



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“DÉFICIT COGNITIVOS Y RECUPERACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS”

Nombre y Apellidos del Autor: MARTA SÁNCHEZ ZABALLOS

Fecha: 23 de mayo de 2014

Trabajo Fin De Master



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“DÉFICIT COGNITIVOS Y RECUPERACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS”

Trabajo Fin De Master

Nombre del Autor

Marta Sánchez Zaballos

Nombre del Tutor

Mercedes Paíno Piñeiro

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	10
3. HIPÓTESIS	10
4. MATERIAL Y MÉTODO	12
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	12
4.2 PARTICIPANTES	12
4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	12
4.4 INSTRUMENTOS	13
4.5 VARIABLES	17
4.6 PROCEDIMIENTO.....	20
4.7 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	22
5. CRONOGRAMA DEL PROYECTO.....	22
6. COMENTARIOS	23
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	24
8. REFERENCIAS.....	25
9. ANEXOS	29

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de las enfermedades mentales ha avanzado y evolucionado de sobremanera en las últimas décadas; su elevada prevalencia y morbilidad hacen de ellas un pilar fundamental de los diferentes planes estratégicos de salud establecidos a nivel internacional ^(1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽³⁾ determinó en el año 2004 que los desórdenes neuropsiquiátricos son la segunda causa de enfermedad a nivel mundial, siendo a su vez el motivo más importante de discapacidad en un tercio de los adultos mayores de 15 años.

Según últimos datos publicados, aproximadamente 24 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia ⁽⁴⁾, y más del 50% de los pacientes diagnosticados no reciben el tratamiento apropiado ⁽⁵⁾. En España se estima que un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida, estando ya diagnosticada en 400.000 personas ⁽⁶⁾. A nivel estatal, el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) ⁽⁷⁾ determina que un 20% de los participantes españoles ha presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,4% en los últimos 12 meses; cifra también la frecuencia de la esquizofrenia y trastornos afines en 7 por 1000.

CUADRO CLÍNICO DE LA PSICOSIS

La *American Psychiatric Association* (APA) ⁽⁸⁾ define el término psicótico como *“las ideas delirantes o alucinaciones manifiestas, ya sean reconocidas o no por el sujeto como experiencias alucinatorias;... conceptualmente se ha definido también como un grave deterioro de la evaluación de la realidad”*. De esta manera la APA incluye en este grupo de trastornos psicóticos varias enfermedades, siendo la esquizofrenia la más significativa debido su morbilidad y cronicidad.

Caracterizada por la existencia de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado o catatónico) y negativos (aplanamiento afectivo, alogia y abulia), entre otros, esta enfermedad supone para las personas que la padecen un incremento de muerte

prematura de un 40% -60% mayor que la población general debido a los problemas de salud física que a menudo no son atendidos y al suicidio ⁽⁸⁾.

DÉFICIT COGNITIVOS EN LA PSICOSIS

Desde los años 90 diversos estudios han venido estableciendo la asociación entre la existencia de déficit neuropsicológico y la evidencia de anomalías cerebrales y funcionales del cerebro ^(9,10).

Durante años se ha venido determinando el perfil neuropsicológico de la esquizofrenia, caracterizado por la existencia de alteraciones de las funciones ejecutivas, déficit de atención, alteraciones en la memoria, el lenguaje y las praxias ⁽¹¹⁾. Son estas características neuropsicológicas, junto a las propias definitorias de la enfermedad, las que convierten a la esquizofrenia en una de las enfermedades mentales más invalidantes en el mundo. Además una potencialmente importante área de investigación neurocognitiva es el procesamiento de información socio-emocional. En este sentido, estas investigaciones determinan que las personas esquizofrénicas presentan dificultad para reconocer emociones faciales y una escasa capacidad para etiquetar emociones positivas, reforzando los datos de investigaciones previas en los que se evidencia la disminución del volumen de materia gris en las áreas frontal, temporal, sistema límbico y cerebelo.

PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LA PSICOSIS

En 1999 la psicosis representaba la causa del 30% de las personas discapacidad superior al 33% en España ⁽¹²⁾. No obstante, a lo largo de los años las diversas descripciones de la esquizofrenia han pasado de tener un cariz pesimista y catastrófico ⁽¹³⁾ a abogar por la posible recuperación de las personas que la padecen. En la última década se han incrementado exponencialmente las investigaciones enfocadas al proceso de recuperación, sugiriéndose múltiples definiciones de este mismo concepto ^(14,15,16,17).

La época en la que la investigación se basaba en el tratamiento de la enfermedad ha virado a un enfoque multisectorial del proceso de recuperación, en el que para que se lleve a cabo no sólo

debe haber una remisión de síntomas positivos y negativos de la enfermedad, sino también una mejora de niveles de funcionalidad e independencia de los pacientes. En este sentido cobra protagonismo el estudio de *Liberman et al.* ⁽¹⁵⁾ en el que se propone una definición operativa del proceso de recuperación de la esquizofrenia, incluyendo tanto la remisión de los síntomas antes citados como la existencia de una funcionalidad en el trabajo o escuela, independencia en la vida diaria y relaciones sociales. El mismo estudio determina 10 factores asociados a la recuperación, entre los que se encuentra el acceso a sistema de salud completo, coordinado y continuo.

Son múltiples los estudios que, utilizando esta y otras definiciones similares, han demostrado la existencia de altas tasas de recuperación en pacientes tras su primer episodio de esquizofrenia y pacientes crónicos ^(18,19). Todos ellos demuestran que dicha recuperación es posible siempre y cuando se den dos condiciones: un diagnóstico temprano acompañado del tratamiento antipsicótico adecuado, y la existencia de servicios sanitarios adecuados que traten en el tiempo aquellas formas crónicas o remanentes de la enfermedad.

Estos datos distan de la realidad vivida en el ámbito internacional: la OMS publicó en el Atlas de Salud Mental de 2011⁽⁵⁾ que el gasto económico en salud mental es inferior a 2 dólares por persona y año en países de ingresos elevados, disminuyendo la cifra a menos de 25 céntimos de dólar en caso de países con ingresos bajos y medios (entre los que se encuentra España). Así mismo notificó que tan solo el 44% de los países proporciona intervención psicológica, entre la que se incluye la rehabilitación.

Fueron estas cifras las que dejaron de manifiesto la necesidad de crear planes de acción efectivos y llevaron a la OMS a elaborar el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020⁽¹⁾. La finalidad global de dicho plan incluye la mejora de la recuperación de las personas con trastornos mentales, y establece como uno de sus objetivos el fortalecer los sistemas de información, datos científicos e investigaciones sobre la salud mental. Basa su plan de acción en 6 principios, siendo uno de ellos la emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales; para ello

establece la necesidad de ofrecer servicios comunitarios basados en la recuperación y el apoyo para que estas personas alcancen sus propias metas y aspiraciones.

Las aportaciones previas impulsan la necesidad de continuar la investigación en los procesos de recuperación de los pacientes esquizofrénicos. Por este motivo el principal objetivo de este trabajo es determinar si la gravedad de los déficits cognitivos mostrados puede estar relacionada con la fase en la recuperación en la que se encuentran los pacientes y los síntomas clínicos.

De esta manera podríamos vislumbrar posibles líneas de investigación futuras que favorezcan una mejora en la recuperación y funcionalidad en las personas esquizofrénicas.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Investigar en un grupo de pacientes psicóticos si existe relación entre déficit en funciones cognitivas (atención, memoria y reconocimiento de emociones), los distintos procesos de recuperación psicológica y su sintomatología clínica.

Objetivos específicos

1. Conocer el grado de recuperación psicológica de los pacientes psicóticos, a través del estudio de los estadios de recuperación de los pacientes.
2. Comprobar si existen diferencias en determinados síntomas clínicos (positivos y negativos -delirios y anhedonia-) en función del estadio de recuperación y examinar la prevalencia.
3. Examinar las posibles diferencias en los déficit cognitivos (atención, memoria y reconocimiento de emociones) en función del estadio de recuperación de los pacientes.
4. Estudiar la relación entre síntomas clínicos (anhedonia y delirios) y déficit cognitivos en estos pacientes.

3. HIPÓTESIS

Hipótesis del objetivo principal

Hipótesis nula

La gravedad de los déficit cognitivos mostrados en tareas de atención, memoria y reconocimiento de emociones no guarda relación con la fase de recuperación psicológica del paciente y su sintomatología clínica.

Hipótesis alternativa

La gravedad de los déficit cognitivos mostrados en tareas de atención, memoria y reconocimiento de emociones guarda relación con la fase de recuperación psicológica del paciente y su sintomatología clínica, mostrando más déficit cognitivos aquellos pacientes que se encuentran en fases más primitivas de recuperación y/o con mayor sintomatología clínica.

Para la consecución de los *objetivos específicos*, se postulan como hipótesis de trabajo las siguientes:

1. Se observarán más personas en los estadios más avanzados de la recuperación.
2. Se observará cierta relación, aunque no perfecta, entre los estadios de recuperación y síntomas positivos y negativos. Cabe esperar ciertas diferencias, aunque no marcadas, en función del estadio de recuperación. Finalmente, es de esperar una prevalencia elevada de dichos síntomas.
3. Se espera encontrar más déficit cognitivos (atención, memoria y reconocimiento de emociones) en aquellos pacientes que se encuentren en estadios menos avanzados de la recuperación, y viceversa.
4. Cabe encontrar una relación positiva entre síntomas clínicos (delirios y anhedonia) y déficit cognitivos.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal

4.2 PARTICIPANTES

Población de estudio: pacientes que han tenido uno o varios episodios de psicosis y que son seguidos en el área VI del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Criterios de inclusión: Pacientes con edades comprendidas entre 18 y 50 años tratados y seguidos en el servicio de Salud Mental del área VI del Servicio de Salud del Principado de Asturias que previamente han participado en el estudio “Salud física en pacientes con Trastorno Mental Grave y tratamiento con antipsicóticos”.

Criterios de exclusión: pacientes fuera del rango de edad de los criterios de inclusión, pacientes cuya gravedad en el proceso psicótico le impida realizar las pruebas de que consta el estudio, y todo aquel paciente que se niegue a participar en el mismo.

4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Partiendo de la población finita de 70 participantes en el estudio previo y estableciendo un nivel de confianza del 95% y precisión de $\pm 4\%$, tras aplicar las fórmulas correspondientes

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p(1-p)}{i^2} ; n_a = \frac{n}{1+(n/N)} \quad \text{obtenemos un tamaño muestral de } \mathbf{62 \text{ pacientes}}$$

necesarios para realizar el estudio.

4.4 INSTRUMENTOS

Las diversas pruebas realizadas por los participantes han sido agrupadas en cuatro categorías según su objeto de evaluación:

1. UN TEST DE EVALUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA:

- Stages of Recovery Instrument (STORI)⁽²⁰⁾: se trata de un test realizado a través del Laboratorio Virtual (*ver apartado de Procedimiento*), validado en múltiples estudios, que evalúa el estado de recuperación psicológica en pacientes psicóticos. Desarrollado por Andressen, Caputi y Oades en 2006 ⁽²⁰⁾, se basa en los hallazgos de varios estudios de investigación e identifica cuatro componentes clave en el proceso de recuperación (encontrar y mantener la esperanza, restablecimiento de una identidad positiva, encontrar el significado de la vida y tomar responsabilidad de la vida de uno mismo). Dichos autores proponen también cinco etapas en el proceso de recuperación: moratoria (periodo caracterizado por una profunda sensación de pérdida y desesperanza), conciencia (la persona se da cuenta de que no está todo perdido y de que una vida completa es posible), preparación (evaluación de las fuerzas y debilidades; se comienza a trabajar en el desarrollo de actitudes necesarias para iniciar el proceso de recuperación), reconstrucción (trabajo activo hacia una identidad positiva, marcándose metas y tomando el control de la propia vida) y desarrollo (vivir una vida plena y llena de significado; se caracteriza por el automanejo de la enfermedad, resiliencia y un sentimiento positivo de autonomía).

El cuestionario en sí consta de 5 grupos de 10 preguntas cada una, correspondiéndose cada grupo a cada una de las 5 etapas del proceso de recuperación (anexo I).

2. DOS TEST DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS CLÍNICOS:

- Peter's Delusions Inventori 21 (PDI-21)⁽²¹⁾: cuestionario elaborado por *Peters et al.*⁽²¹⁾ en 2004 para medir la presencia de ideación delirante en la población general, ayuda a

detectar síntomas delirantes de manera subclínica. Con una probada consistencia, sensibilidad y validez científica ^(22,23,24), se compone de 21 preguntas con un formato de respuesta dicotómica (si/no) (anexo II). La puntuación total es la suma de las respuestas positivas en cada ítem hasta un máximo de 21 puntos. Una puntuación alta indica una mayor propensión en síntomas delirantes o de paranoia. Por otra parte, para cada ítem establece 3 subescalas que miden mediante una escala *Likert* el grado de convicción, preocupación y aflicción (de 1 a 5).

- *Wisconsin Schizotypy Scale – Brief (WSS-Brief)*⁽²⁵⁾: este instrumento de medida evalúa el riesgo psicométrico para la psicosis. Se trata de la versión de la escala original *Wisconsin Schizotypy Scale (WSS)*⁽²⁶⁾ realizada según las directrices internacionales para adaptación de test ⁽²⁷⁾. En concreto se utilizarán las subescalas para la evaluación de la anhedonia: *Revised Physical Anhedonia Scale-Brief (RphA-B)*, que mide la incapacidad de experimentar placer a través de estímulos físicos como el tacto, el olor o escuchar música; y *Revised Social Anhedonia Scale-Brief (RSAS-B)*, que mide la falta de disfrute social, indiferencia hacia otros y asociabilidad. Consta de 30 ítems con opción dicotómica (si/no) (anexo III).

3. UNA PRUEBA DE EVALUACIÓN DE OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN:

Junto con los datos existentes en el historial clínico del participante, se recogen una serie de datos demográficos y cuestiones interesantes en relación al proceso de recuperación: edad, número total de brotes psicóticos, edad del primer brote, consumo de sustancias, tipo de tratamiento, *Duration of Untreat Psychosis (DUP)*, problemas legales, adherencia al tratamiento, implicación familiar, etc (anexos IV, V Y VI).

4. CUATRO TESTS DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO NEUROCOGNITIVO:

- **Test rápido de inteligencia general:** Se realiza un primer test heteroaplicado con registro en formato papel: Test de acentuación de palabras (TAP) ⁽²⁸⁾. Se trata de la adaptación española del *National Adult Reading Test (NART)* ⁽²⁹⁾ que se emplea como evaluación de la inteligencia general de forma rápida y la inteligencia pre mórbida en la demencia. Este test se apoya en la habilidad mental resistente al deterioro mental. Consiste en la lectura en voz alta por parte del paciente de 30 palabras que se muestran en formato papel sin tilde; cada palabra leída con la acentuación adecuada obtiene 1 punto como resultado, oscilando el resultado final entre 0 y 30 (anexo VII).

Aplicadas a través de Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) ⁽³⁰⁾: se ha creado una batería personalizada con test enfocados en el estudio desea realizar, siendo los siguientes:

- **Test de atención:** Intra/Extradimensional Set Shift (IED) ^(31,32): basado en un set intra/extradimensional de adquisición e inversión de reglas. Mide discriminación visual, mantenimiento, cambio y flexibilidad de la atención. Es sensible sobre todo a cambios en las áreas fronto-estriadas del cerebro. Se obtienen tres medidas: fases completadas, total de errores y total de errores ajustado. Para su ejecución se utilizan dos dimensiones artificiales: una forma coloreada y líneas blancas. El test consta de varios bloques en los que aparecen dos formas (una correcta y otra incorrecta) entre las que el paciente debe elegir una. El programa muestra entonces cuál es la correcta. Una vez que el paciente ha aprendido cuál es el criterio discriminador, el sistema establece varios cambios de criterio a los que el paciente se debe ajustar. Se progresa en el test superando los criterios de aprendizaje de cada etapa (6 respuestas consecutivas correctas). Su duración aproximada es de 10 minutos.

- **Test de memoria:** Match To Sample Visual Search (MTS)⁽³³⁾: se trata de un test de habilidad que consiste en unir estímulos visuales iguales entre sí con compensación por velocidad/precisión; de esta manera se mide la reacción y el tiempo de movimiento. El estímulo es un patrón abstracto compuesto por cuatro colores, que se muestra dentro de un cuadrado rojo en la mitad de la pantalla. Después de un breve periodo de tiempo aparece un número variable de patrones parecidos dispuestos de manera circular alrededor del motivo central. Sólo uno de esos patrones coincide con el primer símbolo mostrado en el centro, debiendo el paciente señalarlo. Para conseguir que aparezca un nuevo patrón el paciente debe mantener pulsado el botón correspondiente del *press pad*, soltándolo sólo para señalar con el dedo índice de esa misma mano dominante el patrón que crea correcto. Su duración aproximada es de 10 minutos.
- **Test de reconocimiento de emociones:** Emotion Recognition Task (ERT)⁽³⁴⁾: en esta ocasión CANTAB proporciona un test que mide la habilidad para identificar emociones reflejadas en las expresiones faciales. Consiste en la emisión de dos bloques de 90 fotografías (estímulos) cada uno del mismo individuo real mostrando seis emociones básicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, asco y rabia. Para cada emoción corresponden 15 estímulos organizados de tal manera que las emociones con mayores niveles de intensidad son más fácilmente reconocibles. Después de la emisión de cada fotografía (durante 200 mseg) y su posterior desaparición, se muestran 6 posibles emociones entre las que el paciente debe elegir aquella que crea más se aproxime a la mostrada en la imagen. Su duración aproximada es de 12 minutos.

4.5 VARIABLES

Se analizarán por tanto las siguientes variables:

VARIABLE	TIPO Y ESCALA DE MEDIDA	DEFINICIÓN
Edad	Cuantitativa. Nivel de razón. Continua. 18-50 años.	Edad en años completos
Sexo	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica. Hombre/Mujer	Sexo del individuo
Estudios realizados	Cualitativa. Nivel ordinal. Politómica EGB,ESO-FP1, BUP-FP2,Universitarios	Formación académica finalizada
Conducta violenta	Cualitativa. Nivel ordinal. Politómica No/Hacia sí mismo/Hacia los demás/Hacia sí mismo y hacia los demás	Rasgos de comportamiento agresivos que presenta el individuo
Actitud familiar hacia su enfermedad	Cualitativa. Nivel ordinal. Politómica Apoyo/Sobreimplicación familiar/Rechazo-crítica/Indiferencia.	Disposición que adoptan los familiares del individuo en relación a su enfermedad
Consumo de drogas	Cualitativa. Nivel ordinal. Politómica No/Esporádico/Frecuente/Dependencia	Uso de sustancias nocivas ilegales
Tipo de drogas más consumidas	Cualitativa. Nivel ordinal. Politómica Ninguna/ drogas depresoras o inhibitoras del Sistema Nervioso Central (alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes)/Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central (cocaína, anfetaminas y derivados, drogas de síntesis)/Drogas psicodélicas, psicomiméticas o psicodislépticas (LSD,PCP,mescalina, peyote,cannabinoides)	Clase de sustancias nocivas ilegales consumidas en función de sus efectos
Enfermedades físicas	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Existencia de diagnósticos de enfermedades físicas
Antecedentes personales psiquiátricos	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Existencia de episodios previos de cualquier otra afectación psiquiátrica
Antecedentes de psicosis en familiares de primer grados	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Existencia de episodios previos de psicosis en padres o hermanos.
Ideas de suicidio	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si /No	Existencia de ideaciones autolíticas
Intentos de suicidio	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Existencia de episodios previos de intentos de autolisis
Problemas legales	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Causas pendientes con la justicia u otros órganos de legislación.

Trabajo actual	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Situación laboral activa
Trabajó alguna vez	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Historia previa de al menos un trabajo remunerado
Interrupción de estudios o trabajo después del primer brote	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Cese de formación académica o contrato laboral tras presentar primer brote psicótico
Pérdida de apoyo social después del primer brote	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Ausencia de soporte social tras primer brote psicótico
Apoyo social actual	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Existencia de soporte social en el momento presente
Vida estable	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Hábitos de vida constantes
<i>Duration of Untreat Psychosis (DUP)</i>	Cuantitativa. Nivel de razón. Discreta Medida en días.	Tiempo que acontece desde el diagnóstico de psicosis hasta el inicio del tratamiento.
Número de hospitalizaciones por psicosis	Cuantitativa. Nivel de razón. Discreta	Cantidad de episodios que precisaron ingreso hospitalario debido a psicosis
Diagnóstico principal	Cualitativa. Nivel nominal.	Enfermedad principal que padece el paciente
Trastornos comórbidos	Cualitativa. Nivel nominal.	Enfermedades padecidas además de la estudiada
Número total de brotes psicóticos	Cuantitativa. Nivel de razón. Discreta	Cantidad de brotes psicóticos acaecidos
Edad al primer brote psicóticos	Cuantitativa. Nivel de razón. Continua. 0-100 años	Edad a la que tuvo lugar el primer brote psicótico
Tratamiento recibido	Cualitativa. Nivel ordinal. Politómica Farmacológico/Psicológico/Combinado	Tipo de tratamiento del que se beneficia el paciente
Dosis farmacológica antipsicótica/día (equivalente mg de Haloperidol)	Cuantitativa. Nivel de razón. Continua Miligramos/día	Cantidad de medicación antipsicótica que recibe el participante a lo largo del día
Adherencia a la medicación	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Toma correcta de tratamiento prescrito
Implicación personal en el tratamiento	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Concienciación del paciente con su propia enfermedad
Implicación familiar en el tratamiento	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Si/No	Concienciación de los familiares con la enfermedad del paciente

Además se analizarán las medidas que arrojan los test que realizarán los participantes:

VARIABLE	TIPO Y ESCALA DE MEDIDA	DEFINICIÓN
Inteligencia general de forma rápida e inteligencia pre mórbida en la demencia	Cuantitativa. Nivel de razón. Discreta 0-30 puntos	Puntuación en el Test de Acentuación de Palabras (TAP)
Estado de recuperación psicológica en pacientes psicóticos.	Cualitativa. Nivel nominal.	Medida arrojada por el cuestionario <i>Stages of Recovery Instrument (STORI)</i> . Mide cada una de las 5 etapas del proceso de recuperación: moratoria, conciencia, preparación, reconstrucción y desarrollo.
Presencia de ideación delirante en la población general.	Cuantitativa. Nivel ordinal. 0-21 puntos. Cada pregunta se convierte en variable cualitativa al utilizar una escala de <i>Likert</i> con 5 opciones de respuesta.	Puntuación obtenida en el cuestionario <i>Peter's Delusions Inventori 21 (PDI-21)</i> .
Riesgo psicométrico para la psicosis	Cualitativa. Nivel nominal. Dicotómica Verdadero/Falso	Medida arrojada por el test <i>Wisconsin Schizotypy Scale-Brief (WSS-Brief)</i>
Discriminación visual, mantenimiento, cambio y flexibilidad de la atención	Cuantitativa. Nivel de razón.	Medidas arrojadas en el test <i>Intra/Extradimensional Set Shift (IED)</i> : Fases completadas, total de errores ajustados y puntuación estándar.
Reacción y el tiempo de movimiento	Cuantitativa. Nivel de razón.	Medidas arrojadas por el test <i>Match To Simple (MTS)</i> : Porcentaje de respuestas correctas, total de respuestas correctas y puntuación estándar.
Habilidad para identificar emociones reflejadas en las expresiones faciales	Cuantitativa. Nivel de razón.	Medidas arrojadas por el test <i>Emotion Recognition Task (ERT)</i> : Puntuación total de latencia de respuestas, mediana de latencia de respuestas, porcentaje de aciertos, porcentaje de errores, total de aciertos, total de fallos.

4.6 PROCEDIMIENTO

La recogida de datos tendrá lugar a partir del mes de junio del año del 2014 en el Hospital del Oriente de Asturias. Mediante un muestreo consecutivo, el equipo de Salud Mental del centro hospitalario ha captado a los participantes a través del listado de pacientes que previamente habían colaborado en el estudio “Salud física en pacientes con Trastorno Mental Grave y tratamiento con antipsicóticos”. Dicha investigación forma parte del proyecto “Evaluación de la recuperación de la psicosis” que la Universidad de Oviedo lleva a cabo con diversas instituciones sanitarias públicas. Financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación I+D+I (referencia PSI 2011-23818), el proyecto ha recibido los permisos necesarios por parte de la gerencia del Hospital del Oriente de Asturias para su implementación (anexo VIII) y dos de los miembros del equipo de investigación mantienen relación laboral con el centro. En concreto se trata de desarrollar el último objetivo del proyecto: investigar en profundidad en un subgrupo de pacientes si existen diferencias entre pacientes con diferentes procesos de recuperación en las características neurocognitivas.

Se ha dado prioridad al mantenimiento de la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio, informando en todo momento de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de la participación. No se dará gratificación alguna por su colaboración. Además, se solicita un consentimiento informado (anexo IX) y se entrega una hoja informativa (anexo X) que explicaba la naturaleza básica del estudio, buscando el acuerdo de los individuos a ser entrevistados.

Para reclutar a los participantes la enfermera ligada al servicio de salud mental que tiene relación habitual con los pacientes realizará una llamada telefónica individualizada en la que explicaba las características del estudio. Tras la aceptación de los participantes, se les citará de manera individualizada con el investigador; la implementación de las pruebas para la recogida de datos se

realizará en una sola sesión por parte de personal entrenado en el funcionamiento y utilización de los recursos que conforman la investigación.

En el transcurso de la sesión se llevarán a cabo las pruebas anteriormente citadas; en el caso de las pruebas de evaluación de la recuperación psicológica (STORI), evaluación de síntomas clínicos (PDI-21 y WSS-Brief) y las pruebas de evaluación de otras características que pueden influir en el proceso de recuperación, se ha utilizado un recurso que permite la evaluación de los pacientes dentro del propio hospital:

- **Laboratorio Virtual del grupo de investigación:** ⁽³⁵⁾ plataforma informática online que dispone de un software con acceso restringido a los investigadores, permitiendo realizar online al participante un conjunto de pruebas previamente seleccionadas. El mismo programa se encarga de la corrección automatizada y su volcado en una base de datos pasa análisis. Además asigna un código numérico a cada persona evaluada, garantizando el anonimato del participante.

Así mismo, las pruebas de funcionamiento neurocognitivo han sido aplicadas a través del anteriormente citado:

- **Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)** ^(36,37,38): se trata de una herramienta de evaluación cognitiva administrable a través de un ordenador portátil con pantalla táctil. Consiste en una serie de test computarizados no verbales que miden la memoria, atención y función ejecutiva. Al iniciar la sesión en esta herramienta se realiza una primera prueba (*Motor Screening -MOT-*) ⁽³⁹⁾ que entrena al paciente con el fin de lograr que se familiarice con el ordenador y la pantalla táctil: consiste en la aparición de una serie que cruces en la pantalla que el paciente debe tocar con el dedo índice de la mano dominante, previa demostración del investigador.

4.7 PROCESAMIENTO DE DATOS

El equipo de investigación cuenta con un experto en metodología que realizará el análisis de datos pertinente. Se utilizará el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.0⁽⁴⁰⁾ para realizar el análisis estadístico. Se realizará una estadística descriptiva de frecuencias, medias y porcentajes en el caso de las variables continuas, y la distribución de frecuencias en las variables cualitativas para el objetivo específico 1. Los análisis de comparación de medias se harán en función del tipo de variable seleccionada: análisis univariados para el estudio de diferencias en las variables no continuas, utilizando la prueba Chi-cuadrado, y análisis de las diferencias de medias para variables continuas mediante la prueba de *t de Student* para muestras independientes.

5. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

ACTIVIDADES	PERIODO
Elaboración del proyecto	Enero – Marzo 2014
Formación del personal que realizará las entrevistas y pruebas a los pacientes	Marzo 2014
Selección de participantes	Abril – Mayo 2014
Periodo de entrevistas/pase de pruebas	Junio - Septiembre 2014
Análisis de datos	Octubre 2014
Redacción del trabajo	Octubre - Noviembre 2014
Presentación de resultados	Noviembre 2014

6. COMENTARIOS

La posibilidad de que los déficits cognitivos que muestran los pacientes esquizofrénicos afecten a las relaciones interpersonales, la capacidad laboral, habilidades para el autocuidado y otras actividades básicas para la vida diaria hacen del estudio de la recuperación una necesidad imperante que incluya variables menos investigadas como la recuperación psicológica o el funcionamiento neurocognitivo.

A nivel internacional no existe un proceso estandarizado y protocolizado que permita evaluar el estado de recuperación de los pacientes, y son pocos los estudios realizados que incorporan los últimos avances en evaluación de las diferentes variables implicadas en la recuperación del trastorno mental.

El objetivo de este estudio aportaría al proyecto “madre” una herramienta de evaluación rigurosa del proceso de recuperación de la psicosis, que incluiría variables de recuperación psicológica. De esta manera se dispondría de un método preciso de la evolución clínica y el pronóstico funcional del paciente psicótico, lo que implicaría tanto una mejora de la calidad de vida de los pacientes como una base fundamentada para el establecimiento de planes adecuados de actuación sanitaria.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el desarrollo del estudio pueden surgir problemas y dudas en cuanto a su ejecución que el equipo de investigación ha intentado prever de las siguientes maneras:

- Evitaremos un error de ejecución en el estudio relacionado con el cálculo del tamaño muestral al tomar como referencia otras investigaciones realizadas utilizando las mismas pruebas automatizadas.
- Para evitar cualquier posible error relacionado con la medida de las variables se han utilizado cuestionarios, test y pruebas validados en los que el investigador no interviene.
- Errores de interpretación: a pesar de realizar un muestro consecutivo, los participantes forman parte de una población finita que puede tener características sociodemográficas específicas que dificulten extrapolar los datos a la población diana.
- Se estima que pueda haber pérdidas de los componentes de la muestra debido al grado de afectación psicológica y comórbida de los participantes. Es posible que algunos participantes se encuentren en un proceso agudo de su enfermedad y no reúnan las condiciones físicas y psicológicas idóneas para realizar las pruebas, abandonando el estudio una vez comenzada su implementación.

Podemos cometer un sesgo relacionado con la recogida de datos debido a instrucciones incorrectas para la realización de las pruebas. Para evitar este sesgo se ha entrenado a una única persona en la ejecución de cuestionarios, test y pruebas automatizadas. Hay que contar con que todos los cuestionarios tienen sus propias instrucciones, que leerá cada participante individualmente; así mismo las pruebas implementadas a través de CANTAB disponen de instrucciones propias para ayudar al investigador tanto en su ejecución como en la resolución de dudas y problemas que puedan surgir durante su realización.

8. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS;2013.
2. Ministerio de Ciencia e Innovación de España Plan Estratégico 2011-2013. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental; 2011.
3. World Health Organization. The Global Burden of disease: 2004 update. Ginebra: WHO; 2008.
4. World Health Organization [sede web]. Ginebra: Mental Health; 2014[actualizada 8 de febrero de 2014, acceso 10 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
5. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Italy:WHO; 2011.
6. Asociación Mundial de Psiquiatría. La esquizofrenia abre las puertas. Madrid: Grupo Aula Médica; 2007.
7. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Loque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2005; 126(12): 445-51.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th. ed.). Washington DC: American Psychiatric Association American Psychiatric Association;2013.
9. Goldman-Rakik PS, Selemon LD. Functional and Anatomical Aspects of Prefrontal Pathology in Schizophrenia. Schizophrenia Bull. 1997; 23(3):437-58.
10. Ellison-Wright I, Nathan PJ, Bullmore ET, Zaman R, Dudas RB, Agius M et al. Distribution of tract deficits in schizophrenia. BMC Psychiatry. 2014; 14(99):1-13.
11. Paino M. Factores de riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico: comparación entre esquizotipia genética y esquizotipia psicométrica [tesis doctoral].Oviedo: Universidad de Oviedo;2002.

12. Gómez M, Arbesu JA, Baca E, Belloch A, Espino A, Fernández A et al. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 2007.
13. Kraepelin E. Dementia Praecox. Chicago: Chicago Medical Book Co;1916.
14. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational Criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2002;14:256-72.
15. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from Schizophrenia; a concept in search of research. *Psychiat serv*. 2005; 56(6):735-42.
16. Nasrallah HA, Targum SD, Tandon R, McCombs JS, Ross R. Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of Schizophrenia. *Psychiat serv*. 2005; 56(3):273-82.
17. Ventura J, Subotnik KL, Guzik LH, Helleman GS, Gitlin MJ, Wood RC et al. Remission and recovery during the first outpatient year of the early course of schizophrenia. *Schizophr res*. 2011;132:18-23.
18. Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le-Quack P et al. Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Shizophr res*. 2011;125:257-66.
19. Harrow M, Jobe TH. How frequent is Chronic Multiyear delusional activity and recovery in Schizophrenia: a 20-year multi-follow-up. *Schizophrenia Bolletin*. 2010; 36(1):192-204.
20. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust NZ J Psychiat*.2006;40:973-80.
21. Peter's ER, Joseph SA, Garety PA. The measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peter's et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull*. 1999; 25:553-76.

22. López-Ilundain JM, Pérez-Nievas F, Otero M, Mata I. Peter's delusions inventory in Spanish general population: internal reliability, factor structure and association with demographic variables (dimensionality of delusional ideation). *Actas Esp Psiquiatri*. 2006;2:94-104.
23. Schürhoff M, Szöke A, Méary A, Bellivier F, Rouillon F, Pauls D et al. Familiar aggregation of delusional proneness in schizophrenia and bipolar pedigrees. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:1313-9.
24. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Santarén-Rosell M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Psychometric properties of the Peter's et al Delusions Inventory 21 in college students. *Compr Psychiat*. 2012;53:893-99.
25. Fonseca-Pedrero, Paino M, Ortuño-Sierra J, Lemo-Giráldez S, Muñiz J. Dimensionality of the Wisconsin Schizotypy Scales-Brief Forms in College Students. *Sci World J*. 2013 ;2013: 1-8.
26. Fonseca-Pedrero, Paino M, Lemo-Giráldez S, Sierra-Baigrie S, Muñiz J. Factor Structure and Measurement Invariance of the Wisconsin Schizotypy Scales across Gender and Age. *Span J Psych*. 2010;13:941-50.
27. Muñiz J, Elousa P, Hambleton RK. International test commission guidelines for test translation and adaptation: second edition. *Psicothema*. 2013;25(2):151-7.
28. Bermejo F, Porta-Etessam, J, Díaz, J, Martínez-Martín P. Cien escalas con interés en neurología. 2ª ed. Barcelona:ProusEdit; 2001.
29. Nelson HE, Willison J. The National Adult Reading Test (NART). The NFER-NELSON Publishing Company Ltd. 1991.
30. Cambridge Cognition [sede web]. Cambridge; Cambridge Cognition Ltd: 2014 [actualizada 18 de febrero de 2014, acceso 20 de febrero 2014]. Disponible en: <http://www.cambridgecognition.com/>
31. Levaux MN, Potvin S, Sepehry AA, Sablier J, Mendrek A, Stip E. *Eur Psychiat*. 2007;22:104-15.
32. Braw Y, Benozio A, Levkovitz Y. Executive functioning during full and partial remission (positive and negative symptomatic remission) of schizophrenia. *Schizophr res*. 2012;142:122-28.

33. Ritsner MS1, Gibel A, Ratner Y, Tsinovoy G, Strous RD. Improvement of sustained attention and visual and movement skills, but not clinical symptoms, after dehydroepiandrosterone augmentation in schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(5):495-9.
34. Scoriels L, Barnett JH, Murray GK, Cherukuru S, Fielding M, Cheng F et al. Effects of Modafinil on Emotional Processing in First Episode Psychosis. *Biol Psychiat*. 2011;69:457-64.
35. Programa de prevención de psicosis [sede web]. Disponible en: <http://www.p3-info.es/>.
36. Sahakian BJ, Owen M. Computerized assessment in neuropsychiatry using CANTAB: discussion paper. *J Roy Soc Med*. 1992;85:399-92.
37. Smith PJ, Need AC, Cirulli ET, Chiba-Falek O, Attix DK. A comparison of the Cambridge Automated Neuropsychological Test Battery (CANTAB) with "traditional" neuropsychological testing instruments. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2013;35(3):319-28.
38. Ritsner M, Blumenkrantz H. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiat Res*. 2007;149:59-69.
39. Aubin G, Stip E, Gélinas I, Rainville C, Chapparo C. Daily functioning and information-processing skills among persons with schizophrenia. *Psychiat Serv*. 2009;60(6):817-22.
40. Statistical Package for the Social Sciences. 2006. SPSS Base 15.0 User's Guide. Chicago, IL: SPSS Inc.

9. ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIO *STAGES OF RECOVERY INSTRUMENT (STORI)* ⁽²⁰⁾

STORI

El siguiente cuestionario te hace una serie de preguntas acerca de cómo te sientes sobre tu vida y sobre ti mismo desde que tienes la enfermedad.

Alguna de las preguntas son sobre momentos en los que tú no te sientes bien.

Otras están referidas a aquellos momentos en los que tú te sientes bien en la vida.

Si encuentras alguna de las cuestiones molestas y necesitas hablar con alguien, por favor, tómate un descanso y hablamos de ellas.

Las preguntas están en grupos de 5. Lee todas las 5 preguntas en conjunto y luego responde a esas cinco cuestiones. Marca con un número de 0 a 5 indicando cuánto tiene de cierto cada frase para ti en estos momentos.

Luego pasa al siguiente grupo de 5 preguntas.

Cuando eliges tu respuesta, piensa sobre cómo te sientes ahora, no en cómo te has sentido en algún momento del pasado.

Por ejemplo: la afirmación 38 dice “Estoy empezando a aprender sobre la enfermedad sobre cómo puedo ayudarme”. La 39 dice: “Ahora me siento bastante confiado sobre cómo manejar mi enfermedad”.

Si tu estas ahora bastante confiado sobre el manejo de la enfermedad, deberías dar una puntuación más alta a la afirmación 39 que a la 38, que dice que estas empezando a aprender.

Las preguntas están referidas a cómo te sientes sobre tu vida en general en estos días.

GRUPO 1: No pienso que la gente con una enfermedad mental pueda sentirse bien	1	2	3	4	5
2. He descubierto sólo recientemente que la gente con una enfermedad mental puede sentirse bien	1	2	3	4	5
3. Estoy empezando a aprender cómo me puedo ayudar a sentirme bien	1	2	3	4	5
4. Estoy esforzándome mucho para estar bien, y a largo plazo valdrá la pena	1	2	3	4	5
5. Ahora tengo una sensación de “paz interior” sobre la vida con la enfermedad	1	2	3	4	5
6. GRUPO 2: Siento que mi vida ha sido arruinada por esta enfermedad	1	2	3	4	5
7. Estoy justo empezando a darme cuenta de que mi vida no tiene que ser siempre horrorosa	1	2	3	4	5
8. He empezado recientemente a aprender de personas que viven bien, a pesar de tener una grave enfermedad	1	2	3	4	5
9. Estoy empezando a sentir bastante confianza en volver a encarrilar mi vida	1	2	3	4	5

10. Mi vida es realmente buena ahora, y el futuro parece brillante	1	2	3	4	5
11. GRUPO 3: Ahora siento que no soy nada más que una persona enferma	1	2	3	4	5
12. Como otros creen en mí, he empezado a pensar que es posible que pueda mejorar	1	2	3	4	5
13. Estoy comenzando en estos momentos a darme cuenta que la enfermedad no cambia quien soy como persona	1	2	3	4	5
14. Estoy comenzando ahora a aceptar la enfermedad como parte de la persona total que soy	1	2	3	4	5
15. Estoy feliz con quien soy como persona	1	2	3	4	5
16. GRUPO 4: Siento como si nunca más sabré quién soy	1	2	3	4	5
17. Hace poco que he empezado a reconocer una parte de mí que no está afectada por la enfermedad	1	2	3	4	5
18. Estoy empezando a darme cuenta en estos momentos que todavía puedo ser una persona valiosa	1	2	3	4	5
19. Estoy aprendiendo nuevas cosas sobre mí mismo a medida que trabajo hacia mi recuperación	1	2	3	4	5
20. Pienso que trabajar para superar la enfermedad me ha hecho mejor persona	1	2	3	4	5
21. GRUPO 5: Nunca seré la persona que pienso que podría ser	1	2	3	4	5
22. He empezado a aceptar ahora la enfermedad como una parte de mi vida con la que tendré que aprender a vivir	1	2	3	4	5
23. Estoy empezando a entender mis virtudes y mis puntos débiles	1	2	3	4	5
24. Estoy empezando a sentir que estoy haciendo una valiosa contribución a la vida	1	2	3	4	5
25. Estoy consiguiendo cosas satisfactorias y que valen la pena en mi vida	1	2	3	4	5
26. GRUPO 6: Estoy enfadado porque esto me haya ocurrido a mí	1	2	3	4	5
27. Estoy empezando ahora a preguntarme si podría salir algo bueno de esto	1	2	3	4	5
28. Estoy empezando a pensar sobre lo que son mis cualidades especiales	1	2	3	4	5
29. Al tener que tratar con la enfermedad, estoy aprendiendo mucho sobre la vida	1	2	3	4	5
30. Superando la enfermedad he ganado nuevos valores en la vida	1	2	3	4	5
31. GRUPO 7: Ahora mi vida parece completamente sin sentido	1	2	3	4	5
32. Estoy empezando a pensar ahora que quizás puedo hacer algo con mi vida	1	2	3	4	5
33. Estoy intentando pensar de qué maneras puedo ser capaz de aportar cosas a mi vida	1	2	3	4	5
34. Estos días estoy trabajando en algunas cosas de la vida que son personalmente importantes para mí	1	2	3	4	5
35. Estoy trabajando en importantes proyectos que dan sentido a mi vida	1	2	3	4	5
36. GRUPO 8: No puedo hacer nada con mi situación	1	2	3	4	5
37. Estoy empezando a pensar que podría hacer algo para ayudarme a mí mismo	1	2	3	4	5

38. Estoy empezando ahora a sentir más confianza sobre aprender a vivir con la enfermedad	1	2	3	4	5
39. A veces hay contratiempos, pero me recupero y continuo intentándolo	1	2	3	4	5
40. Estoy deseando enfrentarme con nuevos desafíos en mi vida	1	2	3	4	5
41. GRUPO 9: Otros saben mejor que yo lo que es bueno para mí	1	2	3	4	5
42. Quiero empezar a aprender cómo cuidar de mí mismo adecuadamente	1	2	3	4	5
43. Estoy empezando a aprender sobre la enfermedad mental y qué puedo hacer para ayudarme	1	2	3	4	5
44. Ahora me siento razonablemente confiado sobre cómo manejar mi enfermedad	1	2	3	4	5
45. Ahora puedo manejar bien la enfermedad	1	2	3	4	5
46. GRUPO 10: Ahora parece que no tengo ningún control sobre mi vida	1	2	3	4	5
47. Quiero empezar a aprender cómo enfrentarme con la enfermedad	1	2	3	4	5
48. Estoy empezando ahora a trabajar para reconducir mi vida	1	2	3	4	5
49. Estoy comenzando a sentirme responsable de mi propia vida	1	2	3	4	5
50. Tengo control sobre mi vida	1	2	3	4	5

ANEXO II PETER'S DELUSIONS INVENTORI 21 (PDI-21) ⁽²¹⁻²⁴⁾

PDI-21

Este cuestionario está diseñado para medir la frecuencia de determinadas ideas y fenómenos psíquicos que la mayor parte de la gente ha experimentado en algún momento de su vida. Le pedimos su colaboración para un estudio mediante el cual queremos valorar la frecuencia y las características de estos fenómenos en nuestro medio. Puede comprobar que el cuestionario es totalmente confidencial y que los resultados serán únicamente empleados con fines científicos. Si usted, voluntariamente, está dispuesto a colaborar conteste por favor a las siguientes preguntas del modo más sincero posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas trampa. Tenga en cuenta que no estamos interesados en las experiencias que se han sentido bajo la influencia de las drogas.

ES IMPORTANTE QUE USTED CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

Cuanto usted conteste NO a una pregunta, por favor pase directamente a la siguiente pregunta. Cuando usted conteste SI a una pregunta, estaremos interesados en: a) cuánto le inquietan o molestan estas creencias e experiencias; b) cuánto piensa en ellas; y c) en qué medida piensa usted que estas creencias o experiencias son ciertas. Al final de cada pregunta usted podrá puntuar estos tres aspectos entre 1 y 5 según su intensidad.

Por ejemplo:

Si usted contesta que SI a una pregunta y se trata de una creencia que le preocupa muchísimo tendrá que rodear la cifra 5 en el lugar adecuado:

No me inquieta en absoluto 1 2 3 4 5 Me inquieta muchísimo

Si usted contesta que SI a una pregunta y se trata de una creencia en la que no piensa casi nunca tendrá que rodear la cifra 1 en el lugar adecuado:

Casi nunca pienso en ello 1 2 3 4 5 Pienso en ello continuamente

Su respuesta también podrá ser intermedia, para lo cual podrá contestar 2, 3 ó 4 en el lugar adecuado; por ejemplo si ha contestado que SI a una pregunta pero duda sobre la certeza en la creencia o experiencia a la que se refiere esa pregunta:

No creo que sea cierto 1 2 3 4 5 Creo que es totalmente cierto

DATOS PERSONALES

Sexo: Varón Edad: Fecha:...../...../.....
Mujer

Nivel educativo (crucear la correcta) Estudios primarios incompletos Estudios primarios completos
 Formación Profesional Bachillerato
 Diplomatura Universitaria Licenciatura Universitaria

Edad a la que dejó de estudiar

1. ¿Tiene alguna vez sensación de que la gente insinúa cosas sobre usted o le dicen cosas con un doble sentido?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto 1 2 3 4 5 Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello 1 2 3 4 5 Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto 1 2 3 4 5 Creo que es totalmente cierto

2. ¿Tiene alguna vez la sensación de que hay cosas que aparecen en la televisión o en el periódico dirigidas especialmente para usted?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

3. ¿Tiene alguna vez la sensación de que algunas personas no son realmente las que aparentan ser?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

4. ¿Tiene alguna vez sensación de que está siendo perseguido de algún modo?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

5. ¿Tiene alguna vez la sensación de que existe una conspiración contra usted?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

6. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser una persona muy importante o de estar destinado a serlo?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

7. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser una persona muy especial, fuera de lo común?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

8. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted está especialmente cerca de Dios?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

9. ¿Ha llegado usted a pensar que la gente se puede comunicar por telepatía?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

10. ¿Tiene alguna vez la sensación de que algunos aparatos eléctricos, como los ordenadores, pueden influenciar a distancia su forma de pensar?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

11. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted ha sido, de algún modo, elegido por Dios?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

12. ¿Cree usted en el poder de la brujería, del vudú y de las fuerzas ocultas?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

13. ¿Está usted a menudo preocupado porque su pareja le pueda ser infiel?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

14. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted ha cometido más pecados que la mayoría de la gente?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

15. ¿Tiene alguna vez la sensación de que la gente le mira de forma extraña por su aspecto o apariencia?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

16. ¿Tiene alguna vez la sensación de que no tiene ningún pensamiento en su cabeza?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

17. ¿Tiene alguna vez la sensación de que el mundo está a punto de terminar?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

18. ¿Tiene alguna vez la sensación de tener pensamientos en su cabeza que usted no reconoce como propios?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

19. ¿Han sido alguna vez sus pensamientos tan intensamente vividos que le ha llegado a preocupar el que otras personas los pudieran oír?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

20. ¿Tiene alguna vez la sensación de oír sus propios pensamientos repetidos como un eco?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

21. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser como un robot o un zombi, como si su cuerpo no obedeciera a su propia voluntad?

NO SI (marque la respuesta correcta)

Si ha contestado NO=> Pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SI => Rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

Muchas gracias por su colaboración. Por favor, tras comprobar que ha contestado a TODAS las preguntas entregue el cuestionario a la persona que se lo ha facilitado o envíelo por correo con el sobre que se le ha proporcionado.

ANEXO III WISCONSIN SCHIZOTYPY SCALE- BRIEF (WSS Brief) ^(25,26)

WSS Brief

Este cuestionario contiene preguntas sobre sus sentimientos, pensamientos, experiencias y preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa, por lo que te rogamos sinceridad al contestar. Para responder a cada pregunta, marca el "Verdadero" o el "Falso". No pases mucho tiempo pensando en la respuesta que vas a dar. Por favor, no comentes el cuestionario con ninguna otra persona que vaya también a rellenarlo, dado que ello podría afectar a las respuestas. La mejor manera de responder este cuestionario es en privado y sin prisas. Muchas gracias por tu colaboración.

	VERDADERO	FALSO
1. Nunca he disfrutado mucho del murmullo del viento jugando con las hojas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las flores no son tan bonitas como la gente dice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No comprendo por qué la gente disfruta mirando las estrellas por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estar en un sitio alto y mirar las vistas es muy emocionante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A menudo he disfrutado y me he relajado con un paseo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El sonido de la lluvia sobre el tejado me ha hecho sentir confortable y seguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me gusta jugar con perritos y gatitos, y acariciarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los paisajes hermosos han sido un gran placer para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A menudo me ha parecido bonita la primera nevada del invierno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Después de un día atareado a menudo me ha relajado un paseo tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La belleza de las puestas de sol está muy sobrevalorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Normalmente me ha hecho sentir bien masajear mis músculos cuando están cansados o doloridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando me siento un poco triste, normalmente cantar me ha hecho sentir un poco más alegre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A veces un buen baño de espuma me ha calmado y refrescado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A veces un paseo enérgico me ha hecho sentir muy bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tener amigos íntimos no es tan importante como mucha gente cree.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Prefiero ver la televisión que salir con la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aunque hay cosas que me gusta hacer solo, normalmente me divierto más cuando hago cosas con otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cuando las cosas les van muy bien a mis amigos íntimos yo también me siento bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. El mero hecho de estar con mis amigos puede hacerme sentir realmente bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Prefiero los hobbies y las actividades que no implican a otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Saber que tengo amigos que se preocupan por mí me produce una sensación de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Normalmente a la gente le va mejor si se mantiene emocionalmente distante de la mayoría de personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta y me gratifica conocer más cosas sobre la vida emocional de mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. En realidad nunca tuve amigos íntimos en el colegio o instituto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Soy demasiado independiente para involucrarme realmente con otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hacer nuevos amigos no compensa la energía que requiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. La gente que intenta conocerme mejor normalmente acaba desistiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Si puedo escoger, prefiero estar con gente que solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. No me siento muy unido a mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO IV CUESTIONARIO ESTILOS DE RECUPERACIÓN 1

ESTILOS RECUPERACIÓN 1

Importante: Revise bien que ha contestado todas las preguntas.

1. Estudios realizados

- EGB
- ESO - FP1
- BUP - FP2
- Universitarios

2. Conducta violenta

- No
- Hacia sí mismo
- Hacia los demás
- Hacia sí mismo y hacia los demás

3. Actitud familiar hacia su enfermedad

- Apoyo
- Sobreimplicación emocional
- Rechazo/Crítica
- Indiferencia

4. Consumo de drogas

- No
- Esporádico
- Frecuente
- Dependencia

5. Tipo de drogas más consumidas

- Ninguna
- Drogas depresoras o inhibidoras del SNC (alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes)
- Drogas estimulantes del SNC o excitantes (cocaína, anfetaminas y derivados, drogas de síntesis)
- Drogas psicodélicas, psicomiméticas o psicodislépticas (LSD, PCP, mescalina, peyote, cannabinoides)

ANEXO V CUESTIONARIO ESTILOS RECUPERACIÓN 2

ESTILOS RECUPERACIÓN 2

Cumplimente todos los datos

1. Enfermedades físicas SI NO

2. Antecedentes personales psiquiátricos SI NO

3. Antecedentes de psicosis en familiares de primer grado SI NO

4. Ideas de suicidio SI NO

5. Intentos de suicidio SI NO

6. Problemas legales SI NO

7. Trabajo actual SI NO

8. Trabajó alguna vez SI NO

9. Interrupción de estudios o trabajo después del primer brote SI NO

10. Pérdida de apoyo social después del primer brote SI NO

11. Apoyo social actual SI NO

12. Vida estable SI NO

ESTILOS RECUPERACIÓN 3

1. DUP (en días)

2. Número de hospitalizaciones por psicosis

3. Diagnóstico principal

4. Trastornos comórbidos

5. Número total de brotes psicóticos

6. Edad al primer brote psicótico

7. Tratamiento recibido: 1: Farmacológico; 2: Psicológico; 3: Combinado (poner 1, 2 o 3)

8. Dosis farmacológica antipsicótica/día (equivalente mg Haloperidol)

9. Adherencia a la medicación: 1: Si; 2: No; 3: Parcial (poner 1, 2 o 3)

10. Implicación personal en el tratamiento: 1: Si; 2: No; 3: Parcial (poner 1, 2 o 3)

11. Implicación familiar en el tratamiento: 1: Si; 2: No; 3: Parcial (poner 1, 2 o 3)

ANEXO VII TEST DE ACENTUACIÓN DE PALABRAS (TAP)

TEST DE ACENTUACIÓN DE PALABRAS (TAP)		
Instrucciones: <i>“Quiero que lea estas palabras despacio, comendando por aquí (señalar la palabra Acalculia). Después de leer una palabra, por favor espere hasta que yo diga “siguiente” para leer otra palabra. Puede que haya muchas palabras que no reconozca, de hecho mucha gente no las conoce, así que simplemente adivínelas, ¿de acuerdo? Comencemos”.</i>		
ACALCULIA	CANON	MANCHU
CUPULA	GRISU	MOARE
ALELI	DESCORTES	AMBAR
ANOMALO	TACTIL	POLIGRAMO
ALEGORIA	ACOLITO	SILICE
APATRIDA	BULGARO	VOLATIL
CONCAVO	ABOGACIA	PIFANO
DIAMETRO	CELIBE	BALADI
ACME	RABI	DISCOLO
PUGIL	HUSAR	ALBEDRIO
Puntuación: un punto por cada palabra acertada (acentuación fonética correcta), máximo 30 puntos.		

ANEXO VIII PERMISO DEL HOSPITAL PARA EL INICIO DE LAS PRUEBAS

De: direccionatencionsanitaria.area6@sespa.princast.es <direccionatencionsanitaria.area6@sespa.princast.es>

Enviado: jueves, 8 de mayo de 2014 11:36

Para: MARIA DE LAS MERCEDES PAINO PIÑEIRO

Asunto: Re: permiso proyecto de investigación

Buenos días:

Siguiendo indicaciones de la Dra. Susana Santamarina Montila, Directora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VI.Arriondas, les comunico que a través de este correo, la Dirección **AUTORIZA** a que se realice ese proyecto de investigación.

Reciba un cordial saludo.

D^a Rosana Fonseca Cueto

Secretaria Dirección

Tle. 985 84 00 32 ext. 50266

ANEXO IX CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREGADO A LOS PARTICIPANTES

Título del proyecto: “ EVALUACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LA PSICOSIS”

Investigadores: Mercedes Paino, Marta Sánchez Zaballos, Serafín Lemos Giráldez, Pedro Trabajo Vega y Pelayo Terán.

Yo,

he sido informado por

colaborador del proyecto de investigación arriba mencionado y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y/o psicológicos.

Mediante este acto Ud consiente el uso de sus datos en relación con este proyecto de investigación.

Autorizo a que los datos obtenidos durante el proyecto de investigación sean utilizadas con fines científicos en otros proyectos de investigación que tengan por objeto el estudio de mi trastorno y que hayan sido aprobados por el Comité Ético de Investigación del Hospital.

Si

No

Quiero que se me pida autorización previa para utilizar mis datos para futuros proyectos de investigación.

Si

No

Con eso doy mi conformidad para participar en este estudio.

Firma del paciente

Firma del investigador

Fecha

Fecha

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Se le ofrece la oportunidad de participar en el proyecto de investigación titulado "EVALUACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LA PSICOSIS" que está siendo realizado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo en colaboración con el Servicio de Salud Mental del Hospital Francisco Grande Covián, y que ha sido ya evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

Antecedentes:

La demanda actual de los usuarios de los servicios de salud mental hacia los investigadores, clínicos y responsables políticos de este ámbito está focalizada en la idea de recuperación de la esquizofrenia; los usuarios abogan porque los servicios de salud mental estén orientados hacia la recuperación, idea que está siendo incorporada en las políticas de salud mental a nivel internacional.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Investigar en un grupo de pacientes los diferentes procesos de recuperación y las características neurocognitivas, así como la relación entre ambos.

¿Por qué se le ha pedido que participe?

Se le ha pedido su participación en este estudio ya que en algún momento de su vida ha tenido un episodio psicótico.

¿En qué consiste su participación? ¿Qué tipo de pruebas o procedimientos se le realizarán?

Se le solicita su consentimiento para utilizar con fines científicos datos clínicos. Además, se le pedirá que conteste a varios cuestionarios. La aplicación de las pruebas será llevada a cabo por un psicólogo/a mediante un ordenador. La participación en el presente proyecto no supone ninguna alteración del tratamiento que esté llevando (si lo tiene).

¿Cuáles son los riesgos generales de participar en este estudio?

No existe ningún riesgo, puesto que lo que usted tiene que hacer es responder a unas preguntas relacionadas con su estado clínico y circunstancias que pueden haberle afectado.

¿Cuáles son los beneficios de la participación en este estudio?

Es muy probable que los resultados obtenidos en esta investigación no tengan un efecto diagnóstico o predictivo inmediatos para usted, pero podrá ayudar a conocer mejor su trastorno y mejorar el pronóstico y el tratamiento de futuros pacientes.

¿Qué pasará si decido no participar en este estudio?

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de que decida no participar en el estudio, esto no modificará el trato y seguimiento que de su trastorno realicen ni su médico ni el resto de personal sanitario que se ocupa de su trastorno. Así mismo podrá decidir no participar del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

¿A quién puedo preguntar en caso de duda?

Es importante que comente con cualquiera de los investigadores de este proyecto los pormenores o dudas que surjan antes de firmar el consentimiento para su participación. Así mismo podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con el investigador o con el Servicio de Salud Mental del hospital.

Confidencialidad:

Todos su datos, así como toda la información médica relacionada con su trastorno, serán tratados con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores. Asimismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los pacientes que han colaborado en esta investigación.

Tal y como contempla la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador de este estudio.

¿Qué pasará con los datos psicológicos obtenidos durante la investigación?

Durante su participación en este estudio, se le administrarán varias pruebas psicológicas. Estas pruebas serán siempre utilizadas con fines científicos, pudiéndose utilizar si así lo autoriza en el marco de otros proyectos de investigación que tenga como objetivo el estudio de su trastorno y que previamente hayan sido evaluados y aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

Además este material no será, bajo ningún concepto ni en ningún momento, motivo de lucro, bien sea por la venta de material o de los derechos para realizar estudios sobre los mismos.