocer la posibilidad de que las cosas vayan mejor.
3. Grave. Sentimiento de desesperanza persistente y doloroso.

3- Autodepreciación..... ☐

¿Cuál es la opinión acerca de sí mismo comparado con las demás personas? ¿Se siente usted mejor, peor, o similar a la mayoría? ¿Se siente usted inferior o incluso inútil?

0. Ausente
1. Leve. Algún sentimiento de inferioridad pero sin llegar a sentirse inútil.
2. Moderado. El sujeto se siente inútil, pero menos del 50% del tiempo.
3. Grave. El sujeto se siente inútil más del 50% del tiempo. De otra manera, puede ser cuestionado a reconocerlo.

4- Ideas culpables de referencia..... ☐

¿Tiene la sensación de que está siendo culpado de algo o incluso erróneamente acusado? ¿De qué? (no incluir culpas o acusaciones justificadas. Excluir delirios de culpa)

0. Ausente
1. Leve. El sujeto se siente culpado pero no acusado, menos del 50% del tiempo.
2. Moderado. Sentimiento persistente de ser culpado y/o sentimientos ocasionales de ser acusado
3. Grave. Sentimiento persistente de ser acusado. Cuando se le cuestiona reconoce que no es así.

5- Culpa patológica..... ☐

¿Tiende a culparse usted mismo por pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado? ¿Cree usted que merece estar tan preocupado por ello?

0. Ausente
1. Leve. El sujeto a veces se siente excesivamente culpable de algún pequeño error, pero menos del 50% del tiempo.
2. Moderado. El sujeto normalmente (más del 50% del tiempo) siente culpa acerca de hechos pasados cuya significación exagera.
3. Grave. El sujeto normalmente cree que es culpable de todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es por su culpa.

6- Depresión matutina..... ☐

Cuando se ha sentido deprimido durante las 2 últimas semanas ¿ha notado que la depresión empeoraba en algún momento concreto del día?

0. Ausente. No depresión.
1. Leve. Depresión presente pero sin variaciones diurnas.
2. Moderado. Se menciona espontáneamente que la depresión es peor por la mañana.
3. Grave. Depresión marcadamente peor durante la mañana, con funcionamiento dificultado que mejora por la tarde.

7- **Despertar precoz**..... ☐

¿Se despierta más temprano por la mañana de lo que es normal en usted? ¿Cuántas veces a la semana ocurre esto?

0. Ausente. No hay despertar precoz.
1. Leve. Ocasionalmente (hasta 2 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.
2. Moderado. A menudo (hasta 5 veces/semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.
3. Grave. Diariamente se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.

8- **Suicidio**..... ☐

¿Ha sentido que la vida no merecía la pena? ¿Alguna vez sintió como si todo terminara? ¿Qué pensó que debería hacer?

¿Realmente lo intentó?

0. Ausente.
1. Leve. Frecuentes pensamientos de estar mejor muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.
2. Moderado. Ha pensado deliberadamente en el suicidio, con un plan pero no ha hecho ningún intento.
3. Grave. Intento de suicidio aparentemente diseñado para acabar en muerte (p. e. descubrimiento accidental o medios ineficaces).

9- **Depresión observada**..... ☐

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista completa. La pregunta "¿Se siente con ganas de llorar?" usada en momentos apropiados de la entrevista puede aportarnos información útil para esta valoración.

0. Ausente
1. Leve. El sujeto aparece triste y afligido incluso durante las partes de la entrevista en las que se tratan temas afectivamente neutros.
2. Moderado. El sujeto aparece triste y afligido a lo largo de toda la entrevista, con una voz triste y monótona, y está lloroso o próximo a llorar por momentos.
3. Grave. El sujeto se sofoca con temas dolorosos, con frecuencia suspira profundamente y llora abiertamente o permanece persistentemente en un estado de completa desdicha.

TOTAL..... ☐☐

ESCALA DE MANÍA DE YOUNG

1- **EUFORIA** ☐

0. Ausente
1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre.
3. Elevada e inapropiada
4. Claramente eufórico; risa inadecuada; canta durante la entrevista.

2- **HIPERACTIVIDAD** ☐

0. Ausente
1. Subjetivamente aumentada
2. Vigoroso/a, hipergestual.
3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado)
4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado)

3- **IMPULSO SEXUAL** ☐

0. Normal, no aumentado
1. Posible o moderadamente aumentado
2. Claro aumento al preguntar
3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)

4- **SUEÑO**..... ☐

0. No reducido
1. Disminución en menos de 1 hora
2. Disminución en más de 1 hora
3. Refiere disminución en la necesidad de dormir
4. Niega necesidad de dormir

5- **IRRITABILIDAD**..... ☐

0. Ausente
2. Subjetivamente aumentada
4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado
6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante
8. Hostil; no colaborador/a, entrevista imposible

6- **EXPRESIÓN VERBAL (ritmo y cantidad)**..... ☐

0. No aumentada
2. Sensación de locuacidad
4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional
6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
8. Verborrea ininterrumpible y continua

7- **TRASTORNOS DEL CURSO DEL PENSAMIENTO Y EL LENGUAJE** ☐

0. Ausentes
1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento
2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia
3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia
4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible

8- **TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO** ☐

0. Ausentes
2. Planes discutibles, nuevos intereses
4. Proyectos especiales, misticismo
6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
8. Delirios, alucinaciones

9- **AGRESIVIDAD** ☐

0. Ausente, colaborador/a
2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a
4. Querulante, pone en guardia
6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil
8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible

10- **APARIENCIA** ☐

0. Higiene e indumentaria apropiadas
1. Ligeramente descuidada
2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada
3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo
4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra

11- **CONCIENCIA DE ENFERMEDAD** ☐

0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a
2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad
3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad
4. Niega cualquier cambio de conducta

TOTAL..... ☐☐

6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

6.1. TOLERABILIDAD (UKU)

SÍNTOMA	NE	Gravedad				Relación causal		
		0	1	2	3	Improbable	Posible	Probable
EFECTOS PSÍQUICOS								
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN								
ASTENIA/LASITUD/FATIGABILIDAD								
SOMNOLENCIA/SEDACIÓN								
ALTERACIONES MNÉSICAS								
DEPRESIÓN								
TENSIÓN/INQUIETUD								
AUMENTO DE LA DURACIÓN DEL SUEÑO								
DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN DEL								
AUMENTO DE LOS SUEÑOS								
INDIFERENCIA EMOCIONAL								
EFECTOS NEUROLÓGICOS								
DISTONÍA								
RIGIDEZ								
HIPOCINESIA/ACINESIA								
HIPERCINESIA								
TEMBLOR								
ACATISIA								
CONVULSIONES EPILEPTICAS								
PARESTESIAS								
EFECTOS AUTONÓMICOS								
TRASTORNOS DE LA ACOMODACIÓN								
AUMENTO DE LA SALIVACIÓN								
DISMINUCIÓN DE LA SALIVACIÓN								
NÁUSEAS/VÓMITOS								
DIARREA								
ESTREÑIMIENTO								
ALTERACIONES DE LA MICCIÓN								
POLIURIA/POLIDIPSIA								
VÉRTIGO ORTOSTÁTICO								
PALPITACIONES/TAQUICARDIA								
AUMENTO DE LA SUDORACIÓN								
OTROS EFECTOS								
EXANTEMA MORBILIFORME								
EXANTEMA PETEQUIAL								
EXANTEMA URTICARIAL								
EXANTEMA PSORIÁSICO								
EXANTEMA INCLASIFICABLE								
PRURITO								
FOTOSENSIBILIDAD								
AUMENTO DE LA PIGMENTACIÓN								
AUMENTO DE PESO								
PÉRDIDA DE PESO								
MENORRAGIA								
AMENORREA								
GALACTORREA								
GINECOMASTIA								
AUMENTO DEL DESEO SEXUAL								
DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL								
DISFUNCIÓN ERÉCTIL								
DISFUNCIÓN EYACULATORIA								
DISFUNCIÓN ORGÁSMICA								
DISFUNCIÓN DE LA LUBRICACIÓN VAGINAL								
CEFALEA TENSIONAL								
CEFALEA MIGRAÑOSA								
CEFALEA (OTRAS FORMAS)								
DEPENDENCIA FÍSICA								
DEPENDENCIA PSÍQUICA								

Valoración de la interferencia de los efectos secundarios sobre el funcionamiento diario del paciente:		
	EVALUADOR	
	PACIENTE	MÉDICO
0. Sin efectos secundarios 1. Sin interferencia significativa 2. Interferencia moderada 3. Interferencia marcada	☐	☐
CONSECUENCIA: 0. Ninguna acción 1. No reducción de dosis / tratamiento efectos secundarios 2. Reducción de dosis 3. Retirada de medicación o cambio		☐

6.2. OTROS EFECTOS SECUNDARIOS

SÍNTOMA	NE	Gravedad				Relación causal		
		0	1	2	3	Improbable	Posible	Probable
CAÍDA DE PELO								
CONDUCTA ADICTIVA								

6.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIPSICÓTICO INICIAL

Tratamiento antipsicótico pautado al inicio del episodio	0. Sin tratamiento (NO PAUTADO) 1. ARIPIRAZOL 2. RISPERIDONA 3. OLANZAPINA 4. CLOZAPINA 5. QUETIAPINA 6. ZIPRASIDONA 7. RISPERIDONA DEPOT MENSUAL 8. AMISULPRIDE 9. HALOPERIDOL 10. PALIPERIDONA 11. PALIPERIDONA DEPOT MENSUAL 12. ARIPIRAZOL DEPOT MENSUAL 13. PALIPERIDONA DEPOT TRIMESTRAL 14. LURASIDONA 15. OLANZAPINA DEPOT 16. PALIPERIDONA DEPOT SEMESTRAL 17. BREXPIRAZOL 18. ARIPIRAZOL BIMESTRAL 99. Otros	☐ ☐
Dosis de inicio (mg) PAUTADA:		
Dosis de inicio (mg) QUE HA TOMADO:		

6.4. FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO EN EPISODIO ACTUAL

Fecha dosis inicial de antipsicótico en episodio actual

--	--	--	--	--	--

6.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CONCOMITANTE: 1. Sí 2. No

		Nombre Fármaco	Dosis Diaria
Ansiolíticos	☐		
Hipnóticos	☐		
Anticolinérgicos	☐		
Antidepresivos	☐		
Litio	☐		
Ácido Valproico	☐		
Otro eutimizante	☐		
Otro antipsicótico	☐		

OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS: 1. Sí 2. No

		Nombre Fármaco	Dosis Diaria
Hipolipemiantes	☐		
Antidiabéticos orales	☐		
Insulina	☐		
Antihipertensivos	☐		
Otros	☐		
Otros	☐		

EPISODIOS PSICÓTICOS PREVIOS AL ACTUAL

6.6. ¿Ha sufrido con anterioridad algún episodio psicótico SIN RECIBIR TRATAMIENTO con antipsicóticos?

1. Sí 2. No ☐

En caso afirmativo, fecha:

6.7. ¿Ha sufrido con anterioridad algún EPISODIO PSICÓTICO TRATADO con antipsicóticos?

1. Sí
2. No ☐

EN CASO AFIRMATIVO:

6.8. Fecha de inicio de tratamiento en episodio previo

6.9. Tratamiento pautado en primer episodio

TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO pautado en primer episodio	0. Sin tratamiento (NO PAUTADO)	☐
	1. ARIPIPRAZOL 2. RISPERIDONA 3. OLANZAPINA 4. CLOZAPINA 5. QUETIAPINA 6. ZIPRASIDONA 7. RISPERIDONA DEPOT MENSUAL 8. AMISULPRIDE 9. HALOPERIDOL 10. PALIPERIDONA 11. PALIPERIDONA DEPOT MENSUAL 12. ARIPIPRAZOL DEPOT MESUAL 13. PALIPERIDONA DEPOT TRIMESTRAL 14. LURASIDONA 15. OLANZAPINA DEPOT 16. PALIPERIDONA DEPOT SEMESTRAL 17. BREXPIPRAZOL 18. ARIPIPRAZOL BIMESTRAL 99. OTROS:	
Dosis de MANTENIMIENTO alcanzada:		☐
Duración de tratamiento antipsicótico en episodio previo	(en SEMANAS)	☐

7. INTENTOS AUTOLÍTICOS

¿Ha presentado ideación autolítica en algún momento?	1 = Sí 2 = No	☐
¿Ha presentado algún intento autolítico en algún momento?	1 = Sí 2 = No	☐
En caso afirmativo: N° de intentos		

TENTATIVAS AUTOLÍTICAS

	TENTATIVA n =	TENTATIVA n =
Fecha	/ /	/ /
GRAVEDAD 1. Tentativa (método no funciona o desconoce cómo funciona) 2. Intento frustrado (método falló o alguien le detuvo) 3. Suicidio consumado	☐	☐
Psicopatología predominante en el momento de la tentativa: 0. Sin descompensación objetivable 1. Descompensación psicótica 2. Depresión sin síntomas psicóticos 3. Depresión con síntomas psicóticos 4. Tr Personalidad 5. Consumo perjudicial de tóxicos: intoxicación OH 6. Consumo perjudicial de tóxicos: intoxicación Cocaína 7. Otros	☐	☐
MÉTODO 1. Sobreingesta medicamentosa 2. Defenestración/Precipitación 3. Ingesta de cáusticos 4. Ingesta de veneno 5. Venoclisis 6. Arma blanca 7. Inhalación gas 8. Coche/Arrollamiento Tren 9. Otros	☐	☐
FACTORES PRECIPITANTES: 1. SÍ 2.NO		
No tratado aún	☐	☐
Abandono de la medicación	☐	☐
Consumo perjudicial de tóxicos	☐	☐
Problemas económicos y laborales	☐	☐
Problemas familiares	☐	☐
Ruptura de pareja	☐	☐
Otros acontecimientos estresantes	☐	☐
Aislamiento, vivir solo, falta de red social de apoyo	☐	☐
Otros factores:	☐	☐
No se objetivan factores precipitantes	☐	☐
No hay información	☐	☐

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)



Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral al lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales.

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 91
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej. una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p.ej. descenso temporal del rendimiento escolar)
- 70 Algunos síntomas leves (p. ej. humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. hacer novillos ocasionalmente o robar en casa), pero en general funciona bastante bien; tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60 Síntomas moderados (p. ej. afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de la escuela)
- 50 Síntomas graves (p. ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)
- 40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej. lenguaje a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej. un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej. permanece en cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos)
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) o alteración importante de la comunicación (p. ej. muy incoherente o mudo).
- 10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada



VISITA INICIAL

SALUD FÍSICA Y ESTILO DE VIDA

Código

Fecha:

Evaluator:

Tfno contacto:

CUESTIONARIO ANTROPOMÉTRICO

1.1	TALLA (en centímetros)	
1.2	PESO en exploración inicial (en consulta o Unidad de Agudos), kg	
1.3	¿CUÁL ES TU PESO HABITUAL? (en kilos)	
1.4	PERÍMETRO DE LA CINTURA ABDOMINAL (en centímetros)	
1.5	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	
1.6	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	
1.7	FRECUENCIA CARDIACA	

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES			
1	¿Eres DIABÉTICO/A ?	1 Sí 2 No	☐
2	En caso afirmativo: tipo de diabetes	1 DM tipo 1 2 DM tipo 2	☐
3	¿Existen antecedentes de diabetes en <u>familiares</u> de primer grado?	1 Sí 2 No 3 No sabe	☐
4	En caso afirmativo: tipo de diabetes	1 DM tipo 1 2 DM tipo 2	☐
5	¿Tienes problemas de HIPERTENSIÓN ?	1 Sí 2 No	☐
6	¿Existen antecedentes de hipertensión en <u>familiares</u> de primer grado?	1 Sí 2 No 3 No sabe	☐
7	¿Tienes problemas de COLESTEROL ?	1 Sí 2 No	☐
8	¿Existen antecedentes de dislipemias en <u>familiares</u> de primer grado?	1 Sí 2 No 3 No sabe	☐
9	¿Tienes o has tenido antecedentes de enfermedad CARDIOVASCULAR ?	1 Sí 2 No	☐
10	¿Existen antecedentes de enfermedad cardiovascular en <u>familiares</u> de primer grado?	1 Sí 2 No 3 No sabe	☐
11	¿Tienes antecedentes de enfermedad CEREBROVASCULAR ?	1 Sí 2 No	☐
12	¿Existen antecedentes de enfermedad cerebrovascular en <u>familiares</u> de primer grado?	1 Sí 2 No 3 No sabe	☐

ACTIVIDAD FÍSICA

1	¿Crees que realizas suficiente actividad física?	1. Sí 2. No	☐																										
2	¿Tienes alguna enfermedad física o lesión que afecte a tu actividad física?	1. Sí 2. No	☐																										
3	¿Cuántos días por semana haces ejercicio físico?	0. Nada 1. Un día 2. Dos días 3. Tres días 4. Cuatro días 5. Cinco días 6. Más	☐																										
4	Los días que haces ejercicio, ¿Cuánto tiempo al día realizas actividad física?	0. Menos de una hora 1. Una hora 2. Dos horas 3. Tres horas 4. Cuatro horas 5. Cinco horas 6. Más	☐																										
5	De la siguiente lista, señala los deportes o actividades que realizas con cierta frecuencia	<table border="1"> <tr><td>Caminar</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Nadar</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Correr</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Ciclismo</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Gimnasio</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Fútbol</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Tenis</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Baloncesto</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Otro deporte</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Baile</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Patinaje</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Yoga</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Otras actividades</td><td>☐</td></tr> </table>	Caminar	☐	Nadar	☐	Correr	☐	Ciclismo	☐	Gimnasio	☐	Fútbol	☐	Tenis	☐	Baloncesto	☐	Otro deporte	☐	Baile	☐	Patinaje	☐	Yoga	☐	Otras actividades	☐	
Caminar	☐																												
Nadar	☐																												
Correr	☐																												
Ciclismo	☐																												
Gimnasio	☐																												
Fútbol	☐																												
Tenis	☐																												
Baloncesto	☐																												
Otro deporte	☐																												
Baile	☐																												
Patinaje	☐																												
Yoga	☐																												
Otras actividades	☐																												

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS

TABACO

¿Has fumado alguna vez tabaco?	1. Sí 2. No	☐
¿Fumas tabaco en la actualidad?	1. Sí 2. No 3. Esporádicamente	☐
¿A qué edad comenzaste a fumar diariamente?		☐ ☐
Si eres fumador, ¿Cuántos cigarrillos/día?		☐ ☐

USO DE VAPORIZADORES (VAPEO)

¿Has fumado cigarrillos electrónicos(vapeo) alguna vez?	1. Sí 2. No	☐
¿Fuma cigarrillos electrónicos en la actualidad?	1. Sí 2. No	☐
Si lo has hecho. ¿Qué tipo de cartucho o líquido empleas para recargar tu cigarrillo electrónico?	0. No he fumado cigarrillos electrónicos nunca 1. Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos <u>con nicotina</u> 2. Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos <u>sin nicotina</u> 3. De los dos tipos	☐
Si lo has hecho. ¿Utilizas los cigarrillos electrónicos para reducir el consumo de tabaco o dejar de fumar?	0. No he fumado cigarrillos electrónicos nunca 1. Sí 2. No	☐

CANNABIS (hachis, aceite de hachís, chocolate, costo, porro, hierba, marihuana)

¿Has fumado alguna vez cannabis?	1. Sí 2. No	☐
¿Fumas cannabis en la actualidad?	1. Sí 2. No 3. Esporádicamente	☐
¿A qué edad comenzaste a fumar?		☐ ☐
¿Cuántos días la semana consumes cannabis?		☐
Los días que consumes cannabis, ¿Cuántos porros sueles fumar?		☐ ☐

CBD (Cannabidiol)

¿Has usado alguna vez CBD?	1. Sí 2. No	☐
¿Usas CBD en la actualidad?	1. Sí 2. No 3. Esporádicamente	☐
¿A qué edad comenzaste a usar CBD?		☐ ☐
¿Cuántos días la semana consumes CBD?		☐ ☐
¿Cómo sueles consumir el CBD?	1. Fumado 2. Vapeado 3. Aceites 4. Infusiones 5. Uso tópico 6. En alimentos 7. Otros:	☐
¿Cuántos gramos por semana sueles consumir?		☐ ☐

ALCOHOL

¿Has consumido alguna vez bebidas alcohólicas?	1. Sí 2. No	☐
¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una bebida alcohólica?		☐ ☐
En el último año, ¿Cuántas veces tomaste una o más bebidas alcohólicas?	0. No he tomado bebidas alcohólicas durante el último año. 1. Entre 1-3 días 2. Entre 4-9 días 3. Entre 10-19 días 4. Entre 20-29 días 5. Entre 50 (1 vez/semana) y 150 días (3 veces/semana) 6. Más de 150 días (> 3 veces/semana)	☐
En el último año, ¿Cuántos días te emborrachaste?	0. No me he emborrachado durante el último año. 1. Entre 1-3 días 2. Entre 4-9 días 3. Entre 10-19 días 4. Entre 20-29 días 5. Entre 50 (aprox. 1 vez/semana) y 150 días (aprox. 3 veces/semana) 6. Más de 150 días (> 3 veces/semana)	☐

Respecto a los hábitos de consumo de alcohol, ¿cuántas consumiciones sueles tomar en una semana?

	Vino/ Champán	Cerveza/ Sidra	Aperitivos/ vermú	Combinados/ Cubatas	Licores de frutas	Licores fuertes/bebidas destiladas (cognac, orujo, whisky, ...)
Días LABORABLES de lunes a jueves	☐	☐	☐	☐	☐	☐
FINES DE SEMANA (viernes, sábado y domingo)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OPINIÓN SOBRE LOS EFECTOS PERJUDICIALES

Nos gustaría saber su opinión sobre los problemas, de salud o de cualquier tipo, que pueden significar cada una de las siguientes situaciones

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas
Fumar un paquete de tabaco diario	☐	☐	☐	☐
Tomarse 5 ó 6 copas/cañas el fin de semana	☐	☐	☐	☐
Tomarse 5 ó 6 copas/cañas cada día	☐	☐	☐	☐
Fumar cannabis una vez al mes o menos	☐	☐	☐	☐
Fumar cannabis una vez por semana o más	☐	☐	☐	☐

OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

	¿Has consumido alguna vez en la vida?		¿Has consumido alguna vez en los últimos 12 meses?		¿Has consumido alguna vez en el último mes?		En caso afirmativo, ¿cuántos DÍAS has consumido en el último mes?	EDAD que tenías cuando consumiste por primera vez
	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
COCAÍNA (en polvo, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
COCAÍNA EN BASE (base, cocinada, basuco, crack, roca)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
SPICE (cannabinoides sintéticos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
ÉXTASIS (pastis, pirulas, cristal) = MDMA	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
GHB (éxtasis líquido), ác gamma-hidroxibutírico	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
ANFETAMINAS o SPEED (metanfetamina, ice)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
MEFEDRONA (miau-miau, 4-MMC, catmef, burbujas azules)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
ALUCINÓGENOS LSD, ácido, tripi, setas mágicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
ALUCINÓGENO KETAMINA special-K, ketolar, vitamina K)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
HEROÍNA (caballo, jaco)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
INHALANTES (cola, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
TRANQUILIZANTES/SEDANTES/ANSIOLÍTICOS/BZD	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
OTROS:	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

TÓXICOS EN ORINA (Inmunoanálisis (EMIT))

	POSITIVO	NEGATIVO
ANFETAMINAS	☐	☐
BENZODIACEPINAS	☐	☐
CANNABINOIDES	☐	☐
COCAÍNA	☐	☐
ETANOL	☐	☐
KETAMINA	☐	☐
METADONA	☐	☐
OPIOIDES	☐	☐

SI CANNABIS (+), Información escrita sobre el consumo perjudicial de cannabis:

☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ECG

ANALÍTICA: 2 rojos, 1 amarillo, 1 malva

- BIOQUÍMICA

Perfil lipídico: Colesterol total; LDL; HDL y triglicéridos

Perfil glucémico: Glucosa y HbA1c

Función renal: Urea, Ácido úrico; Sodio; Potasio y Creatinina

Función hepática: ALT; AST; GGT; Bilirrubina total; Calcio; Ácido fólico; Fosfatasa Alcalina; Proteínas totales; Perfil hierro; Vitamina B12 y PCR.

Hormonas: Insulina; Prolactina, TSH y T4

Otros: Cobre; Leptina; PCR ultrasensible; LDH

- HEMATOLOGÍA: Hemograma

- MICROBIOLOGÍA: Serología- Perfil Hepatitis B; Serología- Perfil Hepatitis C; Serología Treponema Pallidum- anticuerpos-; Serología- VIH, anticuerpos

-TÓXICOS EN ORINA

- ELEMENTAL Y SEDIMENTO

- TEST DE EMBARAZO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL + FUR + Métodos anticonceptivos

CÓMO PEDIR BIOQUÍMICA EN LISCAN: Tícar en favoritos:

- Perfil PSQ ITPCan inicial (*Añadir* PCR ultrasensible y leptina en el buscador)

- Tóxicos en orina

- Elemental y sedimento

- MRI Cerebral: "Solicito MRI cerebral en paciente referido al programa ITPCan -Intervención Temprana en Psicosis de Cantabria- por sospecha de primer episodio de psicosis".

DAR RECOMENDACIONES DE DIETA EQUILIBRADA, EJERCICIO FÍSICO Y CONSUMO PERJUDICIAL DE TÓXICOS
OFRECER A FUMADORES TSN Y/O CITA CON UDESTA.



ITP-Can

VISITA INICIAL

GENERALIDADES

CODIGO

FECHA:
EVALUADOR:
TFNO CONTACTO:

TIEMPO DE ESPERA Y DUP		
Fecha de derivación al programa ITPCan		/ /
Fecha ofertada de primera evaluación		/ /
Fecha en que se realiza la evaluación		/ /
Fecha de inicio de tratamiento farmacológico		/ /
Fecha de inicio de tratamiento psicológico		/ /
Resultado de la evaluación	1. Aceptado en ITPCan 2. Derivado a USM 3. No patología	☐
Derivado por	1. Urgencias 2. U. Agudos PSQ 3. Atención primaria 4. USM u otras unidades de psiquiatría 5. Otros servicios de especializada	☐
DUP f (duración de psicosis sin tratamiento farmacológico)		. meses
DUP p (duración de psicosis sin tratamiento psicológico)		. meses
DUI (duración de enfermedad sin tratar)		. meses

PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS		
¿Ha precisado acudir a servicio de urgencias?	1. Si 2. No	☐
¿Ha realizado intento autolítico?	1. Si 2. No	☐
¿Ha precisado ingreso hospitalario en agudos?	1. Si 2. No	☐
INGRESADOS AGUDOS	En caso afirmativo	(días)
¿Ha precisado ingreso hospitalario en media estancia?	1. Si 2. No	☐
INGRESADOS EN M. E.	En caso afirmativo	(días)
¿Ha precisado derivación a H. de día PSQ?	1. Si 2. No	☐
MEDIDAS COERCITIVAS		
¿Ha precisado ingreso involuntario?	1. Si 2. No	☐
¿Ha precisado contención mecánica durante el traslado a S. urgencias?	1. Si 2. No	☐
¿Ha precisado contención mecánica en el S. urgencias?	1. Si 2. No	☐
¿Ha precisado contención mecánica en unidad de agudos de psiquiatría?	1. Si 2. No	☐
¿Ha precisado pauta de agitación farmacológica durante el traslado a S. urgencias?	1. Si 2. No	☐
¿Ha precisado pauta de agitación farmacológica en S. urgencias?	1. Si 2. No	☐
¿Ha precisado pauta de agitación farmacológica en U. de Agudos de psiquiatría?	1. Si 2. No	☐
Número de pautas de agitación que ha precisado		

Primeros Episodios de Psicosis, ITP-Can, Servicio Cántabro de Salud

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS		
¿Ha tenido contacto previo con USM, psicología o psiquiatría? <i>(al menos 1 consulta de evaluación presencial, no relacionada con derivación a ITPCan por patología actual)</i>	1. Si 2. No	☐
¿Tiene antecedentes de otras enfermedades mentales?:	1. Alter conducta infancia 2. TDAH 3. Depresión 4. TOC 5. Otros: _____	1. Si 2. No ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad mental?	1. Si 2. No 3. Desconoce 4. Adoptado	☐
En caso afirmativo, ¿Cuántos familiares? ☐	PARENTESCO 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	DIAGNÓSTICO 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
¿Tiene antecedentes familiares de Trastorno Mental Grave (esquizofrenia o tr bipolar) en familiares de PRIMER GRADO –padres o hijos-?	1. Si 2. No	☐
¿Tiene antecedentes de T.M.G. en familiares de SEGUNDO GRADO –hermanos, abuelos, nietos-?	1. Si 2. No	☐

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		
Edad		
Fecha de nacimiento		/ mm / a a
Lugar donde reside		(C.P.)
¿Ha nacido usted en España?	1. Sí 2. No	☐
Si no ha nacido en España, Especificar país: _____	Si no ha nacido en España, ¿Cuántos años lleva viviendo en España? _____	Si no ha nacido en España, ¿Está su situación legal regularizada? 1. Sí 2. No ☐

Sexo	1. Hombre 2. Mujer	☐
Estado civil	1. Soltero/a 2. Casado/a o pareja estable 3. Separado/a 4. Divorciado/a 5. Viudo/a	☐
Etnia	1. Caucásica 2. Etnia gitana 3. Hispano-latina 4. Árabe 5. Africana 6. Asiática 7. Mixto 8. Otra:	☐
¿Con quién reside actualmente?	1. Sólo 2. Conyuge-pareja 3. Padre 4. Madre 5. Hijos 6. Hermanos 7. Abuelos 8. Otros: _____	1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐
Educación: máximo nivel académico alcanzado	1. Sin estudios o estudios primarios incompletos 2. Estudios primarios completos (6 años o cursos de primaria aprobados) 3. Estudios secundarios 1ª etapa (8º EGB aprobado, graduado escolar, bachillerato elemental, FP primer grado o ciclos formativos de grado medio, ESO ó 4 años de secundaria aprobados.) 4. Estudios secundarios 2ª etapa (BUP, bachillerato superior, bachillerato LOGSE, COU, PREU, FP segundo grado, ciclo formativo de grado superior, 5 o más años de secundaria aprobada) 5. Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica) 6. Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado)	☐
Principal actividad que está realizando en la actualidad	1. Trabajando 2. Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo 3. Parado que ha trabajado antes 4. Buscando primer empleo 5. Jubilado 6. Incapacitado permanentemente 7. Cursando estudios 8. Dedicado principalmente a las labores del hogar (actividad no económica) 9. Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna (recibiendo ayuda pública o privada):	☐

SI EL PACIENTE NO HA SIDO ACEPTADO EN EL PROGRAMA, bien tras evaluación inicial o bien tras un periodo inicial de seguimiento, indicar la causa principal:

Motivos de no inclusión en el programa ITPCan	1. No se confirma diagnóstico de psicosis 2. Psicosis de origen orgánico 3. Paciente de alto riesgo 4. Paciente con BLIP 5. Dependencia a tóxicos- Psicosis únicamente en contexto de consumo 6. Retraso mental 7. Diagnóstico principal TP o TEPT 8. Otros motivos:	☐
---	--	--------------------------



CALIDAD DE VIDA

VISITA INICIAL

Código:

Fecha:

Evaluator:

Tfno contacto:

CUESTIONARIO DE SALUD (EQ-5D)

Marque con una cruz como esta ☒ la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| No tengo problemas para caminar | ☐ |
| Tengo algunos problemas para caminar | ☐ |
| Tengo que estar en la cama | ☐ |

Cuidado-Personal

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo problemas con el cuidado personal | ☐ |
| Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo | ☐ |
| Soy incapaz de lavarme o vestirme solo | ☐ |

Actividades de Todos los Días *(ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)*

- | | |
|---|--------------------------|
| No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días | ☐ |
| Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días | ☐ |
| Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días | ☐ |

Dolor/Malestar

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| No tengo dolor ni malestar | ☐ |
| Tengo moderado dolor o malestar | ☐ |
| Tengo mucho dolor o malestar | ☐ |

Ansiedad/Depresión

- | | |
|---|--------------------------|
| No estoy ansioso/a ni deprimido/a | ☐ |
| Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a | ☐ |
| Estoy muy ansioso/a o deprimido/a | ☐ |

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy

**SU ESTADO DE
SALUD HOY**

Mejor estado
de salud
imaginable

100

9 0

8 0

7 0

6 0

5 0

4 0

3 0

2 0

1 0

0

Peor estado
de salud
imaginable



ITP-Can

VISITA INICIAL

FUNCIONAMIENTO INICIAL

CÓDIGO

FECHA:

EVALUADOR:

TFNO CONTACTO:

PRUEBA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO (FAST)

¿CUAL ES EL GRADO DE DIFICULTAD DEL PACIENTE EN RELACIÓN A ESTOS ASPECTOS?

		NINGUNA	POCA	BASTANTE	MUCHA	
AUTONOMIA						
1	Encargarse de las tareas de la casa	0	1	2	3	☐
2	Vivir solo	0	1	2	3	☐
3	Hacer la compra	0	1	2	3	☐
4	Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene)	0	1	2	3	☐
FUNCIONAMIENTO LABORAL						
5	Realizar un trabajo remunerado	0	1	2	3	☐
6	Acabar las tareas tan rápido como sea necesario	0	1	2	3	☐
7	Trabajar en lo que estudió	0	1	2	3	☐
8	Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	0	1	2	3	☐
9	Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	0	1	2	3	☐
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO						
10	Concentrarse en la lectura, películas	0	1	2	3	☐
11	Hacer cálculos mentales	0	1	2	3	☐
12	Resolver adecuadamente un problema	0	1	2	3	☐
13	Recordar el nombre de la gente nueva	0	1	2	3	☐
14	Aprender una nueva información	0	1	2	3	☐
FINANZAS						
15	Manejar el propio dinero	0	1	2	3	☐
16	Hacer compras equilibradas	0	1	2	3	☐
RELACIONES INTERPERSONALES						
17	Mantener una amistad	0	1	2	3	☐
18	Participar en actividades sociales	0	1	2	3	☐
19	Llevarse bien con personas cercanas	0	1	2	3	☐
20	Convivencia familiar	0	1	2	3	☐
21	Relaciones sexuales satisfactorias	0	1	2	3	☐
22	Capaz de defender los propios intereses	0	1	2	3	☐
OCIO						
23	Practicar deporte o ejercicio	0	1	2	3	☐
24	Tener una afición	0	1	2	3	☐



ITP-Can

VISITA INICIAL

SOCIAL INICIAL

CÓDIGO

FECHA:

EVALUADOR:

TFNO CONTACTO:

OCUPACIÓN ACTUAL

Principal actividad que está realizando en la actualidad	1. Trabajando 2. Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo 3. Parado que ha trabajado antes 4. Buscando primer empleo 5. Jubilado 6. Incapacitado permanentemente 7. Cursando estudios 8. Dedicado principalmente a las labores del hogar (actividad no económica) 9. Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna (recibiendo ayuda pública o privada):	☐
--	--	--------------------------

SI ESTÁ EMPLEADO, tipo de empleo:

Tipo de empleo	1. Directores y gerentes 2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales 3. Técnicos y profesionales de apoyo 4. Empleados de tipo administrativo, contables y otros empleados de oficina 5. Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios 6. Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero. 7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria 8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores 9. Ocupaciones elementales (no cualificados) 10. Otros:	☐ ☐
----------------	---	---

SI NO TRABAJA, PERO HA TRABAJADO ANTES, último empleo fue de:

Tipo de empleo	1. Directores y gerentes 2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales 3. Técnicos y profesionales de apoyo 4. Empleados de tipo administrativo, contables y otros empleados de oficina 5. Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios 6. Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero. 7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria 8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores 9. Ocupaciones elementales (no cualificados) 10. Otros:	☐ ☐
----------------	---	---

SI ESTÁ EN DESEMPLEO, tiempo en desempleo (meses):

SI ESTÁ CURSANDO ESTUDIOS, tipo de estudios

Tipo de estudios que está cursando	1. Escuela de adultos (estudios de ESO) 2. Estudios secundarios 1ª etapa (FP primer grado o ciclos formativos de grado medio, ESO) 3. Estudios secundarios 2ª etapa (bachiller, FP ciclo formativo de grado superior) 4. Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica) 5. Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado) 6. Cursos de formación EMCAN (Servicio Cántabro de Empleo) 7. Otros cursos de formación (p. ej. preparación de oposiciones, idiomas en academias, cursos culturales o recreativos)	
------------------------------------	---	--

INGRESOS

SI NO ESTÁ OCUPADO, ¿está buscando empleo de forma activa?

1. Sí
2. No ☐

¿TIENE RECONOCIDO ALGÚN GRADO DE DISCAPACIDAD MENTAL?

1. Sí
2. No ☐

En caso afirmativo, grado de discapacidad:

¿TIENE RECONOCIDO ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA?

1. Sí
2. No ☐

En caso afirmativo, grado de dependencia:

¿Cuál ES SU PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS/MANUTENCIÓN?

1. Salario ó Incapacidad laboral transitoria
2. Desempleo
3. Ayuda social básica
4. Pensión por Incapacidad laboral permanente
5. Jubilación
6. Pensión no contributiva
7. Pensión por viudedad
8. Ayuda por hijo a cargo
9. Depende económicamente de su familia
10. Otros



ITP-Can

EVALUACIÓN COGNITIVA 3M

FECHA:

EVALUADOR:

Tfno contacto:

CÓDIGO:

EVALUACIÓN COGNITIVA 3M

	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN
VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO		
TMT-A		
TMT-B		
BASC-SC		
MEMORIA DE TRABAJO VERBAL		
Dígitos directos		
Dígitos inversos		
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL		
Cubos de Corsi directos		
Cubos de Corsi inversos		
MEMORIA VERBAL		
Ensayos de aprendizaje (E1, E2, E3, SUMA de los tres ensayos)		
Recuerdo diferido		
Semántica		
MEMORIA VISUAL		
Ensayos de aprendizaje (E1, E2, E3, SUMA de los tres ensayos)		
Recuerdo diferido		
FLUIDEZ VERBAL		
Fonológica		
Semántica		
RAZONAMIENTO Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
NAB		
ATENCIÓN/VIGILANCIA		
CPT-IP (2d, 3d, 4d, MEDIA de los tres ensayos)		



ITP-Can

EN CUALQUIER VISITA

ANTECEDENTES

Código:

1. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

CAVE (Cuestionario Acontecimientos Vitales Adversos)

Butjosa A, Gómez-Benito J, Myin-Germeyns I, Barajas A, Baños I, Usall J, Grau N, Granell J, Sola A, Carlson J, Dolz M, Sánchez B, Haro JM, the GENIPE group, Ochoa S (2017)

Instrucciones: Este es un cuestionario autoadministrado sobre **situaciones que te han podido pasar a lo largo de la vida**, desde problemas económicos hasta la defunción de personas cercanas. En cada una de las diferentes preguntas, primero tendrás que indicar mediante una cruz si te ha sucedido (marcar “sí”) o no te ha sucedido (marcar “no”)

En los sucesos que **sí** te hayan ocurrido, tendrás que indicar lo **molesto o agradable** del evento, el **número de veces** que te sucedió y valorar, del evento con más ansiedad, el **grado de ansiedad** que te produjo entre 1 (mínima ansiedad) y 10 (máxima ansiedad). También debes indicar la **edad**, en años, que tenías cuando sucedió el suceso con más ansiedad.

Por favor, no dejes ítems sin rellenar. A continuación, se muestra un ejemplo de cómo rellenar los datos en el cuestionario.

Ejemplo:

Ítems	¿Ha pasado por esta situación alguna vez en su vida?				Evento con más ansiedad
	No	Si			
		Una vez	Más de una vez (nº)		
1. ¿Has suspendido más de 3 asignaturas en un curso escolar?		X		Ansiedad (1-10)	5
☑Molesto ☐Agradable				Edad	15
2. ¿Has sufrido o sufres bullying o conflicto con los/las compañeros/as que te ha llevado a cambiar de colegio o denunciarlo?	X			Ansiedad (1-10)	
☑Molesto ☐Agradable				Edad	
3. ¿Te han expulsado más de 15 días del colegio o de manera definitiva?			X (2)	Ansiedad (1-10)	8
☑Molesto ☐Agradable				Edad	13

Inicio del cuestionario:

Ítems	¿Ha pasado por esta situación alguna vez en su vida?				Evento con más ansiedad		
	No	Si					
		Una vez	Más de una vez (nº)				
1. ¿Has suspendido más de 3 asignaturas en un curso escolar?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
2. ¿Has sufrido o sufres bullying o conflicto con los/las compañeros/as que te ha llevado a cambiar de colegio o denunciarlo?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
3. ¿Te han expulsado del colegio de manera definitiva durante más de 15 días?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
4. ¿Has cambiado de colegio o fuiste ascendido/a a un nivel superior de estudios?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI TRABAJAS O HAS TRABAJADO. SI LA RESPUESTA ES “NO” PASAR A LA PREGUNTA 17							
5. ¿Has empezado a trabajar?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
6. ¿Has tenido o estás teniendo problemas graves con tu jefe/a, que te han llevado a denunciar, abandonar el trabajo, peleas importantes y/o agresiones?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
7. ¿Has tenido o estás teniendo problemas graves con tus compañeros/as de trabajo, que te han llevado a denunciar, abandonar el trabajo, peleas importantes y/o agresiones?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
8. ¿Te han despedido del trabajo antes de finalizar el contrato?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
9. ¿Te han ascendido a un cargo más alto representando más responsabilidad y/o un salario más alto?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
10. ¿Te han descendido a menor categoría laboral que implica menor responsabilidad y/o menor sueldo?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
11. ¿Has cambiado de trabajo 3 veces o más al año?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			

Items	¿Ha pasado por esta situación alguna vez en su vida?				Evento con más ansiedad		
	No	Si					
		Una vez	Más de una vez (n)				
12. ¿Cambias de turno, por ejemplo de mañanas, tardes o noches?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
13. ¿Te han ampliado más de 10 horas semanales de tu horario laboral anterior?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
14. ¿Has estado de baja por enfermedad durante más de 3 meses?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
15. ¿Has iniciado un negocio propio como autónomo/a?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
16. ¿Has estado desempleado/a durante más de 6 meses?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
17. ¿Has iniciado una vida en común con tu pareja?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
18. ¿Has iniciado una relación amorosa?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
19. ¿Has pasado con tu pareja por una ruptura, separación o divorcio?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
20. ¿Has tenido con tu pareja problemas que te hayan llevado a pensar en acabar la relación?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
21. ¿Has tenido o tienes problemas sexuales?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
22. ¿Has sido infiel o te han sido infiel?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
23. Si has tenido o tienes pareja, ¿has sufrido maltratos físicos y/o psicológicos por parte de él/ella?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
24. Si has tenido o tienes pareja, ¿éste/a ha tomado o toma drogas?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
25. Si has tenido o tienes pareja, ¿éste/a ha enfermado gravemente, afectando tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			

Items	¿Ha pasado por esta situación alguna vez en su vida?				Evento con más ansiedad		
	No	Sí					
		Una vez	Más de una vez (n)				
26. ¿Ha fallecido alguna de tus parejas?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
27. ¿Has estado embarazada?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
28. ¿Has tenido o adoptado algún hijo/a?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
29. ¿Has abortado alguna vez?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
30. ¿Has tenido dificultades para que tu pareja se quede embarazada? (más de ocho meses sin poder concebir)				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
31. ¿Has sido adoptado/a? (nivel de ansiedad en el momento de conocer el hecho o en el momento de adopción)				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
32. ¿Has sido abandonado/a, has sufrido abusos o malos tratos por parte de su familia?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
33. ¿Tus padres están separados?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
34. ¿Algún familiar tuyo se ha emancipado o ha abandonado el hogar?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
35. ¿Algún familiar de primer grado (padres) ha tenido o tiene una enfermedad grave que haya ocasionado cambios en tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
36. ¿Tienes algún familiar de primer grado (padres, hijos, conyugue, etc.) que haya abusado o abusa de drogas o alcohol?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
37. ¿Ha fallecido alguno de sus parientes de primer grado (padres, hijos, etc.)?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
38. ¿Ha fallecido algún otro familiar?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
39. ¿Alguna vez has cambiado de residencia o te has ido de casa?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			

Items	¿Ha pasado por esta situación alguna vez en su vida?				Evento con más ansiedad		
	No	Si					
		Una vez	Más de una vez (n)				
40. ¿Alguna vez te han robado o te han agredido físicamente?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
41. ¿Has sido agredido/a de forma sexual, por una persona que no fuera tu pareja o un miembro de la familia?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
42. ¿Has formado parte de algún proceso judicial?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
43. ¿Eres o has sido inmigrante alguna vez?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
44. ¿Has sido detenido/a o has ido a un centro de menores?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
45. ¿Has tenido problemas de pago, que te han generado estados de nerviosismo y/o tristeza?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
46. ¿Alguna vez has roto con tu círculo de amigos?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
47. ¿Algún amigo/a cercano ha sufrido una enfermedad grave, que suponga un cambio en tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
48. ¿Ha fallecido algún amigo/a tuyo/a?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
49. ¿Se te ha muerto alguna mascota?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
50. ¿Se te ha iniciado una enfermedad grave, la cual supone un cambio en tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
51. ¿Consideras que has abusado o tienes dependencia de las drogas?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			
52. ¿Has tenido un accidente (laboral, tráfico, doméstico) que te haya provocado invalidez?				Ansiedad (1-10)			
☐ Molesto ☐ Agradable				Edad			

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

2. AJUSTE PREMÓRBIDO (PAS)

INFANCIA (hasta los 11 años)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

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

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS

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

3 RENDIMIENTO ESCOLAR

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

4 ADAPTACIÓN ESCOLAR

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

ADOLESCENCIA (Temprana: 12-15 años)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

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

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS:

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

3 RENDIMIENTO ESCOLAR

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

4 ADAPTACIÓN ESCOLAR

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

5. ASPECTOS SOCIO-SEXUALES DE LA VIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA:

- 0 Primeras citas, muestra un "sano interés" por el sexo opuesto, podría tener una relación "formal", podría incluir alguna vida sexual.
- 1 Apego e interés por los otros, podría ser apego hacia el mismo sexo, podría ser miembro de un grupo, interesado en el sexo opuesto, sin embargo, no mantiene relaciones cercanas, relaciones emocionales con alguien del sexo opuesto "acercamiento" y flirteos.
- 2 Profundo interés en las relaciones con el mismo sexo e interés restringido o falta de interés en el sexo opuesto.
- 3 Relaciones causales con el mismo sexo, intentos inadecuados por relacionarse con el sexo

- opuesto. Contactos casuales con ambos sexos.
- 4 Contactos casuales con el mismo sexo, no interesado en el sexo opuesto.
 - 5 Solitario. Escasos contactos o ausencia de ellos con chicos o chicas.
 - 6 Antisocial, evita y es evitado por los iguales (Difiere de a lo anterior en que se trata de una evitación activa de los otros más que una introversión pasiva).

ADOLESCENCIA (Tardía: 16-18 años)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

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

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS

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

3 RENDIMIENTO ESCOLAR

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

4 ADAPTACIÓN ESCOLAR

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

5 ASPECTOS SOCIO-SEXUALES DE LA VIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA E INMEDIATAMENTE DESPUES DE ELLA:

0. Siempre ha mostrado un "sano interés" por el sexo opuesto, citas, mantiene una relación "estable", práctica de alguna actividad sexual (no necesariamente relaciones).
1. Citas con regularidad, ha tenido sólo un amigo de sexo opuesto con el cual el paciente ha mantenido una relación "estable" durante un largo periodo de tiempo. (Incluidos aspectos sexuales de una relación aunque no necesariamente relaciones íntimas, a diferencia de lo anterior, implica una única pareja, excluyendo las parejas repetidas).
2. Siempre relaciones cercanas con chicos y chicas (Implica ser miembro de un grupo, interesado en relacionarse con los otros pero no en parejas).
3. Profundo interés en relacionarse con el mismo sexo e interés restringido o falta de interés en el sexo opuesto.
4. Relaciones casuales con el mismo sexo con intentos inadecuados para intentar salir con el otro sexo. Contactos casuales con chicos y chicas.
5. Contactos casuales con el mismo sexo con ausencia de interés en el sexo opuesto. Contactos ocasionales con el sexo opuesto.
6. No quiere estar con chicos ni chicas, nunca ha salido con el sexo opuesto.

EDAD ADULTA (Desde los 19 años en adelante)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

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

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS:

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

3 ASPECTOS DE LA VIDA PSICO-SEXUAL DEL ADULTO:

A. CASADO O VA A CONTRAER MATRIMONIO PROXIMAMENTE:

- 0 Casado, sólo un matrimonio (o vuelto a casar como consecuencia de la muerte del conyugue), vida en común, relaciones sexuales adecuadas.
- 1 Actualmente casado con historia de bajo impulso sexual, periodos de dificultad en las relaciones sexuales, o de relaciones extramatrimoniales.
- 1 Casado más de una vez en la actualidad vuelto a casar. Relaciones sexuales adecuadas durante al menos un matrimonio.
- 2 Casado o divorciado y vuelto a casar con una inadecuada vida sexual crónica.
- 2 Casado, y por lo que se aprecia ha permanecido separado o divorciado sin volverse a casar pero, en el matrimonio, ha mantenido una casa por lo menos durante 3 años.
- 3 Lo mismo que en el caso anterior pero: el divorcio ocurrió hace más de 3 años, y; durante el matrimonio, ha mantenido una casa durante menos de 3 años.

B. NUNCA HA ESTADO CASADO Y TIENE MAS DE 30 AÑOS:

- 2 Ha estado comprometido una o dos veces o ha tenido una larga relación (de al menos 2 años), incluye relaciones heterosexuales u homosexuales, o clara evidencia de una aventura con una persona, pero es incapaz para llevar un compromiso a largo plazo como el matrimonio.
- 3 Relaciones homosexuales o heterosexuales a largo plazo con duración de más de 6 meses pero menos de 2 años (Si es estable, relación homosexual duradera, de más de dos años, entonces puntuar "3").
- 4 Experiencias en citas breves o durante un corto periodo de tiempo (heterosexual o homosexual) con una o más parejas pero no una experiencia sexual duradera con una pareja única.
- 5 Relaciones sexuales o sociales escasas o infrecuentes.
- 6 Mínimo interés sexual o social en otros hombres o mujeres, aislamiento

C. NUNCA HA ESTADO CASADO Y TIENE ENTRE 20-29 AÑOS:

- 0 Ha tenido al menos una aventura amorosa duradera (mínimo de 6 meses) o compromiso, a menudo creencias religiosas u otras prohibiciones e inhibiciones podrían impedir relaciones sexuales actuales. Podrían vivir juntos.
- 1 Tiene frecuentes citas, ha tenido varios "novios" o "novias", algunas relaciones han durado unos cuantos meses pero no son relaciones duraderas. Relaciones que parecían ser "serias", incluso con un compromiso a largo plazo de matrimonio no han dejado de ser algo pasajero.
- 3 Experiencias en citas breves o durante un corto periodo de tiempo o "aventuras" con una o más parejas, pero no experiencias sexuales duraderas con una única pareja.
- 4 Relaciones sexuales o sociales casuales con personas de otro sexo sin lazos emocionales profundos.
- 5 Relaciones sexuales y/o sociales escasas o infrecuentes.
- 6 Mínimo interés sexual o social en otros hombres o mujeres.

GENERAL

1 EDUCACION:

- 0 Escolaridad completada y licenciatura (P.E.: Derecho).
- 1 Escolaridad completada y formación profesional o B.U.P. (P.E.: Secretariado).
- 2 Escolaridad completada. Hasta 8º de EGB incluido.
- 3
- 4 Completado el 1º ciclo de EGB. Hasta 5º EGB
- 5
- 6 No ha pasado el 3º de EGB.

2 DURANTE UN PERIODO QUE VA DESDE LOS 3 AÑOS HASTA LOS 6 MESES ANTERIORES A LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN O AL INICIO DEL 1º EPISODIO EL PACIENTE TENIA UN TRABAJO REMUNERADO O RENDÍA ADECUADAMENTE EN EL COLEGIO:

- 0 Todo el tiempo.
- 1
- 2 La mitad del tiempo.
- 3
- 4 Poco tiempo, ($\approx$ 25% del tiempo)
- 5
- 6 Nunca.

3 DENTRO DE UN PERIODO DE TIEMPO QUE VA DESDE 1 AÑO ANTES HASTA 6 MESES ANTES DE LA 1ª HOSPITALIZACIÓN O DEL 1º EPISODIO HA OCURRIDO ALGUN CAMBIO EN EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO O EN LA ESCUELA:

- 0 Deterioro repentino, brusco.
- 1
- 2 Progresivo deterioro durante los 3 últimos meses.
- 3
- 4 Progresivo deterioro durante los 6 meses.
- 5
- 6 Es difícil o imposible de determinar el inicio del deterioro.

4 DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO QUE VA DESDE 3 AÑOS HASTA 6 MESES ANTES DE LA 1ª HOSPITALIZACIÓN O 1º EPISODIO, CON FRECUENCIA CAMBIABA DE TRABAJO, SI TRABAJA, O CON FRECUENCIA INTERRUMPIA LA ASISTENCIA AL COLEGIO:

- 0 Ha mantenido el mismo trabajo o acudía al colegio.
- 1
- 2 Cambió de trabajo o ausencias escolares $\approx$ 2 o 3 veces.
- 3
- 4 Permanecía con el mismo trabajo más de 8 meses pero menos de 1 año o ha acudido al colegio con regularidad durante el mismo período de tiempo.
- 5
- 6 Menos de 2 semanas en un trabajo o en el colegio.

5 ESTABLECIMIENTO DE LA INDEPENDENCIA

- 0 Éxito en el establecimiento de la residencia fuera del hogar familiar, independencia económica.
- 2 Intentos, sin éxito, para establecerse en una residencia independiente, vive en casa de los padres, pero paga a los padres la manutención. Económicamente independiente.
- 4 Vive en casa de los padres, recibe un subsidio de los padres, el paciente se administra para pagar entretenimientos, ropa.
- 6 No realiza intentos para abandonar el hogar o para ser económicamente independiente.

6 EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS NIVELES SUPERIORES DE FUNCIONAMIENTO ALCANZADOS EN LA VIDA DEL PACIENTE

- 0 Completamente hábil para funcionar con éxito y sacarle aliciente o gusto a: (1) colegio o trabajo, (2) amigos, (3) relaciones sexuales íntimas, (4) iglesia, aficiones... Le gusta la vida y la afronta bien
- 2 Hábil para funcionar bien y disfrutar de algunas esferas de la vida, pero tiene una laguna definida en el afrontamiento con éxito de al menos un área.
- 4 Éxito y placer mínimos en 3 áreas de la vida.
- 6 Ineficaz para funcionar en o para disfrutar de todos los aspectos de la vida.

7 AJUSTE SOCIO-PERSONAL:

- 0 Un líder o director en grupos oficiales, clubs, organizaciones, o equipos deportivos universitarios, de escuelas profesionales, de colegios o de jóvenes adultos. Implicado en relaciones cercanas e íntimas con otros.
- 1 Un participante activo e interesado, pero no ejerce de líder en grupos de amigos, clubs, organizaciones o equipos deportivos pero ha estado implicado en relaciones cercanas con otros.
- 2 Un miembro nominal, pero no ha tenido implicación o compromiso con grupos de amigos, clubs, organizaciones, etc... Ha tenido relaciones cercanas con pocos amigos.
- 3 Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana ha tenido pocos y casuales amigos.
- 4 Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana ha tenido amigos reales, sólo relaciones superficiales.
- 5 Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana (como después de la infancia), callado, retirado, ha preferido estar solo, mínimos intentos para mantener algún contacto con otros.
- 6 No desea estar con iguales u otros. Asocial o antisocial.

8 GRADO DE INTERES EN LA VIDA:

- 0 Entusiasta, ambicioso, interesado en el futuro: casa, familia, amigos, trabajo, deportes, artes, animales, jardinería, actividades sociales, música y teatro.
- 2 Grado moderado de interés en bastantes actividades que incluye reuniones sociales, deportes, música y sexo opuesto.
- 4 Ligerio interés en algunas cosas como el trabajo, la familia, tranquilas reuniones sociales. El interés se mantiene por poco tiempo.
- 6 Introversión e indiferencia hacia los intereses de la vida, por regla general individualista. No muestra intereses profundos por nada.

9 NIVEL DE ENERGÍA:

- 0 Impulso fuerte, entusiasta, activo, alerta, interesado en la vida. Le ha gustado la vida y ha tenido bastante energía para disfrutar de ella. Extrovertido y adecuado en los asuntos de la vida.
- 2 Impulso moderadamente adecuado, enérgico, interesado como se ha descrito anteriormente.
- 4 Energía moderadamente inadecuada. Tendencia hacia sumisión, reacciones pasivas. Ha mostrado algo de potencial para plantar cara a los problemas de la vida pero prefiere evitarlos que gastar la energía necesaria.
- 6 Sumiso, inadecuado, reacciones pasivas. Débil apoyo en la vida, no se enfrenta a los problemas de su vida, no participa activamente, pasivamente acepta su suerte sin tener la energía para ayudarse a sí mismo.