

Irene Castaño Rivera | Julio 2014

PLANTA DE  
PSIQUIATRÍA DEL  
HOSPITAL  
UNIVERSITARIO 12  
DE OCTUBRE

## RECONOCIMIENTO FACIAL DE EMOCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS, BIPOLARES Y DEPRESIVOS



TUTOR: ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ

DIRECTOR: ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ

AFILIACIÓN: INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN I+12

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: PSICOSIS Y COGNICIÓN SOCIAL

MÁSTER EN INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL- CIBERSAM-  
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

*Irene Rivera*



# ÍNDICE

---

RESUMEN	PÁG.4
INTRODUCCIÓN	PÁG. 5
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	PÁG. 13
MÉTODOS	PÁG. 14
DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	PÁG. 22
RESULTADOS	PÁG. 24
DISCUSIÓN	PÁG. 31
CONCLUSIONES	PÁG. 33
ASPECTOS ÉTICOS	PÁG. 34
PLAN DE TRABAJO Y MEDIOS DISPONIBLES	PÁG. 35
BENEFICIOS DE LA INVESTIGACIÓN	PÁG. 36
AGRADECIMIENTOS	PÁG. 37
APÉNDICES	PÁG. 38
ANEXOS	PÁG. 43
BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 54



## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** en los últimos años se ha incrementado el interés en la relación entre cognición social y diversos trastornos psiquiátricos. Este interés se ha enfocado en la funcionalidad del paciente poniendo énfasis en la percepción social de emociones y la empatía o la teoría de la mente como variables mediadoras. Con este propósito se han desarrollado diversos instrumentos con los que medir la cognición social como es el “*Reading the Mind in the Eyes*”. Diversos estudios evidencian la relación entre déficits en cognición social y nivel de funcionamiento en pacientes con trastornos psicóticos y afectivos.

**HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:** los pacientes psicóticos y afectivos que ingresen en planta de psiquiatría obtendrán menores puntuaciones en el Eyes Test al ingreso que al alta. Estas puntuaciones estarán relacionadas con las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas y con el nivel de funcionamiento global. No se hipotetizan diferencias de género en las puntuaciones. Los objetivos son: 1) comparación y análisis de la respuesta al Eyes Test de la muestra de pacientes al ingreso y al alta, 2) análisis de la correlación entre Eyes Test y Escalas Clínicas y 3) análisis de diferencias de género en las puntuaciones del Eyes Test.

**MÉTODOS:** la muestra se compuso de 22 pacientes (7 hombres y 15 mujeres) entre 18 y 75 años con diagnóstico de trastorno psicótico, bipolar o depresivo, ingresados en la planta de psiquiatría del hospital 12 de Octubre de Madrid. La recogida de datos se hizo a través de un cuadernillo-protocolo donde se incluyeron las variables sociodemográficas y clínicas relevantes, el Eyes Test y las siguientes escalas: EEAG, PANSS, ICG-SCH, YMRS, ICG-BP, HDRS.

**RESULTADOS:** a través del análisis descriptivo, T-Student y Pearson se encontró una diferencia significativa entre las puntuaciones en el Eyes Test al ingreso y al alta revelando que los pacientes realizaban mejor la tarea de reconocimiento facial de emociones cuando mejoraba su estado psiquiátrico.

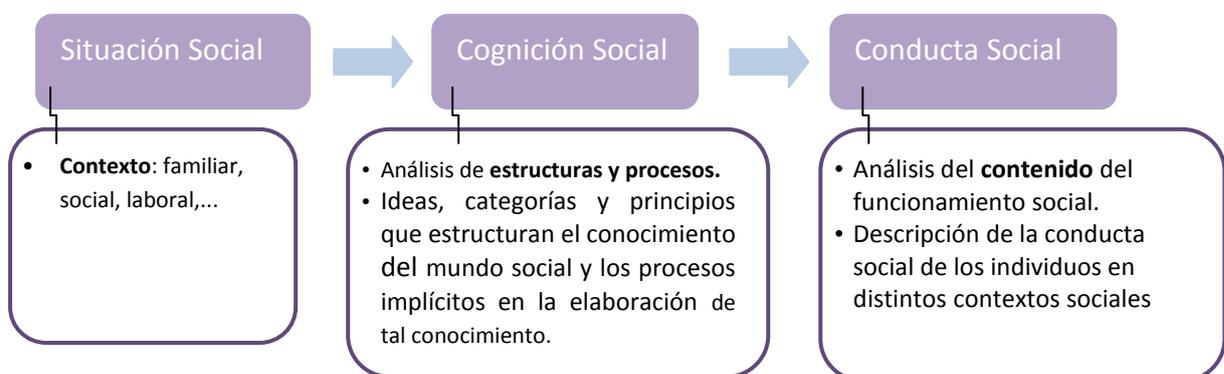
**CONCLUSIONES:** a pesar de diversas limitaciones, los resultados confirman la hipótesis principal y apuntan en la dirección de estudios previos que evidencian la relación entre cognición social y funcionamiento, aunque son necesarios estudios más extensos y exhaustivos que confirmen estos datos.

**PALABRAS CLAVE:** cognición social, teoría de la mente, reconocimiento facial de emociones, psicosis, trastornos afectivos.

## INTRODUCCIÓN

La cognición (del latín: cognoscere, "conocer") se define como el efecto y la acción de conocer; por tanto, la **cognición social** hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, como percibir, interpretar y generar respuestas ante las intenciones, emociones, tendencias y comportamientos de los otros<sup>1</sup>.

En sentido estricto, puede decirse que la cognición social es un área de estudio con autonomía propia respecto a los estudios de la conducta social. En el **diagrama I** se explica la distinción entre cognición social y conducta social. Mientras que ésta última se basa en trabajos descriptivos de la conducta social de los individuos en distintos contextos sociales, la cognición social estudia las ideas, categorías y principios que estructuran nuestro conocimiento del mundo social y los procesos implícitos en la elaboración de tal conocimiento. Entre los temas más estudiados acerca del contenido del funcionamiento social se encuentran el conocimiento de sí mismo y de los otros (**Lewis y Brooks-Gunn**)<sup>2</sup> y de las normas socio-morales (**Kohlberg**<sup>3</sup>, **Turiel**<sup>4</sup>). Otros estudios se han ocupado más de las estructuras y procesos que del contenido, centrándose en temas como inferencia y razonamiento social (**Kahnemann**)<sup>5</sup>, atribución causal (**Wyer**)<sup>6</sup>, y la influencia de factores afectivos y motivacionales en la conducta y el razonamiento social. Esta diversidad de temas ha contribuido a que esta área de la psicología de la cognición social se estructure como multifacética e interdisciplinar, dificultando la integración de objetivos y método en la investigación.<sup>7</sup>



*Diagrama I.* Diferencias entre cognición social y conducta social.



A lo largo de los últimos años, se han incrementado las investigaciones sobre cognición social. Actualmente es uno de los campos más activos de la Psicología y a la vez, como ya hemos mencionado, uno de los más difíciles de definir porque en él se centran fenómenos muy diversos. Numerosos síntomas y déficits interpersonales se hallan en multitud de trastornos psiquiátricos y no sólo en autismo como en principio se pensaba. La cognición social podría dividirse en 5 dominios parcialmente solapados<sup>1</sup>:

- ❖ **Teoría de la mente (*Theory of mind*):** se refiere a la habilidad para inferir las intenciones, tendencias y creencias de otros.
- ❖ **Percepción social (*Social perception*):** se trata de la habilidad para identificar roles sociales, reglas sociales y contexto social.
- ❖ **Conocimiento social (*Social knowledge*):** se refiere a la conciencia o conocimiento de los roles, reglas y objetivos que caracterizan las situaciones sociales y guían las interacciones sociales (por ejemplo, saber lo que se espera socialmente en la consulta del médico versus en un restaurante).
- ❖ **Tendencia o sesgo de atribución (*Attributional bias*):** refleja cómo las personas infieren las causas de eventos concretos positivos o negativos. Existen atribuciones externas (a otras personas) o internas (a uno mismo).
- ❖ **Procesamiento emocional (*Emotional processing*):** es similar a la llamada inteligencia emocional e incluye identificar, facilitar, entender y manejar emociones. Los instrumentos de medida del procesamiento emocional son variados e incluyen la evaluación de emociones expresadas en caras o voces, o bien la valoración, a partir de pequeñas viñetas, de cómo los sujetos manejan, regulan o facilitan emociones.

Estos dominios han sido recientemente identificados y consensuados a través del estudio de “Evaluación Psicométrica de la Cognición Social” (SCOPE), una encuesta en la que participaron los autores más reconocidos y expertos en el tema.<sup>8</sup>



Según la versión original de Salovey y Mayer<sup>9,10</sup>, la inteligencia emocional consiste en la habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones. Para ellos la inteligencia emocional se refiere a un “**pensador con un corazón**” (“*a thinker with a heart*”) que percibe, comprende y maneja relaciones sociales. El modelo de Procesamiento emocional de Mayer y Salovey se estructura como un modelo de cuatro ramas interrelacionadas:

- *Percepción emocional*: las emociones son percibidas, identificadas, valoradas y expresadas. es la aptitud para identificar correctamente cómo se sienten las personas; es decir, percibir las emociones propias y ajenas; a través del lenguaje, conducta, en obras de arte, música, etc. Incluye la capacidad para expresar las emociones adecuadamente.
- *Facilitación emocional del pensamiento*: las emociones sentidas entran en el sistema cognitivo como señales que influyen la manera de pensar (integración emoción y cognición), de manera que las emociones faciliten el pensamiento. Los estados emocionales facilitan el afrontamiento, por ejemplo, el bienestar facilita la creatividad.
- *Comprensión emocional*: comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional. Se consideran las implicaciones de las emociones, desde el sentimiento a su significado; esto significa comprender y razonar sobre las emociones para interpretarlas. Habilidad para comprender sentimientos complejos; por ejemplo, el amor y odio simultáneo hacia una persona querida (pareja, hermanos) durante un conflicto. Las señales emocionales en las relaciones interpersonales son comprendidas, lo cual tiene implicaciones para la misma relación.
- *Regulación emocional (emotional management)*: regulación reflexiva de las emociones promoviendo el crecimiento emocional, intelectual y personal para hacer posible la gestión de las emociones en las situaciones de la vida. Habilidad para distanciarse de una emoción, para regular las emociones en uno mismo y en otros y capacidad para mitigar las emociones negativas y potenciar las positivas.



Los límites entre estos dominios de cognición social no son claros, existiendo a veces un solapamiento considerable entre algunos de ellos. Por ejemplo, identificar emociones es un componente de Procesamiento emocional pero también suele ser un aspecto de Teoría de la mente.

El enfoque de la cognición social en el procesamiento de la información tiene muchas afinidades con la psicología cognitiva. La neurociencia cognitiva social es la investigación del origen biológico de la cognición social, es decir, los procesos que suponen la interacción con miembros de la misma especie<sup>11,12</sup>. La neurocognición hace referencia a todas las funciones cognitivas clásicas, no incluidas en el concepto más reciente de cognición social; ambos conceptos están relacionados aunque son constructos claramente diferenciados. En este sentido, son muchos los estudios que han investigado el papel de la cognición social en la neurocognición y el peso que tiene en las funcionalidades del sujeto (si es capaz de desarrollar los diferentes aspectos de su vida: sociales, académicos, familiares, laborales, etc. de manera satisfactoria) así como en las distintas funciones cognitivas (establecer objetivos, planificar, organizar, responder de forma adaptativa y automonitorizarse). Diferentes estudios han señalado que la cognición social podría estar implicada en la funcionalidad del sujeto e, incluso, podría ser un mejor predictor de la funcionalidad que la neurocognición y los síntomas clínicos.

En general, los modelos animales han demostrado ser de gran utilidad para el conocimiento de las bases neuroquímicas, genéticas y comportamentales que subyacen a los procesos cognitivos, sin embargo, no todos los componentes cognitivos han podido ser estudiados debido a su complejidad, como es el caso de la cognición social, lo que supone un problema añadido al estudio de este campo dificultando su aplicación a nivel humano. Es por ello que varios han sido los instrumentos que se han desarrollado para evaluar la cognición social y el procesamiento emocional con la esperanza de dilucidar poco a poco los entresijos de un tema de estudio tan complejo como este. En general, estos instrumentos requieren que el individuo identifique emociones y su intensidad en base a diferentes estímulos. Uno de los instrumentos más conocidos es el de la Tarea de



reconocimiento de la emoción de Penn<sup>13</sup> (*"Penn Emotional Acuity Test"*). En la versión para RM funcional de esta tarea, los sujetos observan una cara y han de calificar correctamente la emoción evocada y sentida en la cara. Cada ensayo se dirige a valorar una expresión emocional específica (miedo, enfado, felicidad, y tristeza). Otro instrumento, que es el que de hecho hemos utilizado en este estudio, es el de Tarea de lectura de la mente a través de la mirada (*"Reading the Mind in the Eyes Test-Revised"*) de Baron-Cohen (2001)<sup>14</sup>. Este paradigma fue desarrollado para el estudio del autismo y consiste en seleccionar cual de entre unas palabras (adjetivos) describe mejor los pensamientos y sentimientos de una persona, de la cual solo se puede ver los ojos. El Test original *"Reading the Mind in the Eyes"* (Baron-Cohen, 1997)<sup>15</sup> tenía serias limitaciones ya que el número de ítems y el formato de respuesta binomial no diferenciaban suficientemente a los individuos, que solían alcanzar altas puntuaciones. Por ello se creó un Eyes Test-Revisado en el cual el número de ítems ascendía a 36 y el número de respuestas posibles (una sola palabra que describía el estado mental) a 4, reduciendo el porcentaje de aciertos por azar al 25%. Las palabras-adjetivo refieren estados mentales complejos, por lo que requiere capacidad analítica suficiente por parte del adulto, lo que lo hace apropiado para sujetos con o sin psicopatología, daños cerebrales o neurológicos, o demencias; evaluando factores que podrían contribuir a las dificultades en el funcionamiento social. En este sentido, el test fue concebido para emplearse en población adulta con una inteligencia normal. Otra prueba utilizada es la MSCEIT (Control Emocional del Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso)<sup>16</sup> que está destinada a evaluar el funcionamiento social utilizando el método de puntuación por consenso general que mide la eficacia de las soluciones propuestas sobre la regulación de las emociones, en uno mismo y en las interacciones con los demás.

En relación al funcionamiento en cognición social y los diversos instrumentos de evaluación utilizados se han hecho investigaciones con diferentes trastornos mentales, especialmente con autismo y psicosis y esquizofrenia. Centrándonos en ésta última, se sabe que la esquizofrenia cursa con sintomatología negativa que afecta principalmente a la expresión de emociones y conducta social, y se ha documentado de forma consistente los problemas en cognición social mostrando un

deterioro en la capacidad para identificar afectos sociales. Ésta se ha detectado a través de un amplio rango de tareas y parece que juega un papel importante en la explicación en cuanto a los pobres resultados obtenidos en pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos. Una investigación llevada a cabo en la Universidad de California<sup>17</sup> se examinó los correlatos de los factores estructurales y clínicos/funcionales de ocho índices derivados de las cinco tareas de cognición social que abarcaban los dominios de procesamiento emocional, percepción social, estilo atribucional y teoría de la mente. El análisis factorial reveló tres factores con relativa inter-correlación que explicaban el 54% de la varianza total: 1) estilo atribucional hostil, 2) bajo nivel de detección de señales sociales y 3) altos niveles de procesos de regulación e inferencia. Ninguno de estos factores mostró una correlación significativa con los síntomas negativos de la esquizofrenia. El factor 1 correlacionó significativamente con síntomas clínicos (positivos, depresión, ansiedad y agitación), pero no con funcionalidad. Los factores 2 y 3 correlacionaron de forma significativa con funcionalidad pero no con síntomas clínicos. Estos resultados sugieren que hay múltiples dimensiones de la cognición social que son independientes y que pueden ser identificadas en psicosis y que muestran patrones distintivos de correlación con rasgos clínicos y funcionalidad. En otro estudio reciente<sup>18</sup> se evaluó el reconocimiento facial de emociones en pacientes con esquizofrenia violentos frente a no violentos. El resultado fue que el grupo de los violentos carecían en mayor medida del reconocimiento facial adecuado, lo que conllevaba a interpretaciones erróneas de situaciones sociales que resolvían con mayor violencia.

Diferentes estudios basados en la evaluación del Eyes Test se han llevado a cabo. Csukly<sup>19</sup> hizo un estudio sobre la teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia. El objetivo de dicho estudio fue examinar las diferencias en la Teoría de la Mente entre pacientes con esquizofrenia con déficit (SZ-D) y pacientes con esquizofrenia sin déficit (SZ-ND) a través de la tarea de lectura de la mente mediante el Eyes Test. Se encontró que en el grupo de varones los controles puntuaron mucho más que ambos subgrupos de pacientes SZ-D y SZ-ND. Sin embargo, el hallazgo más interesante fue que el grupo de mujeres SZ-ND resolvieron la tarea mucho mejor que el grupo de mujeres SZ-D; confirmando así las diferencias en cognición social entre controles



sanos y pacientes y entre éstos cuando están más deteriorados. La relación entre neurocognición y sintomatología en pacientes con esquizofrenia está bien establecida, sin embargo, varios estudios han investigado el papel mediador de la cognición social. Se han realizado diversos estudios que confirman este papel mediador de la cognición social. Un ejemplo es el estudio de Lam, Raine y Lee en el que a través del Eyes Test encontraron que los déficits neurocognitivos de los pacientes con esquizofrenia predisponen a un empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica a través de los déficits de cognición social, por lo que éstos median de forma significativa la relación entre neurocognición y sintomatología<sup>20</sup>. Finalmente, en recientes metanálisis<sup>21,22</sup> se encontró evidencia del papel mediador de la cognición social entre la neurocognición y la funcionalidad y eran modulados por la raza, el sexo y la sintomatología.<sup>22</sup>

Además de los episodios psicóticos y la esquizofrenia, la cognición social también se ha estudiado en otras psicopatologías, sobre todo las afectivas como el trastorno bipolar y la depresión. Daros<sup>23</sup> comparó los déficits en cognición social entre pacientes con esquizofrenia con un primer episodio psicótico y pacientes con trastorno bipolar con síntomas psicóticos y encontró que en ambos tipos de pacientes se producían problemas en el reconocimiento de emociones básicas como la alegría o la tristeza que no se resolvieron tras el tratamiento con antipsicóticos. Estos hallazgos vislumbran una vez más la gravedad y persistencia de los déficits de reconocimiento emocional en el curso temprano de pacientes con trastorno bipolar con síntomas psicóticos y pacientes con esquizofrenia. No obstante, en otros estudios como el de Caletti<sup>24</sup>, al comparar entre pacientes con trastorno bipolar, esquizofrenia y controles se observó que los pacientes con esquizofrenia tenían peor ejecución en tareas de cognición social y teoría de la mente y peor funcionamiento global que los pacientes con trastorno bipolar, aunque éstos también mostraron déficits. El grupo de controles sanos fue significativamente mejor en las mismas tareas que los otros dos grupos de pacientes. Estos resultados han sido replicados por otros estudios<sup>25</sup>, y aunque ambos trastornos muestran dificultades en el funcionamiento social y de reconocimiento facial de emociones, se evidencia la peor ejecución de los pacientes con esquizofrenia frente a los pacientes con trastorno bipolar. Algunos estudios se

han llevado a cabo integrando datos de neuroimagen como la investigación realizada por Cusi<sup>26</sup>, en el que mediante resonancia magnética funcional estudió los dominios de comprensión emocional y teoría de la mente en pacientes con desórdenes afectivos (depresión y trastorno bipolar). Los resultados sugerían mayor actividad límbica y de estructuras relacionadas con la emoción y menor actividad en regiones frontales asociadas a la regulación emocional y a funciones cognitivas superiores. Los datos revelaron, además, una ausencia de inhibición de estructuras cognitivas superiores en el límbico y otras estructuras emocionales durante el procesamiento cognitivo social de estos pacientes.

Un estudio de Ladegaard<sup>27</sup> con pacientes con episodio de depresión mayor mostró que estos pacientes experimentaban dificultades en todos los dominios de orden superior de cognición social, incluyendo teoría de la mente, percepción social y metacognición.

Estos estudios previos han estimulado nuestro interés sobre la cognición social y diversos trastornos mentales. Por eso, en base a estos antecedentes encontramos justificada nuestra investigación sobre cognición social, un área en la que aún quedan muchas cuestiones por resolver y muchas preguntas por formular. En este estudio nos hemos propuesto hacer un análisis comparativo en la percepción de emociones pre y post tratamiento hospitalario en episodios agudos en tres tipos de pacientes: pacientes con esquizofrenia, con trastorno bipolar y depresión. Para ello, se utilizó la tarea de la lectura de la mente a través de la mirada.

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### **Hipótesis**

Los pacientes diagnosticados de trastorno psicótico, depresión o trastorno bipolar obtendrán puntuaciones más bajas en reconocimiento facial de emociones al ingreso en la planta de Psiquiatría de agudos, medido mediante la tarea de lectura de la mente a través de la mirada llamada *Eyes Test*, que al alta.

### **Hipótesis secundaria**

Las menores puntuaciones en el *Eyes Test* irán acompañadas de menores puntuaciones en las Escalas Clínicas, sugiriendo que la mejoría en el estado clínico puede estar relacionada con la mejoría en la Cognición Social.

Respecto al sexo, no se hipotetizan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

### **Objetivos**

Los objetivos son:

- 1) Comparación y análisis intersujeto de la respuesta al *Eyes Test* de la muestra de pacientes al ingreso y al alta, para observar si se producen mejorías en la ejecución de dicha tarea.
- 2) Se analizan si los cambios en las puntuaciones del *Eyes Test* van seguidos de cambios en la puntuación en las Escalas Clínicas.
- 3) Se analizará si hay diferencias en las puntuaciones del *Eyes Test* según el género.

## MÉTODOS

El objetivo y la hipótesis se responden con un estudio de seguimiento (ya que hay una observación inicial y otra final). Como la evaluación es concurrente a los datos que se recogen, es prospectivo. Existe intervención, pero no existe un grupo control; por tanto, es un estudio cuasiexperimental, concretamente un estudio antes-después, en que cada sujeto hace las veces de su propio control.

En resumen, es un estudio *longitudinal, prospectivo, cuasiexperimental de tipo "antes-después", no controlado*. Se espera que los datos comparativos intra e intersujetos arrojen relaciones causales entre cognición social y trastorno mental.

Se hace análisis transversal para la hipótesis secundaria: los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico obtendrán puntuaciones menores en el *Eyes Test* al ingreso que los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo o bipolar, objetivando mayores problemas de cognición social.

### **Participantes**

#### *Población de referencia y de estudio*

El estudio se enmarca en la Comunidad de Madrid (España), siendo la población de referencia los sujetos con diagnóstico primario de trastorno psicótico, trastorno bipolar o depresión. La población del estudio o diana son 24 participantes españoles, de edad entre 18 y 75 años pertenecientes al área de Salud Mental de Villaverde e ingresados en la Planta de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre entre el 1 de abril y el 30 de mayo de 2014. De los 24 participantes, 2 de ellos no completaron de estudio, quedando por tanto la muestra total en 22 sujetos, 7 hombres y 15 mujeres. De los 22 sujetos, 10 fueron diagnosticados como pacientes con psicosis, 8 con trastorno bipolar y 4 de trastorno depresión mayor.

### *Crterios de inclusión y exclusión*

Se excluyen del estudio:

- Sujetos ingresados con trastorno mental inducido por consumo de sustancias entiendo el trastorno mental inducido según los criterios DSM-IV-TR.
- Sujetos ingresados por desintoxicación o dependencia de sustancias.
- Sujetos con daños neurológicos u organicidad del cuadro.

Se incluyeron en el estudio:

- Pacientes ingresados en la planta de Psiquiatría entre 18 y 75 años, de ambos sexos con diagnóstico primario de trastorno psicótico, trastorno bipolar o depresión.

### **Diseño del estudio y variables**

El estudio se llevó a cabo en la planta de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, donde se pasó el Eyes Test al ingreso (*Eyes Test 1*), siempre y cuando el paciente estuviera orientado alo y autopsíquicamente y con los recursos atencionales necesarios para realizar de forma adecuada la tarea. Si el paciente no cumplía estos requerimientos se esperaba unos días a que mejorase para pasarle el test. Junto con el Eyes Test del ingreso (*Eyes Test 1*) se pasó un protocolo donde se recogieron las variables socio-demográficas, biológicas y clínicas del estudio y las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas (llamadas "PRE") y en el test. Esta prueba se realizó en una sola sesión de tiempo variable de entre 50-75 minutos según las necesidades de cada paciente.

En la segunda sesión, al alta, se volvieron a pasar las escalas clínicas y el test (*Eyes Test 2* y escalas "POST"), siempre con una distancia temporal entre la primera y segunda sesión de 7 días como mínimo, para minimizar el efecto de recencia. Esta parte del estudio se corresponde con el objetivo 3 mencionado anteriormente, esperamos que los cambios en las puntuaciones de las escalas clínicas vayan acompañados de cambios en la prueba del Eyes Test. Se expone al final de este apartado un diagrama (**Diagrama II**) en el que se explican detalladamente los pasos realizados en el estudio.

La variable dependiente principal medida en la investigación es la cognición social, concretamente percepción emocional, mediante de la tarea de reconocimiento facial de emociones a través de la mirada (Eyes Test). También se midieron como variables dependientes las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas tanto al ingreso como al alta. Las variables independientes a analizar fueron: 1) Tipo de diagnóstico y 2) Sexo, coincidiendo con los objetivos arriba mencionados. Se recogieron asimismo otras variables sociodemográficas y clínicas importantes obtenidas en el protocolo inicial, en las que se incluyen: sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel de estudios, nº de hermanos, nº de hijos, composición de la unidad familiar, entre otras y datos sobre antecedentes familiares, antecedentes psiquiátricos, nº de episodios previos psicóticos, maníacos o de depresión, tratamientos actuales (psicológicos y/o farmacológicos); hábitos tóxicos, así como las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas clínicas, tanto al ingreso (“PRE”) como al alta (“POST”). Un resumen de las variables principales recogidas según el diagnóstico se recoge en la *Tabla I*.

	<b>Trastorno Psicótico</b>	<b>Trastorno Bipolar</b>	<b>Depresión</b>
<b>Recogida de datos socio-demográficos, biológicos y clínicos.</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Eyes Test 1 y Eyes Test 2</b>	Sí	Sí	Sí
<b>EAAG</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Escalas clínicas específicas</b>	PANSS ICG-SCH	YMRS HDRS ICG-BP	HDRS

*Tabla I.* Variables principales del estudio

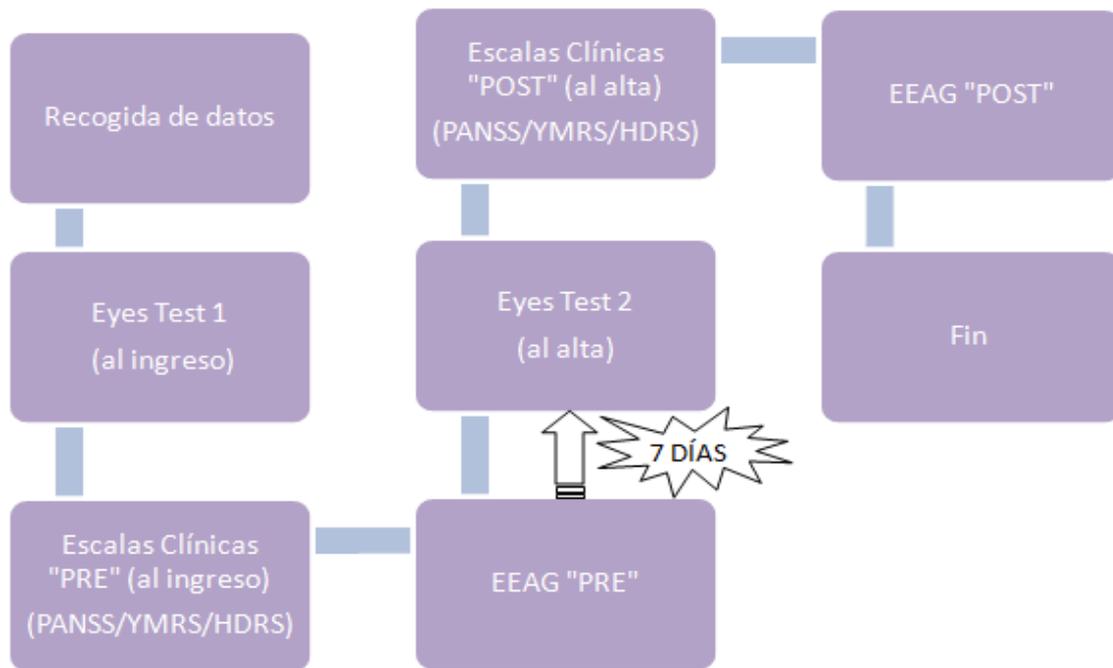


Diagrama II: secuencia detallada del estudio

### **Instrumentos de medida y Recogida de datos**

#### *Protocolo Inicial*

Se pasó un cuestionario heteroaplicado (Cuadernillo) a todos los participantes durante la primera sesión del estudio. Se trataba de un instrumento de recogida de información y de *screening* para descartar a aquellos sujetos que no cumplieran los requisitos del estudio. Estos datos se recogieron en un cuadernillo-protocolo realizado específicamente a tal fin. Se hicieron tres cuadernillos diferentes, cada uno de ellos incluía las mismas variables socio-demográficas, biológicas y clínicas, la escala de puntuaciones del Eyes Test 1 y Eyect Test 2 y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Las escalas clínicas específicas para cada trastorno se adjuntaron junto con el cuadernillo correspondiente, de tal manera que los cuadernillos quedaron de esta forma:

- **Cuadernillo para el trastorno psicótico:** variables socio-demográficas, biológicas y clínicas, registro del Eyes Test 1 y 2, EEAG, PANSS e ICG-SCH (ANEXO 1).
- **Cuadernillo para el Trastorno Bipolar:** variables socio-demográficas, biológicas y clínicas, registro del Eyes Test 1 y 2, EEAG, YMRS, HDRS e ICG-BP (ANEXO 2).
- **Cuadernillo para depresión:** variables socio-demográficas, biológicas y clínicas, registro del Eyes Test 1 y 2, EEAG y HDRS (ANEXO 3).

#### *Presentación de estímulos: Eyes Test*

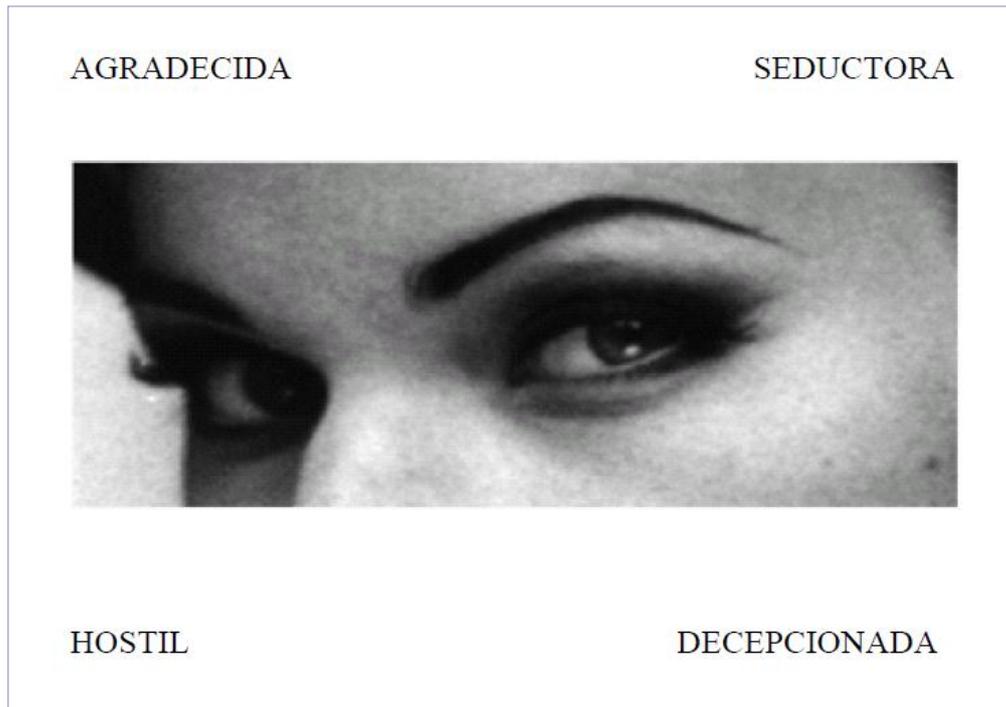
A continuación del cuestionario previo, se realizó la tarea de reconocimiento facial de emociones a través del Eyes Test, que mide percepción emocional. Esta tarea conlleva alrededor de unos 20-30 min dependiendo del sujeto, de su disposición atencional, nivel cultural y facilidad de entendimiento de la tarea. Este cuestionario está estandarizado y traducido al español, la prueba consta de 36 fotografías con 4 palabras que definen un estado emocional, la persona debe elegir una de ellas, la que considere más adecuada, sólo hay una respuesta correcta para cada fotografía (APÉNDICE A).

Un estudio ha mostrado evidencia de que el Eyes Test tiene fiabilidad y estabilidad (mediante pruebas de test-retest) incluso después de un periodo de un año en muestras no clínicas de adultos<sup>28</sup>.

Las instrucciones que se dieron a los sujetos fueron las siguientes:

- “Para cada fotografía, debe elegir la palabra que mejor describa lo que la persona está pensando o sintiendo.
  - Le puede parecer que pueda ser aplicable más de una palabra, pero elija por favor, aquella que considere la más apropiada.
  - Antes de elegir su opción, asegúrese de que ha leído las cuatro palabras.
  - Debe intentar hacer la tarea lo más rápidamente posible, pero no se va a contabilizar el tiempo.
  - Si no conoce el significado de alguna palabra puede mirarla en el manual de definiciones”.
- (APÉNDICE B).

Seguidamente se le preguntó si tenía alguna duda al respecto y se hizo un ensayo de prueba. Dos ejemplos de diapositiva de la tarea del Eyes Test se exponen en las Fotografías 1 y 2.



Fotografía 1: muestra de una diapositiva (mujer). La palabra-adjetivo correcta es “seductora”.



Fotografía 2: muestra de una diapositiva (hombre). La palabra-adjetivo correcta es “compungido”.

### *Cuestionarios y Escalas Clínicas*

Los instrumentos de medida utilizados para la evaluación psicológica y psiquiátrica de los pacientes cumplen los criterios de fiabilidad y validez, estando todos traducidos y adaptados al español. Estos instrumentos se pasaron tanto en la primera sesión, al ingreso, como en la segunda sesión, al alta. El investigador clínico fue entrenado para realizar estas pruebas y familiarizarse con los instrumentos de evaluación. Todos ellos se pasarán en una sola sesión, de aproximadamente, una hora de duración. Es objetivo final de la utilización de estos instrumentos fue determinar la gravedad del paciente para poder hacer un análisis correlacional entre la gravedad de la enfermedad y la percepción emocional de los pacientes.

Estos fueron los instrumentos utilizados:

- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS).<sup>29</sup>
- Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale, CGI-SCH).<sup>30,31</sup>
- Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS).<sup>32</sup>
- Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS).<sup>33</sup>
- Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (Clinical Global Impression for Bipolar Modified, CGI-BP-M).<sup>34,35</sup>
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).<sup>36</sup>

### Análisis de datos

- **Análisis descriptivo** en el que se calcularon las medias y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias y desviaciones estándar para las cuantitativas. La realización de estos análisis se hizo sobre la muestra total de participantes y sobre el subgrupos de pacientes con diferente diagnóstico: psicosis, bipolar y depresión. El cálculo de intervalo de confianza se hizo al 95% tanto para medias como para proporciones.

- **Análisis bivalente**

*T-Student de muestras relacionadas* para analizar si las diferencias entre las medias de los resultados del Eyes Test 1 y el Eyes Test 2 son significativas o no.

Para el objetivo 2, la correlación entre las puntuaciones del Eyes Test y las puntuaciones en las escalas clínicas, se utilizó la *Correlación de Pearson*.

Para el tercer objetivo, se hizo el análisis con la *T-Student para muestras independientes*, teniendo la variable cualitativa "sexo" dos niveles (hombre/mujer) y siendo la variable cuantitativa la puntuación del Eyes Test.

## DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio ha conllevado ciertas dificultades y limitaciones que si bien no han interferido de forma importante en los en los objetivos y resultados del estudio, sí han de considerarse y tomarse en cuenta.

La primera de las dificultades estriba en el *estado psiquiátrico* con el que llegan muchos pacientes a la planta. En este sentido, debemos tener muy en cuenta que se trata de una planta de agudos, por lo que mientras que a unos podíamos pasarle las pruebas al día siguiente, con los más graves a veces se ha tenido que esperar más días e incluso una semana para asegurarse de que el paciente estaba en condiciones "óptimas" de responder a los cuestionarios y al test, considerando las limitaciones de la enfermedad actual.

Igualmente, una limitación importante proviene de la propia *muestra*, tanto en el tamaño como en la ausencia de grupo control. El límite de tiempo para la creación de este proyecto durante la estancia de investigación fueron dos meses, por lo que es inabordable en un periodo de tiempo tan corto poder hacer un estudio más extenso y meticuloso, teniendo que limitar la muestra a un tamaño relativamente pequeño, aunque suficiente como para encontrar hallazgos interesantes. La *ausencia de grupo control* se debe igualmente a que además del poco tiempo disponible no encontramos necesario incluir un grupo control para obtener resultados significativos del estudio para nuestros objetivos.

Como es un estudio cuasi-experimental, los resultados obtenidos intentan obtener relaciones causales (entre la intervención y el cambio), sin embargo están sujetos a muchos sesgos imposibles de controlar sin grupo control, sin aleatorización, etc (el *efecto placebo* inherente a toda intervención, el *efecto Hawthorne* que es efecto del conocimiento de recibir una intervención o prueba, el *efecto estadístico de regresión a la media* o el efecto de "evolución natural" por el cual, con el tiempo las enfermedades cambian de gravedad o pueden mejorar de puntuaciones pero no puede ser siempre atribuido a las intervenciones, especialmente si no hay un grupo comparador similar sin intervención coetáneo).

Otra dificultad estriba en que si bien el Eyes Test es un cuestionario sencillo de realizar y que no requiere nivel cultural alto, algunas palabras descriptivas de emociones podían resultar complejas como por ejemplo “compungido”, por este motivo, se les explicó a los participantes que disponían de un manual de definiciones para consultar ciertas palabras o podían preguntar al entrevistador.

Los *efectos de la memoria* sería una variable contaminadora añadida al estudio pero controlada. Aunque entre la primera sesión y la segunda siempre se cumplieron los 7 días (o más) de intervalo entre ambas pruebas es cierto que podrían darse efectos de recencia sobre la memoria. No obstante, esto no supone una limitación mayor puesto que en ningún caso dimos las respuestas correctas e incorrectas a los pacientes, por lo que aunque recordaran las fotografías no podían saber cuál era la respuesta correcta correspondiente a cada fotografía. Se observó que los pacientes recordaban más las caras que las palabras asignadas a ellas e incluso respondían de forma diferente respecto al test previo (Eyes Test 1).

Se considera, por tanto, que pese a estas limitaciones y dificultades, el estudio se ha llevado a cabo de forma óptima sin que estos factores alteren los hallazgos encontrados.

## RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron a través de análisis estadísticos con el programa *IBM Statistics SPSS 20.0*. Se hizo un análisis descriptivo de las categorías diagnósticas y género (Tabla II) y de las diferencias en las puntuaciones obtenidas en la prueba del Eyes Test según categoría diagnóstica (Tabla III), aunque con fines más descriptivos que estadísticos pues el tamaño de la muestra impide hacer comparaciones entre diagnósticos de manera fiable. Las menores puntuaciones en el reconocimiento facial de emociones al ingreso fueron las de los pacientes con trastorno bipolar en estado maníaco seguida de los pacientes con trastorno por depresión. Al alta las mayores puntuaciones correspondieron a los pacientes con trastorno delirante crónico.

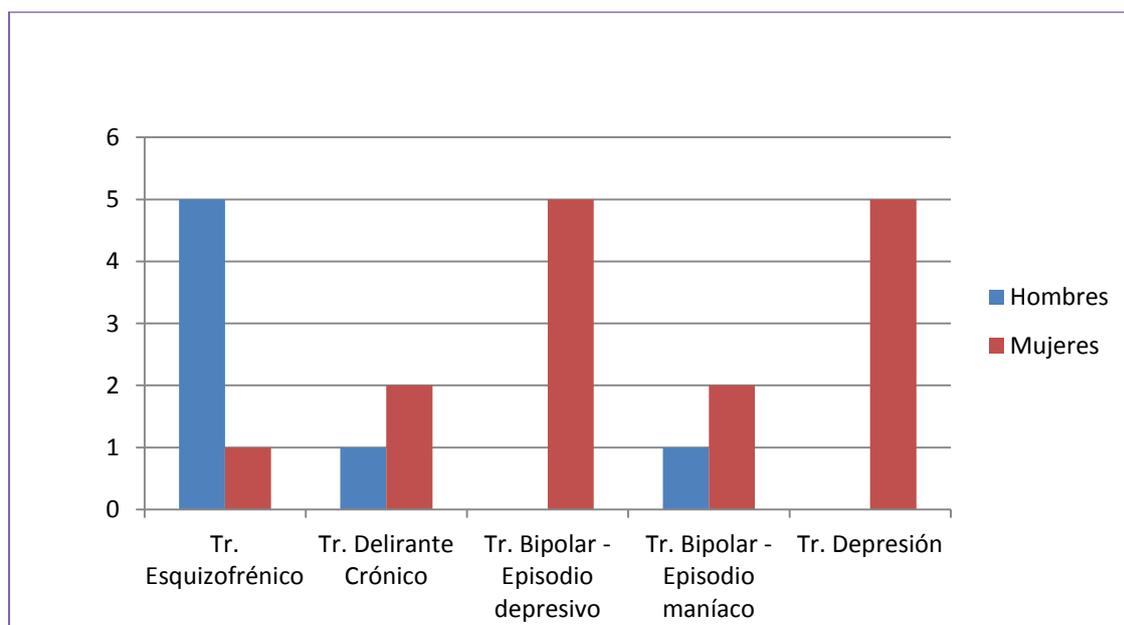


Tabla II. Número de hombres y mujeres en cada categorías diagnóstica.

Diagnóstico clínico	EYES TEST al ingreso				EYES TEST al alta	
	N	Porcentaje	Media	DT	Media	DT
Tr. Esquizofrénico	7	31,8	14,43	3,780	17,43	8,677
Tr. Delirante Crónico	3	13,6	19,67	2,517	24,00	5,568
Tr. Bipolar -Episodio depresivo	5	22,7	17,80	3,962	21,00	3,937
Tr. Bipolar - Episodio maníaco	3	13,6	12,33	2,517	17,33	3,215
Tr. Depresión	4	18,2	15,00	5,354	14,75	6,185
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>15,73</b>	<b>4,233</b>	<b>18,64</b>	<b>6,551</b>

Tabla III. Análisis descriptivo entre diagnóstico clínico y puntuación obtenida en el Eyes Test.

### Eyes Test

Nuestro primer objetivo fue analizar si había diferencias en el reconocimiento facial de emociones en los resultados de los pacientes al ingreso y al alta. Los análisis estadísticos de T-Student para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los resultados de las medias del Eyes Test 1 y el Eyes Test 2, apoyando la hipótesis principal (Tabla IV y V).

Correlaciones de muestras relacionadas			
	N		Sig.
EYES TEST Puntuación total al ingreso y EYES TEST Puntuación total al alta	22	,589	,004

Tabla IV. Diferencia de medias entre las puntuaciones en el Eyes Test 1 y el Eyes Test 2.

Prueba de muestras relacionadas								
	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	DT	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
EYES TEST 1: Puntuación total al ingreso - EYES TEST 2: Puntuación total al alta	-2,909	5,309	1,132	-5,263	-,555	-2,570	21	<b>,018</b>

Tabla V. T-Student para muestras relacionadas (Eyes Tets 1 y Eyes Test 2).

### Eyes Test y Escalas Clínicas

Nuestro segundo objetivo era analizar si los cambios en las puntuaciones del Eyes Test iban seguidos de cambios en la puntuación en las Escalas Clínicas, pudiendo reflejar una relación entre mejoría del estado clínico y Cognición Social.

Los datos obtenidos mediante correlación de Pearson no parecieron reflejar una relación entre ambas variables. Los diferentes análisis de las puntuaciones en la PANSS, YRMS y HDRS y del Eyes Test tanto al ingreso como al alta no mostraron relaciones significativas. Sin embargo, sí que hubo una correlación significativa al ingreso ( $p < 0,05$ ) (Tabla VI) y muy significativa ( $p < 0,01$ ) al alta entre las puntuaciones en la Escalas PANSS de sintomatología negativa y psicopatología. (Tabla VII).

		EYES TEST Puntuación total al ingreso	PANSS Escala Positiva al ingreso	PANSS Escala Negativa al ingreso	PANSS Escala Psicopatología General al ingreso		
EYES TEST Puntuación total al ingreso	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1					
PANSS Escala Positiva al ingreso	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,403 ,249				1	
PANSS Escala Negativa al ingreso	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-,438 ,205				-,142 ,695	1
PANSS Escala Psicopatología General al ingreso	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,194 ,592				,478 ,162	,688* ,028

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla VI. Correlaciones de Pearson entre puntuaciones al ingreso en las Escalas PANSS y Eyes Test 1.

		EYES TEST Puntuación total al alta	PANSS Total Escala Positiva al alta	PANSS Total Escala Negativa al alta	PANSS Total Escala Psicopatología General al alta		
EYES TEST Puntuación total al alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1					
PANSS Total Escala Positiva al alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,461 ,180				1	
PANSS Total Escala Negativa al alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-,610 ,061				,029 ,936	1
PANSS Total Escala Psicopatología General al alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-,271 ,448				,490 ,150	,766** ,010

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla VII. Correlaciones de Pearson entre puntuaciones al alta en las Escalas PANSS y Eyes Test 2.

**Eyes Test y Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)**

Aunque no formaba parte de la hipótesis inicial ni de los objetivos, quisimos hacer un análisis entre ambas escalas para ver si encontrábamos diferencias en la escala de funcionalidad de la EEAG de acuerdo con hallazgos anteriores. A pesar de que hubo diferencias notables en las puntuaciones de las escalas (Media EEAG al ingreso: 51,14; Media EEAG al alta: 84,77), no se observaron en nuestro estudio que estas diferencias fueran estadísticamente significativas ni correlaciones entre las escalas de EEAG y las puntuaciones obtenidas en el Eyes Test.

Al hacer los análisis entre ambas variables, apareció de nuevo la diferencia estadísticamente significativa entre ambas medias y, además, una correlación positiva directa entre las puntuaciones Eyes Test 1 y Eyes Test 2 que no habíamos encontrado hasta ahora. (Tabla VIII).

		EYES TEST Puntuación total al ingreso	EYES TEST Puntuación total al alta	EEAG- Escala funcionalidad al ingreso	EEAG - Escala funcionalidad al alta
EYES TEST Puntuación total al ingreso	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1			
EYES TEST Puntuación total al alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,589** ,004	1		
EEAG- Escala funcionalidad al ingreso	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,294 ,184	,186 ,407	1	
EEAG - Escala funcionalidad al alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,244 ,273	-,182 ,417	,210 ,348	1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla VIII. Correlación de Pearson entre la EEAG y Eyes Test.

**Eyes Test y Género**

Nuestro tercer objetivo de este estudio fue comparar las puntuaciones de los sujetos en el Eyes Test según el género aunque no esperábamos encontrar diferencias significativas entre la ejecución de la tarea de reconocimiento facial de emociones entre hombres y mujeres. En la **tabla IX** se muestran las medias de las puntuaciones según el género.

	<i>N</i>	<b>Eyes Test 1</b>		<b>Eyes Test 2</b>	
		<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>
<b>Hombres</b>	7	15,00	4,51	<b>19,71</b>	8,20
<b>Mujeres</b>	15	<b>16,07</b>	4,21	18,13	5,89
<b>Total</b>	22	15,73	4,23	18,64	6,55

*Tabla IX.* Medias de puntuaciones en el Eyes Test al ingreso y al alta según el género.

Se seleccionó como variable numérica de contraste las puntuaciones obtenidas en el Eyes Test dividiendo la variable de agrupación en una categoría dictómica (hombre/mujer). La T-Student para muestras independientes (hombres y mujeres) no mostró que hubiese diferencias significativas entre ambos grupos (**Tabla X**).

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
EYES TEST Puntuación total al ingreso	Se han asumido varianzas iguales	,083	,777	-,541	20	,594	-1,067	1,971	-5,179	3,045
	No se han asumido varianzas iguales			-,527	11,104	,608	-1,067	2,022	-5,513	3,380
EYES TEST Puntuación total al alta	Se han asumido varianzas iguales	,582	,455	,518	20	,610	1,581	3,052	-4,786	7,947
	No se han asumido varianzas iguales			,458	9,014	,658	1,581	3,452	-6,227	9,389

Tabla X. Prueba T-Student para igualdad de medias en muestras independientes (Eyes Test y género) al ingreso y al alta.

## DISCUSIÓN

Los resultados más interesantes encontrados en este estudio son la significación de las diferencias entre las puntuaciones de los Eyes Test al ingreso frente al Eyes Test al alta y que estas diferencias no se observan según el género como se han encontrado en hallazgos previos<sup>20,22</sup>. Estos resultados son importantes a la luz de confirmar que hay diferencias en la percepción de reconocimiento facial de emociones en los pacientes con trastorno psicótico, trastorno bipolar y trastorno depresivo. Éstos pacientes mostraron mejor ejecución en esta tarea al alta, de lo que se puede deducir que en la percepción de emociones juega un papel importante el estado psicológico de la persona y la salud mental.

El análisis de correlación de Pearson no reveló correlaciones lineales significativas entre las escalas clínicas y el Eyes Test y, a pesar de que esperábamos obtener algún resultado significativo, no nos sorprendió esta ausencia de relaciones. Esto puede ser explicado por el número de sujetos reducido perteneciente a cada grupo (9 con trastorno psicótico, 8 con trastorno bipolar y 5 con depresión) que impide hacer una buena estrategia correlativa entre diagnóstico, escalas clínicas y puntuaciones en el Eyes Test. Probablemente habría que ampliar la muestra perteneciente a cada grupo para obtener datos significativos y de interés. De la misma forma, aunque el estudio estadístico del EEAG no formaba parte de los objetivos se quiso hacer el análisis. Éste no arrojó correlaciones entre la mejoría en el Eyes Test y la mayor puntuación en la escala de funcionalidad del EEAG, a pesar de que la diferencia de medias entre la primera medida y la segunda fue elevada.

Como se ha comentado con anterioridad, un estudio comparativo intergrupos no ha sido posible debido a las limitaciones de la muestra. No obstante, supone una cuestión de gran interés que podría estudiarse más en profundidad puesto que no hay investigaciones previas en las que se comparen estos tres trastornos de forma transversal en el tiempo y no cabe duda de que su estudio aportaría información de gran relevancia para el campo de la cognición social.

Finalmente, a pesar de que en estudios previos se encontraron diferencias en la percepción de emociones entre hombre y mujeres<sup>20</sup>, nosotros no hemos encontrado

diferencias significativas entre ambos grupos. Esto podría explicarse por el tamaño de la muestra o puede deberse a las diferencias en la proporción entre hombres y mujeres. Respecto al diagnóstico, de los 9 pacientes con trastorno psicótico, 6 fueron hombres y 3 mujeres; mientras que en los trastornos afectivos prevalecieron las mujeres (12 mujeres frente a 1 hombre). Estas diferencias son normales puesto que en la práctica clínica los trastornos psicóticos se ven más frecuentemente en varones y los trastornos afectivos en mujeres. En estudios anteriores<sup>24</sup> se ha demostrado que los trastornos psicóticos tienen peor ejecución en la percepción de emociones que los trastornos afectivos coincidiendo a su vez con una mejor ejecución de estas tareas en las mujeres. En nuestro estudio, a pesar de las diferencias en el número de hombres y mujeres no se observaron diferencias entre ambos. Las mujeres realizaron mejor la tarea al ingreso, mientras que los hombres tuvieron una media mayor en la puntuación del Eyes Test que las mujeres al alta, aunque no resultara significativo.

Futuros estudios son aún necesarios para esclarecer un tema tan complejo como es el de la cognición social y los trastornos psiquiátricos; puestos que aún quedan muchos puntos por resolver y muchas controversias que aclarar.

Una muestra clínica representativa y un estudio longitudinal prospectivo a largo plazo ayudaría a esclarecer la relación entre funcionalidad y cognición social cuyos resultados implicarían un gran avance tanto en el tratamiento de ciertas psicopatologías como la esquizofrenia o los trastornos afectivos, como en la paliación de sus déficits mejorando la calidad de vida de estos pacientes y la comprensión de estas enfermedades.

Es por tanto necesario profundizar en esta relación como una variable predictora de calidad de vida para los pacientes siendo un punto que desentrañe no sólo el entramado de los trastornos psiquiátricos sino que abarque la clínica de estos pacientes desde una realidad más próxima a ellos, traspasando la mera teoría y poniendo énfasis en la investigación traslacional como punto de referencia de los futuros estudios.



## CONCLUSIONES

En este trabajo se analizó la relación entre cognición social y trastornos afectivos y psicóticos encontrando que estos pacientes mejoran en el reconocimiento facial de emociones a través de la tarea del Eyes Test tras tratamiento hospitalario del episodio agudo del trastorno.

Tal como se planteó en las hipótesis de este trabajo, no se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones entre hombres y mujeres, aunque los primeros obtuvieron mayores puntuaciones al alta del hospital por término medio, mientras que las mujeres puntuaron más al ingreso.

Las puntuaciones en las escalas clínicas no correlacionaron con las puntuaciones del Eyes Test, aunque estos resultados se encuentran limitados por el tamaño de la muestra, siendo necesario replicar el estudio con un número mayor de pacientes.

En relación al punto anterior, se recomienda hacer estudios comparativos entre los trastornos psicóticos, bipolares y depresivos para continuar la línea de investigación de este estudio y obtener una mayor evidencia basada en resultados más fiables y válidos.

## ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se enmarca dentro del proyecto FIS PI 08/0514 aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario 12 de Octubre. Los datos son tratados con una política estricta de confidencialidad y sólo podrán tener acceso restringido los investigadores implicados en el estudio. El proyecto reconoce la Declaración de Helsinki. La participación en el estudio es voluntaria y requiere el consentimiento informado firmado por todos los participantes, que será revocable en el momento que el sujeto así lo desee. El estudio se considera ético y respeta la integridad de los participantes sin suponer riesgo alguno la participación en él. No existen beneficios directos para los participantes ni incentivos económicos o materiales. Los beneficios obtenidos del estudio por parte de los sujetos pueden ser indirectos y estar relacionados con los hallazgos encontrados y futuras aplicaciones de los mismos.

## PLAN DE TRABAJO Y MEDIOS DISPONIBLES

El plan de trabajo se estructuró en tres partes bien diferenciadas:

1. *Estructuración del proyecto de investigación*: en esta parte del proyecto el tutor asesoró a la alumna sobre cómo plantear el estudio, la recogida de datos, la muestra, la bibliografía relacionada, el funcionamiento del hospital, etc. Asentadas ya las bases fundamentales se plantearon los objetivos e hipótesis de investigación.

2. *Recogida de datos y muestreo*: una vez definida la muestra y los objetivos de la investigación se reclutó durante los dos meses que duró la estancia al mayor número de pacientes posibles que cumplieran los requisitos de inclusión del estudio.

3. *Base de datos y análisis*: una vez finalizada la estancia de investigación en el hospital, se hizo una base de datos computarizada a través del SPSS y se realizaron los análisis oportunos para obtener los datos que corroboraron o no las hipótesis planteadas previamente.

En el diagrama II (pág. 17) se representa la estructuración del procedimiento del proyecto.

Los medios disponibles de los que se dispuso para la realización de este trabajo se enumeran a continuación:

- *Carnet identificativo* como alumna en prácticas para poder acceder a la *biblioteca* del hospital y los diferentes *recursos* disponibles.
- Plena disposición para *rotar por el hospital* y reclutar a los pacientes bajo la *supervisión* del tutor o un responsable cualificado.
- *Despachos* disponibles para realizar las entrevistas, pasar las escalas clínicas y pruebas a los pacientes.
- *Ordenadores* para realizar las bases de datos y búsqueda de bibliografía.

## BENEFICIOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio está dotado de validez externa al llevarse a cabo con pacientes en el contexto de la realidad clínica del hospital. Sin embargo, el tamaño de la muestra y otras limitaciones mencionadas con anterioridad como la ausencia de un grupo control reducen la validez interna del mismo así como la fiabilidad de los datos obtenidos, debiendo considerar éstos de forma especulativa y en ningún caso de forma rotunda o definitiva. A pesar de estas limitaciones, el estudio supone una aplicabilidad directa y real al entorno clínico de los trastornos psiquiátricos al estar su estudio fundamentado en la funcionalidad, percepción y habilidad social y emocional.

El presente trabajo no supone beneficio directo para el paciente así como perjuicio alguno. No obstante, los pacientes pueden beneficiarse de forma indirecta de los hallazgos encontrados en este y futuros estudios a través de una mejora en la funcionalidad y en la paliación de déficits sociales característicos de estos sujetos para mejorar su calidad de vida.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias...

En primer lugar, agradecer al director y tutor de prácticas, Roberto Rodríguez-Jiménez del Hospital 12 de Octubre por revisar concienzudamente este trabajo y por su paciencia. Gracias por darme la confianza necesaria para entrevistar a los pacientes, por permitirme pasear por la planta de su hospital como una más y por instarme a leer artículos, publicaciones, a aprender más y guiarme en el arduo pero apasionante trabajo de la investigación.

Igualmente, a la Universidad de Cantabria por llevar esta primera edición del máster de forma tan organizada y metódica, y a su coordinadora, Elsa Valdizán, que siempre ha estado receptiva y atenta a los alumnos y profesores, pese a las complicaciones surgidas.

Por último, agradecer de corazón a mi compañero Sergio, porque desde el primer día estuvo ahí, por enseñarme y ayudarme, y por dar sin pedir nada a cambio.



## APÉNDICE A

Lista de palabras-adjetivo del *Eyes Test*. En negrita las respuestas correctas.

E	Celoso	<b>Asustado</b>	Arrogante	Odio	H
1	<b>Entusiasmado</b>	Reconfortante	Irritado	Aburrido	H
2	Aterrado	<b>Compungido</b>	Arrogante	Enojado	H
3	Bromista	Agitada	<b>Deseo</b>	Convencida	M
4	Bromista	<b>Insistente</b>	Entretenido	Relajado	H
5	Irritado	Sarcástico	<b>Preocupado</b>	Simpático	H
6	Horrorizada	<b>Fantasiosa</b>	Impaciente	Alarmada	M
7	Disculpante	Simpático	<b>Intranquilo</b>	Decaído	H
8	<b>Abatido</b>	Relajado	Tímido	Excitado	H
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	<b>Acongojada</b>	M
10	<b>Prudente</b>	Insistente	Aburrido	Horrorizado	H
11	Aterrado	Entretenido	<b>Arrepentido</b>	Seductor	H
12	Indiferente	Abochornado	<b>Escéptico</b>	Decaído	H
13	Contundente	<b>Expectante</b>	Amenazante	Severo	H
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	<b>Acusar</b>	H
15	<b>Pensativa</b>	Agitada	Ilusionada	Entretenida	M
16	Irritado	<b>Meditativo</b>	Ilusionado	Compasivo	H
17	<b>Insegura</b>	Afectuosa	Entusiasmada	Horrorizada	M
18	<b>Contundente</b>	Entretenida	Horrorizada	Aburrida	M
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	<b>Vacilante</b>	M
20	Imponente	<b>Simpático</b>	Culpable	Aterrorizado	H
21	Abochornada	<b>Fantasiosa</b>	Confundida	Asustada	M
22	<b>Acongojada</b>	Agradecida	Insistente	Suplicante	M
23	Satisfecho	Disculpante	<b>Desafiante</b>	Curioso	H
24	<b>Caviloso</b>	Irritado	Excitado	Hostil	H
25	Asustada	Incrédula	Abatida	<b>Interesada</b>	M
26	Alarmado	Tímido	<b>Hostil</b>	Ansioso	H
27	Bromista	<b>Prudente</b>	Arrogante	Tranquilizadora	M
28	<b>Interesada</b>	Bromista	Afectuosa	Satisfecha	M
29	Impaciente	Horrorizada	Irritada	<b>Reflexiva</b>	M
30	Agradecida	<b>Seductora</b>	Hostil	Decepcionada	M
31	Avergonzada	<b>Segura</b>	Entusiasmada	Decaída	M
32	<b>Serio</b>	Horrorizada	Aturdido	Alarmado	H
33	Abochornado	Culpable	<b>Fantasioso</b>	Inquieto	H
34	Horrorizada	Desconcertada	<b>Recelosa</b>	Aterrada	M
35	Confusa	<b>Nerviosa</b>	Insistente	Pensativa	M
36	Avergonzado	Nervioso	<b>Desconfiado</b>	Indeciso	H

E: Ensayo de prueba

H: Fotografía correspondiente a la imagen de un hombre

M: fotografía correspondiente a la imagen de una mujer

## APÉNDICE B

**MANUAL DE DEFINICIONES DE LAS PALABRAS**

**ABATIDO:** Decaído, sin esperanza

*Gregorio se quedó **abatido** al no conseguir el trabajo que quería.*

**ABOCHORNADO:** Sonrojado

*Juan se sintió muy **abochornado** al olvidar el nombre de su compañero.*

**ACONGOJADO:** Absorbido por sus pensamientos

*Darí se mostraba **acongojada** en el trabajo por la angustiada enfermedad de su madre.*

**ACUSAR:** Culpar

*El policía **acusó** al hombre de robar la cartera.*

**AFECTUOSO:** Que muestra cariño hacia alguien

*La mayoría de las madres son **afectuosas** con sus bebés, están continuamente dándoles besos y abrazos.*

**AGITADO:** Inquieto, nervioso y turbado

*Sara estaba **agitada** al ver que quedaba poco para la reunión de la tarde y descubrir que había olvidado un documento importante.*

**AGRADECIDO:** Gratificado, complacido, satisfecho

*Catalina estaba muy **agradecida** por la amabilidad que demostró el desconocido.*

**ALARMADO:** Temeroso, preocupado, muy ansioso

*Clara estaba **alarmada** al creer que alguien le perseguía por la calle.*

**ALIVIADO:** Liberado de alguna preocupación o ansiedad

*Raúl quedó **aliviado** al descubrir que no había perdido la cartera y que estaba en el restaurante.*

**AMENAZANTE:** Amenazador, desafiante, intimidante

*Aquel hombre borracho y enorme se comportaba de forma muy **amenazante**.*

**ANHELOSO:** Impaciente, ansioso, deseoso

*La mañana de Navidad los niños estaban **anhelosos** por abrir sus regalos.*

**ANSIOSO:** Preocupado, tenso, inquieto

*El estudiante estaba **ansioso** antes de hacer sus exámenes finales.*

**ARREPENTIDO:** Retractado, apesadumbrado, compungido

*Lucía se sentía **arrepentida** de no haber viajado cuando era joven.*

**ARROGANTE:** Engreído, presumido, quien tiene una gran opinión de sí mismo

*El muy **arrogante**, creía que sabía sobre política más que nadie de la sala.*

**ASERTIVO:** Seguro, dominante, que defiende sus derechos

*La mujer pidió de forma **asertiva** que la dependienta le devolviera el dinero por la prenda defectuosa.*

**ASUSTADO:** Aterrado, sentimiento de miedo y ansiedad

*Toda la familia estaba **asustada** al descubrir que la casa estaba en llamas.*

**ATERRADO:** Alarmado, temeroso

*El muchacho se sintió **aterrado** cuando creyó ver un fantasma.*

**ATERRORIZADO:** Horrorizado, aterrado

*El hombre quedó **aterrorizado** al descubrir que su nueva esposa ya estaba casada.*

**ATURDIDO:** Absolutamente confundido, turbado, aturullado

*El chico se **aturdió** cuando visitó la gran ciudad por primera vez.*

**AVERGONZADO:** Superado por la vergüenza o culpabilidad

*El chico se sintió **avergonzado** cuando su madre le descubrió robando dinero de su monedero.*

**BROMISTA:** Divertido, juguetón

*Gerardo era siempre muy **bromista** con sus amigos.*

**CAVILOSO:** Pensativo sobre algo que preocupa

*Susana estaba **cavilosa** por querer agradar a los padres de su novio, ya que los iba a ver por primera vez.*

**CELOSO:** Envidioso

*Antonio estaba **celoso** de todos los chicos de su clase que eran más guapos y altos que él.*

**COMPASIVO:** Misericordioso, sensible

*La enfermera fue **compasiva** a la hora de darle las malas noticias al paciente.*

**COMPLACIDO:** Satisfecho, contento

*Sergio se sintió muy **complacido** después de haber decorado su piso nuevo tal y como él lo deseaba.*

**COMPUNGIDO:** Triste, apenado, dolorido

*El hombre estaba muy **compungido** al morir su madre.*

**CONFUNDIDO:** Confuso, dudoso

*Lisa estaba tan **confundida** con las direcciones que le dieron que finalmente se perdió.*

**CONFUSO:** Perplejo, confuso

*Después de hacer el crucigrama durante una hora Juana seguía todavía **confusa** con una de las pistas.*

**CONTUNDENTE:** Convincente, rotundo

*Juana caminó **contundente** hacia la mesa de votaciones, segura de su voto.*

**CONVENCIDO:** Que está seguro, que tiene certeza de algo

*Ricardo estaba **convencido** de que su opinión acerca del problema era la adecuada*

**CULPABLE:** Que siente pesar por hacer algo inadecuado

*Carlos se sintió **culpable** por haber tenido una aventura amorosa.*

**CURIOSO:** Interesado, fisgón

*Luis estaba **curioso** por la extraña forma del paquete.*

**DECAÍDO:** Abatido, desanimado, cabizbajo

*Alberto se sintió **decaído** al suspender el examen.*

**DECEPCIONADO:** Desencantado, desilusionado

*Los seguidores del Real Madrid estaban **decepcionados** por no haber ganado la liga.*

**DECIDIDO:** que actúa con decisión y valor

*Silvia iba decidida con su voto hacia la mesa electoral.*

**DEPRIMIDO:** Abatido, desanimado

*Jorge estaba **deprimido** al ver que no recibía ninguna felicitación por su cumpleaños.*

**DESAFIANTE:** Insolente, retador

*El animal continuó su protesta **desafiante** incluso después de ser devuelto a la jaula.*

**DESCONCERTADO:** Confuso, perplejo, confundido

*Los detectives estaban completamente **desconcertados** por el caso del asesinato.*

**DESCONFIADO:** Suspica, incrédulo, receloso

*Después de que Santiago perdiera su carpeta por segunda vez en el trabajo se sintió **desconfiado** hacía uno de sus compañeros.*

**DESEO:** Pasión, lujuria, anhelo

*Clara tenía **deseo** de chocolate.*

**DISCULPANTE:** Que pide perdón, que se excusa

*El camarero se mostró **disculpante** al derramársele la sopa sobre el cliente.*

**DUBITATIVO** Dudoso, indeciso

*Pedro se mostró **dubitativo** cuando vió que ofrecían una televisión sorprendentemente barata en un catálogo.*

**ENOJADO:** Irritado, molesto

*Javier se sintió **enojado** al ver que había perdido el autobús para ir a casa.*

**ENTRETENIDO:** Que se divierte por algo, que se distrae con algo

*Estuvo **entretenido** oyendo los chistes que contaban sus amigos.*

**ENTUSIASMADO:** Lleno de ánimo y felicidad

*Diego se sintió **entusiasmado** durante su fiesta de cumpleaños.*

**ESCÉPTICO:** Dudoso, incrédulo

*Pablo miraba **escéptico** a su mujer mientras ésta le leía el horóscopo.*

**ESPERANZADO:** Optimista

*Esteban estaba **esperanzado** por la posibilidad de que el correo le trajera buenas noticias.*

**EXPECTANTE:** Que espera con curiosidad e inquietud

*Al comienzo del partido de fútbol los seguidores esperaban **expectantes** a que llegara un gol pronto.*

**EXULTANTE:** Exaltado, entusiasmado

*Susana estaba **exultante** con sus nuevos planes para mantenerse en forma.*

**FANTASIOSO:** Soñador

*Emma **fantaseaba** con ser actriz de cine.*

**FASCINADO:** Cautivado, realmente interesado

*En la playa los niños estaban **fascinados** con los animalitos de las rocas.*

**FIRME:** Riguroso, con intenciones serias

*Enrique fue muy **firme** al defender sus creencias religiosas.*

**GROSERO:** Insultante, ofensivo

*Los aficionados de fútbol fueron **groseros** con el árbitro después de señalar un penalty.*

**HORRORIZADO:** Asombrado, alarmado

*Juana quedó **horrorizada** al descubrir que alguien le había robado en casa.*

**HOSTIL:** Antipático, desagradable

*Tras una discusión por la música alta, los dos vecinos se mostraban **hostiles** el uno con el otro cada vez que coincidían.*

**ILUSIONADO:** Animado, optimista, esperanzado

*Todos los padres estaban **ilusionados** con los deportes escolares diarios de sus hijos.*

**IMPACIENTE:** Deseoso de que algo suceda pronto

*Juana se estaba poniendo cada vez más **impaciente** al ver que su amigo llegaba ya 20 minutos tarde.*

**IMPONENTE:** Dominante, mandón

*El sargento mayor miró **imponente** cuando examinó a los nuevos reclutas.*

**INCRÉDULO:** Que no cree

*Simón se mostró **incrédulo** cuando le dijeron que le había tocado la lotería.*

**INDECISO:** Inseguro, vacilante, incapaz de tomar una decisión

*Tamara era tan **indecisa** que no era capaz ni siquiera de decidir qué tomar para almorzar.*

**INDIFERENTE:** Desinteresado, impasible

*Tomás se mostró totalmente **indiferente** a la hora de decidir si ir al cine o a un pub.*

**INQUIETO:** Intranquilo, preocupado

*El doctor se puso **inquieto** al ver que su paciente empeoraba.*

**INSEGURO:** Dudoso, incrédulo, no realmente convencido

*María se mostró **insegura** sobre si su hijo estaba diciendo la verdad.*

**INSISTENTE:** Persistente, terco

*Tras la excursión con los compañeros de trabajo, Francisco se mostró **insistente** por pagar la cuenta de todos.*

**INTERESADO:** Atraído, curioso

*Después de ver Parque Jurásico Pedro se mostró más **interesado** por los dinosaurios.*

**INTRANQUILO:** Inquieto, aprensivo, preocupado

*Carmen estaba un poco **intranquila** al haber aceptado que aquel hombre al que conocía de una sola noche le llevara en coche a casa.*

**INTRIGADO:** Que siente curiosidad o interés intenso, deseo de saber

*Una misteriosa llamada telefónica dejó **intrigada** a Ana.*

**IRRITADO:** Exasperado, molesto

*Alejandro se mostró **irritado** por todo el correo inútil que recibió.*

**MEDITATIVO:** Reflexivo o pensativo sobre alguna cosa

*Felipe estaba **meditativo** mientras esperaba a su novia para decirle que habían terminado.*

**NERVIOSO:** Apreensivo, tenso, preocupado

*Momentos antes de su entrevista de trabajo Alicia se sentía muy **nerviosa**.*

**ODIO:** Intenso desagrado o repugnancia hacia algo o alguien

*Las dos hermanas sentían **odio** la una por la otra y siempre discutían.*

**OFENDIDO:** Insultado, herido, perjudicado

*Cuando alguien hizo una broma sobre su peso Marta se sintió muy **ofendida**.*

**PENDIENTE:** Entretenido, absorbido y divertido por algo

*Estuve muy **pendiente** del mago.*

**PENSATIVO:** Reflexivo, rumitativo

*Juan estuvo **pensativo** el día anterior a cumplir 60 años.*

**PERPLEJO:** Desconcertado, confundido, confuso

*Francisco estaba **perplejo** por la desaparición de las figuras decorativas de su jardín.*

**PREOCUPADO:** Ansioso, acongojado, pensativo

*La niña estaba **preocupada** porque su gato se había perdido.*

**PRUDENTE:** Cautó, cauteloso, cuidadoso

*Sara era bastante **prudente** cuando hablaba con alguien que no conocía.*

**RECELOSO:** Suspica, inseguro, cauteloso

*La anciana se mostró **recelosa** del hombre desconocido que llamó a su puerta.*

**RECONFORTANTE:** Que consuela, que procura bienestar

*La enfermera **reconfortó** al soldado herido.*

**REFLEXIVO:** Contemplativo, pensativo

*Jorge parecía **reflexivo** sobre lo que había hecho con su vida.*

**RELAJADO:** Tranquilo, despreocupado, quien se toma las cosas con calma

*El día de fiesta, Patricia se sintió feliz y **relajada**.*

**RESENTIDO:** Amargo, dolorido

*El hombre de negocios se sentía muy **resentido** hacia su colega más joven que había sido ascendido.*

**SARCÁSTICO:** Cínico, irónico

*El cómico hizo un comentario **sarcástico** cuando vio entrar una pareja tarde al teatro.*

**SATISFECHO:** Realizado, saciado

*Después de una caminata agradable y una buena comida, David se sintió muy **satisfecho**.*

**SEDUCTOR:** Cautivador, engatusador, conquistador

*Carlos fue acusado de **seductor** cuando guiñó un ojo a una desconocida durante la fiesta.*

**SEGURO:** Que confía en sí mismo, que cree en sí mismo

*El jugador de tenis estaba muy **seguro** de que ganaría el partido.*

**SERIO:** Solemne, sobrio

*El empleado del banco miró **serio** a Gabriel cuando le rechazó el crédito.*

**SEVERO:** Estricto, firme, austero

*El profesor se mostró muy **severo** en clase.*

**SIMPÁTICO:** Sociable, amable

*La **simpática** muchacha les dijo a los turistas la mejor forma para ir al centro.*

**SUPLICANTE:** Que solicita, que implora

*Nicolás pidió **suplicante** a su padre que le prestara el coche.*

**TEMEROSO:** Que siente temor o recelo

*En las calles oscuras las personas suelen sentirse **temerosas**.*

**TRANQUILIZADOR:** Que apoya o respalda, que alienta, que da confianza

*Antonio intentó **tranquilizar** a su esposa diciéndole que su vestido nuevo le gustaba.*

**VACILANTE:** Inseguro, indeciso, cauto

*Andrés se mostró algo **vacilante** antes de entrar en la habitación llena de desconocidos.*

**ANEXO 1.** Cuadernillo protocolo para Trastorno *Psicótico*.

**DETERMINACIÓN DE TÓNICOS EN ORINA**

**HABITOS TÓNICOS**

	NO	OCASIONAL	ABUSO	DEPENDENCIA	EDAD DE INICIO / DURACION
TABACO					
CAFE-COLAS					
ALCOHOL					
CANNABIS					
COCAINA					
ANFETAMINAS					
ALUCINÓGENOS					
OPIACEOS					

**CONSUMO EN EL MES PREVIO:**

**CONDUCTAS IMPULSIVAS COMPULSIVAS:**  
LUDOPATIA: SI \_\_\_ NO \_\_\_ SUICIDIO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_

**1. RELLENAR EN CASO DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO:**  
TIPO DE EPISODIO: ESQUIZOFRENIFORME: \_\_\_ MANIACO: \_\_\_ DEPRESIVO: \_\_\_  
DEF (Delirios de Persecución o Tristeza): \_\_\_\_\_

**2. RELLENAR SI NO ES UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO:**  
EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ EDAD DEL PRIMER INGRESO: \_\_\_\_\_  
ULTIMO INGRESO PSIQUIATRICO: FECHA: \_\_\_\_\_  
DURACION: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE INGRESOS: \_\_\_\_\_  
(Sa) NUMERO DE EPISODIOS PSICÓTICOS: \_\_\_\_\_  
(Sb) NUMERO DE EPISODIOS MANIACOS: \_\_\_\_\_  
(Sd) NUMERO DE EPISODIOS DEPRESIVOS: \_\_\_\_\_

**ESCALAS A ADMINISTRAR:**

1. PANSS (en todos los pacientes).
2. FEAC: a) evaluación clínica y b) evaluación funcional (en todos los pacientes).
3. CGLSCH (en episodio esquizofrénico).
4. CCLSPM, HDRS, YMRS (en episodio psicótico bipolar).

CÓDIGO PACIENTE: \_\_\_\_\_ PSICOSIS

**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS -EYES TEST-**

Nombre: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:	CONYUGENCIA:	SITUACION LABORAL:
SOLTERO	FAMILIA PROPIA	ACTIVO
CASADO	FAMILIA DE ORIGEN	PARADO
SEPARADO	SOLO	III
VIUDO	PARERA	PENSIONISTA
DIVORCIADO	COMPAÑEROS	AMA DE CASA
	INSTITUCION	ESTUDIANTE
<b>ESTUDIOS:</b>	<b>PAIS DE ORIGEN:</b>	<b>TIPO DE TRABAJO:</b>
SEN ESTUDIOS	_____	_____
ES ENTONCES:		
ELEMENTALES		
GRADUADO ESCOLAR		
BACHILLERATO/FP		
UNIVERSITARIOS		
<b>AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN:</b>	<b>NACIONALIDAD DE PADRES:</b>	<b>RESIDENCIA:</b>
SUETO: _____	_____	URBANO
MADRE: _____		RURAL
PADRE: _____		
	<b>NACIONALIDAD DE ABUELOS:</b>	<b>GRUPO CAUCASICO:</b>
	_____	SI
		NO
	<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS:</b>	
	NO	
	SI	
	DUDOSO	
	DETALLES	
	_____	
	_____	

**ANTECEDENTES MEDICOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES 1ER GRADO:**

MEDICOS:	PSIQUIATRICOS:	CONDUCTAS ADICTIVAS:	PSICÓTICOS:

**TRATAMIENTO ACTUAL COMPLETO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TIEMPO QUE LLEVA CON TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:**

\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hoja de Respuestas - Al ingreso (Eyes Test 1)**

Fecha de Nacimiento: ..... Fecha: .....

Nivel cultural/Ocupación: .....

E	Celoso	Acostado	Arrogante	Odio
1	Entusiasmado	Reconfortante	Irritado	Aburrido
2	Aterrido	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bromista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bromista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Horrorizada	Fantasiosa	Impaciente	Alamada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaido
8	Abatido	Relajado	Timido	Excitado
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Insistente	Aburrido	Horrorizado
11	Aterrido	Entretenido	Arrepentido	Seductor
12	Indiferente	Abochornado	Esceptico	Decaido
13	Contundente	Espectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	Acusar
15	Pensativa	Agitada	Incusada	Entretendida
16	Irritado	Meditativo	Incusado	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Entusiasmada	Horrorizada
18	Contundente	Entretendida	Horrorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imponente	Simpático	Culpable	Aterrorizado
21	Abochornada	Fantasiosa	Confundida	Acostada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Satisfecho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hostil
25	Acostada	Incrédula	Abatida	Interesada
26	Alamada	Timido	Hostil	Ansioso
27	Bromista	Prudente	Arrogante	Tranquilizadora
28	Interesada	Bromista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Horrorizada	Irritada	Reflexiva
30	Agradecida	Seductora	Hostil	Decepcionada
31	Avergonzada	Segura	Entusiasmada	Decaida
32	Serio	Horrorizada	Aturdido	Alamado
33	Abochornado	Culpable	Fantasioso	Inquieto
34	Horrorizada	Desconcertada	Recelosa	Aterrida
35	Confusa	Nerviosa	Insistente	Pensativa
36	Avergonzado	Nervioso	Desconfiado	Indeciso

Hoja de Respuestas - Al alta (Eyes Test 2)

Fecha de Nacimiento: ..... Fecha: .....

Nivel cultural/Ocupación: .....

E	Celoso	Astutado	Arrogante	Odio
1	Entusiasmado	Reconfortante	Irritado	Aburrido
2	Aterrado	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bronista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bronista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Horrorizada	Fantasiosa	Impaciente	Alarmada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaido
8	Abatido	Relajado	Tímido	Excitado
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Insistente	Aburrido	Horrorizado
11	Aterrado	Entretenido	Arrepentido	Seductor
12	Indiferente	Abochornado	Esceptico	Decaido
13	Contundente	Expectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	Acusar
15	Pensativa	Agitada	Ilusionada	Entretendida
16	Irritado	Meditativo	Ilusionado	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Entusiasmada	Horrorizada
18	Contundente	Entretendida	Horrorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imponente	Simpático	Culpable	Aterrorizado
21	Abochornada	Fantasiosa	Confundida	Asustada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Sansufocho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hostil
25	Acusada	Incredula	Abatida	Interesada
26	Alarmado	Tímido	Hostil	Ansioso
27	Bronista	Prudente	Arrogante	Tranquilizador
28	Interesada	Bronista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Horrorizada	Irritada	Reflexiva
30	Agradecida	Seductora	Hostil	Decepcionada
31	Avergonzada	Segura	Entusiasmada	Decaido
32	Serio	Horrorizada	Aturdido	Alarmado
33	Abochornado	Culpable	Fantasioso	Inquieto
34	Horrorizada	Desconocida	Recelosa	Aterrada
35	Confusa	Nerviosa	Insistente	Pensativa
36	Avergonzado	Nervioso	Desconfiado	Indeciso

PRE

4.2.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Delirios							
2. Desorganización conceptual							
3. Alucinaciones							
4. Excitación							
5. Grandiosidad							
6. Suspiciosa/persecio							
7. Hostilidad							
Escala positiva (PANSS-P)		Puntuación directa:			Porcentaje:		
1. Embotamiento afectivo							
2. Retraimiento emocional							
3. Contacto pobre							
4. Retraimiento social							
5. Pensamiento abstracto							
6. Placer de la conversación							
7. Pensamiento estereotipado							
Escala negativa (PANSS-N)		Puntuación directa:			Porcentaje:		
Escala compuesta (PANSS-C)		Puntuación directa:			Porcentaje:		
1. Preocupación somática							
2. Ansiedad							
3. Sentimientos de culpa							
4. Tensión motora							
5. Manierismos/posturas							
6. Depresión							
7. Entorpecimiento motor							
8. Falta de colaboración							
9. Pensamientos impulsivos							
10. Desorientación							
11. Atención deficiente							
12. Atención de insight							
13. Trastornos de la voluntad							
14. Control deficiente de los impulsos							
15. Emblematismo							
16. Irritación social activa							
Psitopatología general (PANSS-PG)		Puntuación directa:			Porcentaje:		

11.3. Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale, CGI-SCH)

**I. Gravedad de la enfermedad**  
Considerando su experiencia clínica con pacientes esquizofrénicos, ¿cuán gravemente enfermo ha estado el paciente durante la semana pasada?

	Normal su enfermo	Muy levemente enfermo	Levemente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Gravemente enfermo	Extremadamente grave
1. Síntomas positivos (p. ej., alucinaciones, delirios o comportamiento extravagante)	1	2	3	4	5	6	7
2. Síntomas negativos (p. ej., apatamiento afectivo, anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7
3. Síntomas depresivos (p. ej., tristeza, humor deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7
4. Síntomas cognitivos (p. ej., delirios en la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7
5. Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7

**II. Grado de cambio**  
Comparado con la evaluación previa, ¿cuánto ha cambiado el paciente? Puntúe la mejora independientemente de que, a su juicio, se deba totalmente al tratamiento.

	Muchísimo mejor	Mucho mejor	Levemente mejor	Sin cambios	Levemente peor	Mucho peor	Muchísimo peor	ND
1. Síntomas positivos (p. ej., alucinaciones, delirios o comportamiento extravagante)	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Síntomas negativos (p. ej., apatamiento afectivo, anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Síntomas depresivos (p. ej., tristeza, humor deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Síntomas cognitivos (p. ej., delirios en la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7	9

ND: Información no disponible.

PRE

13.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético mes 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 mermado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

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 psico-sociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descanso 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 algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

60 Síntomas moderados (p. ej., afecto apalado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasional) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de 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., el lenguaje es a veces ilógico, ocurre o irrellevante) 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 se truca de trabajar un ritmo golpa frecuentemente a ritmo más paupero, se deslante en casa y deja de acudir a la escuela).

30 La conducta está considerablemente inflada por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).

20 Alto peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de mueres frecuentemente violentas; excitación maníaca) o ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excremento) 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.

EEAG Dimensión Sintomatología:

EEAG Dimensión Funcional:

POST

**4.2.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)**

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Suspacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala positiva (PANSS-P)</b>		<b>Puntuación directa:</b>		<b>Porcentaje:</b>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Falta de la conservación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala negativa (PANSS-N)</b>		<b>Puntuación directa:</b>		<b>Porcentaje:</b>			
1	2	3	4	5	6	7	
<b>Escala compuesta (PANSS-C)</b>		<b>Puntuación directa:</b>		<b>Porcentaje:</b>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manifiesto/positivo	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresivo	1	2	3	4	5	6	7
7. Entorpecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos irracionales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Transferencia de la vilación	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensoñamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Brindación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<b>Puntuación general (PANSS-PG)</b>		<b>Puntuación directa:</b>		<b>Porcentaje:</b>			
1	2	3	4	5	6	7	

**13.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)**

POST

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

- 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.
- 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 novillas ocasionalmente o retrasar algo 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 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., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo/escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intento de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 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.

EEAG Dimensión Sintomatología:

EEAG Dimensión Funcionalidad:

ANEXO 2. Cuadernillo protocolo para Trastorno Bipolar.

TR. BIPOLAR

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS  
-EYES TEST-

CODIGO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino / Femenino  
 EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE EVALUACION: \_\_\_\_\_

<b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERO CASADO SEPARADO VIUDO DIVORCIADO	<b>CONVIVENCIA:</b> FAMILIA PROPIA FAMILIA DE ORIGEN SOLO PAREJA COMPAÑEROS INSTITUCION	<b>SITUACION LABORAL:</b> ACTIVO PARADO I+D PENSIONISTA AMA DE CASA ESTUDIANTE
<b>ESTUDIOS:</b> SIN ESTUDIOS ELEMENTALES GRADUADO ESCOLAR BACHILLERATO PP UNIVERSITARIOS	<b>PAIS DE ORIGEN:</b> _____ _____ _____	<b>TIPO DE TRABAJO:</b> _____ _____ _____
<b>AÑOS DE ESCOLARIZACION:</b> SUETO: _____ MADRE: _____ PADRE: _____	<b>NACIONALIDAD DE PADRES:</b> _____ _____	<b>RESIDENCIA:</b> URBANO RURAL
	<b>NACIONALIDAD DE ABUELOS:</b> _____ _____	<b>GRUPO CAUCASICO:</b> SI NO
	<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS:</b> NO SI DUDOSO DETALLES: _____ _____	

DETERMINACION DE TONICOS EN URINA

\_\_\_\_\_

**HABITOS TONICOS**

	NO	OCCASIONAL	ABUSO	DEPENDENCIA	EDAD DE INICIO / DURACION
TABACO					
CAFE/COLAS					
ALCOHOL					
CANNABIS					
COCAINA					
ANFETAMINAS					
ALUCINOGENOS					
OPIACEOS					

**CONSUMO EN EL MES PREVIO:**  
 CONDUCTAS IMPULSIVAS COMPULSIVAS:  
 LUDOPATIA: SI / NO / SUCIDIO: SI / NO / OTRAS: \_\_\_\_\_

**1. RELLENAR EN CASO DE PRIMER EPISODIO PSICOTICO:**  
 TIPO DE EPISODIO: ESQUIZOFRENIFORME: \_\_\_\_\_ MANIACO: \_\_\_\_\_ DEPRESIVO: \_\_\_\_\_  
 DUP (Duración de Psicosis sin Trastor): \_\_\_\_\_

**2. RELLENAR SI NO ES UN PRIMER EPISODIO PSICOTICO:**  
 EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ ULTIMO INGRESO PSIQUIATRICO: FECHA: \_\_\_\_\_  
 DURACION: \_\_\_\_\_ EDAD DEL PRIMER INGRESO: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE INGRESOS: \_\_\_\_\_  
 (Sb) NUMERO DE EPISODIOS PSICOTICOS: \_\_\_\_\_  
 (Bp) NUMERO DE EPISODIOS MANIACOS: \_\_\_\_\_  
 (Bp) NUMERO DE EPISODIOS DEPRESIVOS: \_\_\_\_\_

**ESCALAS A ADMINISTRAR:**

1. PANSS (en todos los pacientes).
2. FEAG- a) evaluación clínica y b) evaluación funcional (en todos los pacientes).
3. CGL-SCH (en episodio esquizofreniforme).
4. CGL-SP-M; HDRS; YMRS (en episodio psicótico bipolar)

**ANTECEDENTES MEDICOS:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES (ER GRADO):**

MEDICOS:	PSIQUIATRICOS:	CONDUCTAS ADICTIVAS:	PSICOTICOS:

**TRATAMIENTO ACTUAL COMPLETO:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TIEMPO QUE LLEVA CON TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PSICOLOGICO:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hoja de Respuestas - Al ingreso (Eyes Test 1)

Fecha de Nacimiento: ..... Fecha: .....

Nivel cultural/Ocupación: .....

E	Celoso	Acostado	Arrogante	Odio
1	Entusiasmado	Reconfortante	Irritado	Aburrido
2	Aterrado	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bromista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bromista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Horrorizada	Fantasiosa	Impaciente	Alarmada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaido
8	Abatido	Relajado	Timido	Excitado
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Incidente	Aburrido	Horrorizado
11	Aterrado	Entretenido	Arrepentido	Seductor
12	Indiferente	Abochornado	Esceptico	Decaido
13	Contundente	Expectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	Acusar
15	Pensativa	Agitada	Ilusionada	Entretendida
16	Irritado	Meditativo	Ilusionado	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Entusiasmada	Horrorizada
18	Contundente	Entretendida	Horrorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imposente	Simpático	Culpable	Aterrazado
21	Abochornada	Fantasiosa	Confundida	Acostada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Satisfecho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hostil
25	Asustada	Incrédula	Abatida	Interesada
26	Alarmado	Timido	Hostil	Ansioso
27	Bromista	Prudente	Arrogante	Tranquilizadora
28	Interesada	Bromista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Horrorizada	Irritada	Reflexiva
30	Agradecida	Seductora	Hostil	Decepcionada
31	Avergonzada	Segura	Entusiasmada	Decaida
32	Seno	Horrorizada	Aturdido	Alarmado
33	Abochornado	Culpable	Fantasioso	Inquieto
34	Horrorizada	Desconcertada	Recelosa	Aterrada
35	Confusa	Nerviosa	Incidente	Pensativa
36	Avergonzado	Nervioso	Desconfiado	Indeciso

**Hoja de Respuestas - Al alta (Eyes Test 2)**

Fecha de Nacimiento: ..... Fecha: .....

Nivel cultural/Ocupación: .....

E	Celoso	Acostado	Arrogante	Odio
1	Entusiasmado	Reconfortante	Irritado	Aburrido
2	Aterrado	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bromista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bromista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Honorizada	Fantasiosa	Impaciente	Alarmada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaido
8	Abatido	Relajado	Timido	Excitado
9	Enojado	Hortil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Insistente	Aburrido	Honorizado
11	Aterrado	Entretenido	Arrepentido	Seductor
12	Indiferente	Abochornado	Eséptico	Decaido
13	Contundente	Expectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	Acusar
15	Pensativa	Agitada	Ilusionada	Entenida
16	Irritado	Meditativo	Ilusionado	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Entusiasmada	Honorizada
18	Contundente	Entretenido	Honorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imponente	Simpático	Culpable	Aterrorizado
21	Abochornada	Fantasiosa	Confundida	Asustada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Satisfecho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hortil
25	Acostado	Incrédula	Abonda	Interesada
26	Alarmado	Timido	Hortil	Amosoo
27	Bromista	Prudente	Arrogante	Tranquilizadora
28	Interesada	Bromista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Honorizada	Irritada	Reflexiva
30	Agradecida	Seductora	Hortil	Decepcionada
31	Avergonzada	Segura	Entusiasmada	Decaido
32	Serio	Honorizada	Aturdido	Alarmado
33	Abochornado	Culpable	Fantasioso	Inquieto
34	Honorizada	Desconcertada	Recelosa	Aterrada
35	Confusa	Nerviosa	Insistente	Pensativa
36	Avergonzado	Nervioso	Desconfiado	Indeciso

**5.3.2. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)** PRE 1

- 1. Euforía**
  - 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 eufórica, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.
- 2. Hiperactividad**
  - 0. Ausente
  - 1. Subjetivamente aumentada
  - 2. Vigorosa, hiperestesia
  - 3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)
  - 4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)
- 3. Irritabilidad sexual**
  - 0. Normal, no aumentado
  - 1. Posible o moderadamente aumentado
  - 2. Claro aumento al preguntar
  - 3. Referido como devoto de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
  - 4. Actos o inclinaciones 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 de la necesidad de dormir
  - 4. Niega necesidad de dormir
- 5. Irritabilidad**
  - 0. Ausente
  - 1. Subjetivamente aumentada
  - 2. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado
  - 3. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante
  - 4. Hostil, no colaboradora, entrevista imposible
- 6. Exprimen verbal**
  - 0. No aumentada
  - 2. Sensación de locuacidad
  - 4. Aumentada de forma fluctuante, verbosidad ocasional
  - 6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
  - 8. Verbosidad ininterrumpible y continua
- 7. Trasmisos del curso del pensamiento y el lenguaje**
  - 0. Ausente
  - 1. Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento
  - 2. Distracción clara, descarrilamiento, tagmatopsia
  - 3. Puga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia
  - 4. Incoherencia, inutilizabilidad, comunicación imposible
- 8. Trasmisos del contenido del pensamiento**
  - 0. Ausente
  - 1. Temas discursivos, nuevos intereses
  - 4. Proyectos espaciales, misticismo
  - 6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
  - 8. Delirios, alucinaciones

**5.3.2. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)** 2

- 9. Agresividad**
  - 0. Ausente, colaboradora
  - 2. Sarcástica, enfático/a, lacónico/a
  - 4. Querrellosa, pena en guardia
  - 6. Amenaza al entrevistado, habla a gritos, entrevista difícil
  - 8. Claramente agresiva, destructiva, entrevista imposible
- 10. Apariencia**
  - 0. Higiene e indumentaria apropiada
  - 1. Ligera mente descuidada
  - 2. Mal arreglado/a, moderadamente despenado/a, indumentaria sobrecargada
  - 3. Despenado/a, semi-desnudo/a, maquillaje llamativo
  - 4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante
- 11. Concencia de enfermedad**
  - 0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
  - 1. Sigue el día/a, 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

**5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)** PRE 1

Ítem	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se refieren oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad 4. Opresivos acusatorios o de denuncia y/o experimenta situaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirle 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificado: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, inacción y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empujamiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retorce las manos, se mueve la uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud agresiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

11. Ansiedad somática	0. Asente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, rebojijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorias: hiperventilación, suspiros • Frecuencia cardíaca • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero como sin necesidad de que lo estemien. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Asente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como: • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

11.2. Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (Clinical Global Impression for Bipolar Modified, CGI-BP-M)

PRE

	Normal	Mínima	Ligera	Moderada	Marcada	Grave	Muy grave
Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Manía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
General	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Gravedad de la enfermedad: Considerando su experiencia con pacientes bipolares, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad del paciente? Para las subescalas de depresión y manía la evaluación de la gravedad de los síntomas refleja la semana anterior. Los estados mixtos se evalúan según la puntuación más alta entre las subescalas de manía y de depresión. Para la subescala general, la evaluación es longitudinal y refleja el periodo de tiempo en que el paciente sigue el tratamiento actual enfatizando los episodios más recientes, aunque también puede tomarse como referencia el año previo.

13.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EAG)

PRE

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

100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece impedido por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

90 Síntomas leves (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 inmovilidad ligera) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o retrasar algo 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 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 de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y se 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 turbada por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).

20 Alto peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte frecuentemente violenta; excitación maníaca) o incapacidad de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) 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.

EAG Dimensión Sintomatología:

EAG Dimensión Funcionalidad:

5.3.2. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)

POST

- Diferente
  - Asente
  - Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
  - Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido optimista, seguro de sí mismo, alegre
  - Elevada e inapropiada
  - Claramente eufórica, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.
- Hiperactividad
  - Asente
  - Subjetivamente aumentada
  - Vigilancia, hiperestesia
  - Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)
  - Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)
- Impulso sexual
  - Normal, no aumentado
  - Claro aumento al preguntar
  - Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
  - Actos o intenciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)
- Inicio
  - No reducido
  - Disminución en menos de 1 hora
  - Disminución en más de 1 hora
  - Refiere disminución de la necesidad de dormir
  - Niega necesidad de dormir
- Irritabilidad
  - Asente
  - Subjetivamente aumentada
  - Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado
  - Previamente irritable durante la entrevista, brusco y cortante
  - Hostil, no colaborador, entrevista imposible
- Expresión verbal
  - No aumentada
  - Sensación de locuacidad
  - Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional
  - Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
  - Verborrea inintermitente y continua
- Traseros del curso del pensamiento y el lenguaje
  - Asentado
  - Circunstancialidad, distrabilidad moderada, aceleración del pensamiento
  - Distrabilidad clara, descarrilamiento, tapajuguete
  - Pega de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia
  - Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible
- Traseros del contenido del pensamiento
  - Asentado
  - Planes discutibles, nuevos intereses
  - Proyectos operativos, misticismo
  - Ideas grandiosas o paranoicas, ideas de referencia
  - Delirio, alucinaciones

5.3.2. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)

2

<p>9. <b>Agrabilidad</b></p> <p>0. Asiente, colaborador/a</p> <p>2. Serchato/a, enfático/a, lacónico/a</p> <p>4. Queruloso, pone en guardia</p> <p>6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil</p> <p>8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible</p>
<p>10. <b>Apariencia</b></p> <p>0. Higiene e indumentaria apropiada</p> <p>1. Ligero/a descuido/a</p> <p>2. Mal arreglado/a, moderadamente desaseado/a, indumentaria sobrecargada</p> <p>3. Desaseado/a, semidesaseado/a, maquillaje llamativo</p> <p>4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria estravagante</p>
<p>11. <b>Conciencia de enfermedad</b></p> <p>0. Presenta, admite la enfermedad, acepta tratamiento</p> <p>1. Según dilla, posiblemente enfermo/a</p> <p>2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad</p> <p>3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad</p> <p>4. Niega cualquier cambio de conducta</p>

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

POST

Ítem	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se refieren oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditaciones sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desorganización, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o desmayo en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabras, empozoamiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Brega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retorce las manos, se emmerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud agresiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, rebotijos • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorias: hiperventilación, aspitosis • Presencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero como sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita lavantes o medicación sintomática para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Doloralgias, cefalalgias, algunas migrañas. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier sintoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como: • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el pesquisador (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que está enfermo

11.2. Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (Clinical Global Impression for Bipolar Modified, CGI-BP-M)

POST

	Normal	Mínima	Ligera	Modorada	Atenuada	Grave	Muy grave
Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Manía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
General	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

**Gravedad de la enfermedad:** Considerando su experiencia con pacientes bipolares, puntúe la gravedad de la enfermedad del paciente. Para las subescalas de depresión y manía la evaluación de la gravedad de los síntomas refleja la semana anterior. Los estados mixtos se evalúan según la puntuación más alta entre las subescalas de manía y de depresión. Para la subescala general, la evaluación es longitudinal y refleja el período de tiempo en que el paciente sigue el tratamiento actual enfatizando los episodios más recientes, aunque también puede tomarse como referencia el más previo.

POST

13.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

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

- 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.**

---

- 90 **Síntomas asintomáticos 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 algo 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 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., el lenguaje es a veces lógico, 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 la cama todo el día sin trabajo, vivienda o amigos).**

---

- 20 **Alguno peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte frecuentemente violenta; estrictas manchas) o ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).**

---

- 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.**

EEAG Dimensión Sintomatología:

EEAG Dimensión Funcionalidad:

ANEXO 3. Cuadernillo protocolo para *Trastorno por Depresión*.

CÓDIGO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DEPRESION

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS  
-EYES TEST-

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino / Femenino  
 EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE EVALUACION: \_\_\_\_\_

<b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERO CASADO SEPARADO VIUDO DIVORCIADO	<b>CONVIVENCIA:</b> FAMILIA PROPIA FAMILIA DE ORIGEN SOLO PAREJA COMPANEROS INSTITUCION	<b>SITUACION LABORAL:</b> ACTIVO PARADO I.T. PENSIONISTA AMA DE CASA ESTUDIANTE
<b>ESTUDIOS:</b> SIN ESTUDIOS ELEMENTALES GRADUADO ESCOLAR BACHILLERATO PP UNIVERSITARIOS	<b>PAIS DE ORIGEN:</b> _____	<b>TIPO DE TRABAJO:</b> _____
<b>AÑOS DE ESCOLARIZACION:</b> SUJETO: _____ MADRE: _____ PADRE: _____	<b>NACIONALIDAD DE PADRES:</b> _____	<b>RESIDENCIA:</b> URBANO RURAL
<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS:</b> NO SI DUDOSO	<b>NACIONALIDAD DE ABUJOS:</b> _____	<b>GRUPO CAUCASICO:</b> SI NO
<b>DETALLES:</b> _____		

**DETERMINACION DE TÓXICOS EN ORINA:**  
 \_\_\_\_\_

**HÁBITOS TÓXICOS**

	NO	OCASIONAL	ABUSO	DEPENDENCIA	EDAD DE INICIO / DURACION
TABACO					
CAFE-COLAS					
ALCOHOL					
CANNABIS					
COCAINA					
ANFETAMINAS					
ALUCINOGENOS					
OPIACEOS					

**CONSULTO EN EL AÑO PREVIO:**  
 CONDUCTAS IMPULSIVAS COMPULSIVAS:  
 LUDOPATIA: SI / NO / SÚCIDIO: SI / NO / OTRAS: \_\_\_\_\_

**1. RELLENAR EN CASO DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO:**  
 TIPO DE EPISODIO: ESQUIZOFRENIFORME: \_\_\_\_\_ MANIACO: \_\_\_\_\_ DEPRESIVO: \_\_\_\_\_  
 DUP (Duración de Psicosis sin Tratar): \_\_\_\_\_

**2. RELLENAR SI NO ES UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO:**  
 EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ EDAD DEL PRIMER INGRESO: \_\_\_\_\_  
 ÚLTIMO INGRESO PSIQUIÁTRICO: FECHA: \_\_\_\_\_  
 DURACION: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE INGRESOS: \_\_\_\_\_  
 (Sch) NÚMERO DE EPISODIOS PSICÓTICOS: \_\_\_\_\_  
 (Ep) NÚMERO DE EPISODIOS MANIACOS: \_\_\_\_\_  
 (Dep) NÚMERO DE EPISODIOS DEPRESIVOS: \_\_\_\_\_

**ESCALAS A ADMINISTRAR:**

- PANSS (en todos los pacientes).
- FEAC- a) evaluación clínica y b) evaluación funcional (en todos los pacientes).
- CGI-SGRH (en episodio psicofrénico).
- CGI-BPM, HDRS, YMRS (en episodio psicótico bipolar).

**ANTECEDENTES MÉDICOS:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES 1ER GRADO:**

MÉDICOS:	PSIQUIÁTRICOS:	CONDUCTAS ADICTIVAS:	PSICÓTICOS:
_____	_____	_____	_____

**TRATAMIENTO ACTUAL COMPLETO:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TIEMPO QUE LLEVA CON TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Hoja de Respuestas - Al ingreso (Eyes Test I)**

Fecha de Nacimiento: ..... Fecha: .....

Nivel cultural/Ocupación: .....

E	Celoso	Acostado	Arrogante	Odio
1	Enthusiasmado	Reconfortante	Irntado	Aburrido
2	Aterrado	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bromista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bromista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Horrorizada	Fantasiosa	Impaciente	Alarmada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaido
8	Abatido	Relajado	Timido	Excitado
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Insistente	Aburrido	Honorizado
11	Aterrado	Entretenido	Arrepentido	Seductor
12	Indiferente	Abochornado	Esceptico	Decaido
13	Contundente	Expectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Desprecionado	Deprimido	Actuar
15	Pensativa	Agitada	Ilusionada	Entretenida
16	Irritado	Meditativo	Ilusionada	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Entusiasmada	Horrorizada
18	Contundente	Entretenida	Horrorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imponente	Simpático	Culpable	Aterrorizado
21	Abochornada	Fantasiosa	Confundida	Asustada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Satisfecho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hostil
25	Acostada	Inerédula	Abatida	Interesada
26	Alarmado	Timido	Hostil	Ansioso
27	Bromista	Prudente	Arrogante	Tranquilizadora
28	Interesada	Bromista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Horrorizada	Irntada	Reflexiva
30	Agradecida	Seductora	Hostil	Desprecionada
31	Avergonzada	Segura	Entusiasmada	Decaida
32	Serio	Horrorizada	Atarido	Alarmado
33	Abochornado	Culpable	Fantasiioso	Inquieto
34	Horrorizada	Desconcertada	Racelosa	Aterrada
35	Confusa	Nerviosa	Insistente	Pensativa
36	Avergonzada	Nervioso	Desconfiado	Indecio

Hoja de Respuestas - Al alta (Eyes Test 2)

Fecha de Nacimiento:..... Fecha:.....

Nivel cultural/Ocupación:.....

E	Celoso	Asustado	Arrogante	Odio
1	Enthusiasmado	Reconfortante	Irritado	Aburrido
2	Aterrado	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bromista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bromista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Horrorizada	Fantástico	Impaciente	Alarmada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaido
8	Abatido	Relajado	Tímido	Excitado
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Insistente	Aburrido	Horrorizado
11	Aterrado	Entretenido	Aprentido	Seducor
12	Indiferente	Abochornado	Escéptico	Decaido
13	Contundente	Expectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	Acusar
15	Pensativa	Agitada	Ilusionada	Entretendida
16	Irritado	Meditativo	Ilusionado	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Enthusiasmada	Horrorizada
18	Contundente	Entretendida	Horrorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imponente	Simpático	Culpable	Aterrorizado
21	Abochornada	Fantástica	Confundida	Asustada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Satisfecho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hostil
25	Asustado	Incredula	Abatida	Interesada
26	Alarmado	Tímido	Hostil	Asustoso
27	Bromista	Prudente	Arrogante	Tranquilizador
28	Interesada	Bromista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Horrorizada	Irritada	Reflexiva
30	Agradecida	Seducora	Hostil	Decepcionada
31	Avergonzada	Segura	Enthusiasmada	Decaida
32	Serio	Horrorizada	Aturdido	Alarmado
33	Abochornado	Culpable	Fantástico	Inquieto
34	Horrorizada	Desconcertada	Recelosa	Atemada
35	Confusa	Nerviosa	Insistente	Pensativa
36	Avergonzado	Nervioso	Desconfiado	Indeciso

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

PRE

Ítem	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Asente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se refieren oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Asente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alocuciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Asente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Asente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Asente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche: cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Asente 1. Se despierta a primera hora de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Asente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Chueca» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva o irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud agresiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarse

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

2

11. Ansiedad somática	0. Asente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, rectorrines • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorias: hiperventilación, espasmos • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero como sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Asente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como: • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc. 4. Ideas delirantes hipocóndricas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

13.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

PRE

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

100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece sperado por los problemas de su vida, 91 es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

90 Síntomas asintomas 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); solo 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 deprimido e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

60 Síntomas moderados (p. ej., afecto plano y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).

50 Síntomas graves (p. ej., alucinación psicótica, rituales obsesivos graves, robos en tienda) 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., el lenguaje es a veces lúgubro, oscuro o irrellevante) 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 deprimido evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar un minuto por los fracasos a niños más pequeños, se desahoga 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 psicótica) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).

20 Alguno peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; ebullición maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excremento) 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.

EEAG Dimensión Sintomatología:

EEAG Dimensión Funcionalidad:

POST

### 5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Ítem	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Asente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se refieren oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Asente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o modificaciones sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Asente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Asente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Asente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificado: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Asente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Asente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado típicamente por el enfermo o indirectamente por desatención, inatención y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, embotamiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Trepas» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retorce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por preguntas cruzas 3. Actitud agitada/agresiva en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

11. Ansiedad somática	0. Asente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, rebotijos • Cardiovasculares: palpitaciones,cefalalgias • Respiratorias: hiperventilación, espasmos • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero como sin necesidad de que lo estimen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dolorías, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Asente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como: • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 1. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 3. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Niega (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que está enfermo

POST

### 13.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

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

100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece mercedado por los problemas de su vida, si es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

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 deprimido o insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o reírse algo 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 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., el lenguaje es a veces lógico, oscuro o irreflexivo) 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 deprimido 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 se involucra, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día sin trabajar, vivienda o amigos).

20 Alto peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte frecuentemente violentos; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).

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.

EEAG Dimensión Sintomatología:

EEAG Dimensión Funcional:

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Jiménez, R.; Moreno-Ortega, M.; Torío, I. (2013). Neurocognición y Cognición Social. En Rodríguez-Jiménez, R.; et. al (coord). *Funciones Cognitivas*, cap. 1, pp. 1-10. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
2. Lewis, M. y Brooks-Gunn, J. (1980). *Social cognition and the development of self*. Nueva York: Plenum.
3. Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: the cognitive-developmental approach. En Liokona, T. (ed). *Moral development and behavior Theory, research and social issues*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
4. Turiel, E. (1984). *El desarrollo del conocimiento social*. Madrid: Debate.
5. Kahnemann, D.; Slovic, P.; Tversky, A. (1982). *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Nueva York: Cambridge University Press.
6. Wyer, R.S.; Carlston, D.E. (1979). *Social cognition, inference, and attribution*. Hillsdale: N.J. Erlbaum.
7. Álvaro, J. L. y Garrido, A. (2003). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
8. Pinkham, A.E.; Penn, D.L.; Green, M.F.; Buck, B.; Healey, K.; Harvey, P.D. (2014). The social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull.* Jul; 40 (4): 813-23.
9. Salovey, P. and Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
10. Salovey, P. & Sluyter, D. (1997). What is emotional intelligence? En Mayer, J.D. y Salovey, P. (eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. Nueva York: Basic Books, pp. 3-31
11. Cacioppo, J.T.; Berntson, G.G.; Sheridan, J.F.; McClintock, M.K. (2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bull.* Nov; 126 (6):829-43.

12. Cacioppo, J.T. (2002). Social neuroscience: understanding the pieces fosters understanding the whole and vice versa. *Am Psychol*. Nov; 57 (11): 819-31.
13. Ihnen, G.H.; Penn, D.L.; Corrigan, P.W.; Martin, J. (1998). Social perception and social skill in schizophrenia. *Psychiatry Res*. Sep; 80 (3):275-86.
14. Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Hill, J.; Raste, Y.; Plumb, I. (2001). The “reading the mind in the eyes” test revised version: a study with normal adults, and adults with asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 42 (2): 241-251.
15. Baron-Cohen, S.; Jolliffe, T.; Mortimore, C.; Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Oct; 38(7):813-22.
16. Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Item Booklet*. Toronto, Canada: MHS Publishers.
17. Mancuso, F.; Horan, W.P.; Kern, R.S.; Green, M.F. (2011). Social Cognition in Psychosis: Multidimensional Structure, Clinical Correlates, and Relationship with Functional Outcome. *SchizophrRes*. Feb; 125 (2-3): 143-51.
18. Demiburga, D.; Sahin, E.; Ozver, i.; Aliustaoglu, s.; Kandemir, E.; Varkal, M.D.; Emul, M.; Ince, H. (2013). Facial emotion recognition in patients with violent schizophrenia. *Schizophr Res*. Mar; 144 (1-3): 142-5.
19. Csukly, G.; Polgár, P.; Benkovits, J. (2014). Theory of mind impairments in patients with deficit schizophrenia. *Compr Psychiatry*. Feb; 55 (2): 349-56.
20. Lam, Bess Y.H.; Raine, A.; Mc Lee, T. (2014). The relationship between neurognition and symptomatology in people with schizophrenia: social cognition as the mediator. *BMC Psychiatry*. May; 14 (1):138.

21. Schmidt, J.S.; Mueller, D.R.; Roder, V. (2011). Social Cognition as a Mediator Variable Between Neurocognition and Functional Outcome in Schizophrenia: Empirical Review and New Results by Structural Equation Modeling. *Schizophr Bull.* Sep; 37 Supl 2: 41–54.
22. Irani, F.; Seligman, S.; Kamath, V.; Kohler, C.; Gur, R.C. (2012). A Meta-Analysis of Emotion Perception and Functional Outcomes in Schizophrenia. *Schizophr Res.* May; 137 (1-3):203-11.
23. Daros, A.R.; Ruocco, A.C.; Reilly, J.L.; Harris, M.S.; Sweeney, J.A. (2014). Facial emotion recognition in first-episode schizophrenia and bipolar disorder with psychosis. *Schizophr Res.* Mar; 153 (1-3):32-7.
24. Caletti, E.; Paoli, R.A.; Fiorentini, A.; Cigliobianco, M.; Zugno, E.; Serati, M.; Orsenigo, G.; Grillo, P.; et. al. (2013). Neuropsychology, social cognition and global functioning among bipolar, schizophrenic patients and healthy controls: preliminary data. *Front Hum Neurosci.* Oct; 7:661.
25. Goghari, V.M.; Sponheim, S.R. (2013). More Pronounced Deficits in Facial Emotion Recognition for Schizophrenia than Bipolar Disorder. *Compr Psychiatry.* May; 54 (4): 388-397.
26. Cusi, A.M.; Nazarov, A.; Holshausen, K.; Macqueen, G.M.; McKinnon, M.C. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *J Psychiatry Neurosci.* May; 37 (3): 154-69.
27. Ladegaard, N.; Larsen, E.R.; Videbech, P.; Lysaker, P.H. (2014). Higher-order social cognition in first-episode major depression. *Psychiatry Res.* Apr; 216 (1): 37-43.
28. Fernández-Abascal, E.G.; Cabello, R.; Pablo Fernández-Berrocal, P.; Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the “Reading the Mind in the Eyes” test: a one-year follow-up study. *Molecular Autism.* Sep; 4 (1):33.

29. Peralta, V.; Cuesta J.M. (1994). Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Psiquiatría*. 22: 171-77.
30. Haro, J.M. et al. (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. May; 107, Suppl. 416:16-23.
31. Bobes, J.; G-Portilla, M.P.; Bascarán, M.T.; Sáiz, P.A.; Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. En Bobes, J.; G-Portilla, M.P.; Bascarán, M.T.; Sáiz, P.A.; Bousoño, M. (eds). *Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia: Versión en español*. Barcelona: Psiquiatría Editores SL.
32. Colom, F.; Vieta, E.; Martínez-Arán, A.; Garcia-Garcia, M.; Reinares, M.; Torrent, C.; Goikolea, J.M.; Banús, S.; Salamero, M. (2002). Spanish version of a scale for the assessment of mania: validity and reliability of the Young Mania Rating Scale. *Med Clin*. Sep; 119(10):366-71.
33. Ramos-Brieva, J.A.; Cordero Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. Jul-Agos; 14 (4): 324-34.
34. Vieta, E.; Torrent, C.; Martínez-Arán, A.; Colom, F.; Reinares, M.; Benabarre, A.; et. al. (2002). Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M. *Actas Esp Psiquiatr*. 30 (5):301-4.
35. Endicott, J.; Spitzer, R.L.; Fleiss, J.I.; Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatr*. Jun; 33 (6): 766-71.
36. Bobes, J.; G-Portilla, M.P.; Bascarán, M.T.; Sáiz, P.A.; Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. En Bobes, J.; G-Portilla, M.P.; Bascarán, M.T.; Sáiz, P.A.; Bousoño, M. (eds). *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): Versión en español*. Barcelona: Psiquiatría Editores SL.