



MÁSTER
UNIVERSITARIO EN
INVESTIGACIÓN
EN MEDICINA
CLÍNICA



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

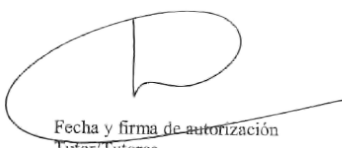
TRABAJO FIN DE MÁSTER

ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS EN PACIENTES PSICÓTICOS

LAURA MONTES REULA

Tutor académico: Dra. Lorena García Fernández

Curso académico 2015-2016


Fecha y firma de autorización

RESUMEN

Introducción: Es de interés científico y clínico conocer la génesis de los síntomas psicóticos. En las diversas investigaciones realizadas, se han demostrado como factores de riesgo para desarrollar síntomas psicóticos las experiencias negativas y estilos de vida en la infancia. (Bendall, Jackson, & Hulbert, 2010; Bendall, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2008). Esto es consistente con la asociación con otras investigaciones que señalan como factores de riesgo traumas en la infancia y problemas en el ambiente externo (Janssen et al., 2004; Read, Agar, Argyle, & Aderhold, 2003; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005). Además, se han relacionado las experiencias traumáticas con esquemas negativos (Gracie et al., 2007). Esto ha producido un aumento del interés en la investigación sobre el papel de los esquemas en la psicosis. La teoría del esquema, propuesta por Young (1990), puede ayudar a conceptualizar la relación entre experiencias de la vida, esquemas y psicosis.

Método: Se trata de un estudio observacional descriptivo de tipo transversal, con dos grupos de comparación (pacientes con un primer episodio psicótico –PEP-, y pacientes crónicos). Se han evaluado los Esquemas Desadaptativos Precoces para posteriormente efectuar un análisis estadístico mediante técnicas de análisis de la varianza (ANOVA) y correcciones específicas (Bonferroni).

Conclusiones: Los grupos de pacientes clasificados según el estadio de la enfermedad pretenden demostrar la no variabilidad de los esquemas que se han generado en la infancia.

PALABRAS CLAVE:

Psicosis

Esquemas desadaptativos precoces

ABSTRACT

Purpose: The genesis of psychotic symptoms is a scientific and clinical interest. Researches suggest that childhood negative experiences and attachment styles is strongly associated with increased risk of psychosis (Bendall, Jackson, & Hulbert, 2010; Bendall, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2008). This is consistent with other reviews suggesting that childhood trauma and general social adversity is a risk factor for clinical psychiatric disorders (Janssen et al., 2004; Read, Agar, Argyle, & Aderhold, 2003; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005). Furthermore, traumatic experiences were found to be related with negative schemas (Gracie et al., 2007). This has led an increase research interest in the role of schemas in psychosis. The schema theory, proposed by Young (1990) may help to conceptualise the relationship between adverse life events, schemas and psychosis.

Method: This is an observational cross-sectional study, with two comparison groups (patients with a first psychotic episode -PEP-, and chronic patients). Early Maladaptive Schemas have been evaluated and later perform a statistical analysis techniques using analysis of variance (ANOVA) and specific corrections (Bonferroni).

Conclusions: The two groups of patients classified as stage of disease pretend to show the stability of the schemes that have been generated in childhood.

Key words

Psychosis

Early Maladaptive Schemas

INDICE

ASPECTOS PRELIMINARES	2
------------------------------------	----------

Resumen/ Palabras clave
Abstract/ key words

CUERPO DEL TRABAJO

1-. Introducción.....	5
2-. Justificación del tema.....	11
3-. Hipótesis	12
4-. Objetivos	12
5-. Metodología	
5.1-. Diseño	13
5.2-. Sujetos	13
5.3-. Variables a estudio	15
5.4-. Procedimiento de recogida	19
5.5-. Análisis de datos	20
6-. Plan de trabajo	21
7-. Dificultades y limitaciones	22
8-. Aspectos éticos	22
8.1-. Método que se utilizará para obtener el consentimiento informado	23
8.2-. Aspectos legales	23
8.3-. Beneficios potenciales.....	23
9-. Experiencia	24
10-. Marco estratégico	24
11-. Medios disponibles	25
12-. Presupuesto	26

BIBLIOGRAFÍA	27
---------------------------	-----------

ANEXOS

Anexo 1	31
Anexo 2	35
Anexo 3	36
Anexo 4	38
Anexo 5	44
Anexo 6	45

1. INTRODUCCIÓN

Estresores y esquizofrenia:

Los factores ambientales y sociales como las experiencias negativas en la infancia se relacionan como factores de riesgo para la esquizofrenia (1-3). Una de las últimas revisiones realizada por Read destacó el papel de los abusos en la infancia con la esquizofrenia (4). Varios estudios han sugerido los traumas en la infancia como causa de síntomas psicóticos, en particular de síntomas positivos (5).

Se han aportado muchas explicaciones para relacionar los síntomas positivos de la esquizofrenia con experiencias tempranas negativas. Morrison en 2001 sugería que los síntomas positivos podrían ser el resultado de interpretaciones erróneas en respuesta a un trauma previo. Otra explicación aportada por Read sugería que la exposición repetida a eventos traumáticos causa un impacto en el niño a nivel emocional, conductual, cognitivo y social que hace que su cerebro sea más susceptible (6). Esto podría desarrollar una hipersensibilidad a los estresores, pudiendo incrementar la probabilidad de desarrollar síntomas psicóticos. En la misma línea, Birchwood y Garety sugerían que las experiencias negativas en la infancia pueden desarrollar esquemas negativos sobre sí mismos y los demás, provocando mayor vulnerabilidad, y facilitando la aparición de síntomas psicóticos en individuos ya predisuestos (7,8).

Los modelos ya mencionados que apoyan la teoría de la vulnerabilidad al estrés, podrían explicar esta conexión entre eventos de la vida y trastornos psiquiátricos. Cuando la capacidad del individuo ante un estresor se ve sobrepasada, hay una mayor probabilidad de que se produzcan síntomas (4,9). Por lo que individuos predisuestos, con exposiciones repetidas a factores de riesgo sociales, presentan mayor riesgo de síntomas psicóticos (6,10).

Los esquemas de Young:

Existe otro modelo que ayuda a entender la relación entre experiencias de la vida, especialmente en la infancia y adolescencia con la psicopatología, que se trata de la Teoría de los Esquemas introducida por Young (11). En sus comienzos, la terapia centrada en esquemas representó una nueva e innovadora ampliación del modelo de la terapia cognitiva para la depresión y ansiedad de Beck (12), resaltando los aspectos caracteriales del trastorno y los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de los problemas del adulto (12,13). Existen algunas diferencias en el

modelo de esquemas de Young respecto del modelo de Beck: menor nivel de descubrimiento guiado, menor nivel de confrontación, mayor número de sesiones en consecuencia a la resistencia al cambio de los pacientes, sesiones con mayor carga afectiva, y la identificación y superación de la evitación cognitiva y conductual (14).

La terapia centrada en los esquemas postula una propuesta dirigida a abordar lo que Young considera el nivel más profundo en el fenómeno de las cogniciones, al que evalúa como esencial en el trabajo con este tipo de trastornos y denominó «esquemas desadaptativos tempranos (EDTs)». Young propuso los esquemas desadaptativos tempranos como un modelo erróneo que comprende la memoria, emociones, cogniciones y sensaciones de uno mismo y de la relación con los otros, y una conducta inadaptada en respuesta a este esquema (15).

Los esquemas desadaptativos tempranos son estructuras extremadamente estables y duraderas (16). Son resistentes al cambio porque son desarrollados en los primeros años de vida (17). Se perpetúan mediante patrones autodestructivos. Suelen desarrollarse prematuramente en la infancia, resultando eficaces y adaptativos en su entorno infantil, pero que sirven como patrones disfuncionales para el procesamiento de experiencias futuras (18).

Los esquemas son definidos como “patrones compuestos de recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales con respecto a sí mismo y las relaciones con los otros”. Esta definición comparte similitudes con la conceptualización temprana de Beck de esquemas o creencias fundamentales (1967). Se desarrollan por la acumulación de interacciones negativas tempranas con otras personas significativas, más que por un único acontecimiento traumático aislado (12,17). En otras palabras, las relaciones tempranas de la infancia son una fuente de los esquemas desadaptativos tempranos (13). Pueden estar inactivos durante mucho tiempo y ser activados por eventos estresantes. Cuando son activados por acontecimientos que guardan relación con ellos, resultan distorsiones del pensamiento, fuertes respuestas emocionales y una conducta problemática (17). Se ha demostrado que los esquemas desadaptativos tempranos están relacionadas con problemas a nivel mental (19,20).

De acuerdo a Young (17), los esquemas desadaptativos tempranos se agrupan en cinco dominios (o esquemas dominantes).

Tabla 1. Esquemas desadaptativos tempranos y dominios (Young et al., 2003)

Dominios	Esquemas Desadaptativos Tempranos
1. Desconexión y rechazo	Abandono / inestabilidad Desconfianza / abuso Pérdida emocional Imperfección / vergüenza
2. Perjuicio en autonomía y desempeño	Dependencia / incompetencia Vulnerabilidad al daño Inmaduro / complicación Fracaso
3. Límites inadecuados	Derecho / grandiosidad Autocontrol insuficiente / autodisciplina
4. Tendencia hacia el otro	Esquema de subyugación Autosacrificio Búsqueda de aprobación o reconocimiento
5. Sobrevigilancia e inhibición	Negatividad / vulnerabilidad al error Control excesivo / inhibición emocional Reglas implacables / hipercrítica Condena

Estos dominios son explicados según la crianza del niño:

- El dominio de *desconexión y rechazo* comprende individuos que fueron criados en entornos que carecían de figuras de apego, afecto, contención, respeto y estabilidad, lo que interfirió con las necesidades de aceptación y relación del niño.

Abandono/inestabilidad: la persona cree que, de una u otra forma, las relaciones estrechas terminarán inmediatamente. Probablemente, existieron frecuentes ocasiones en las cuáles los niños hayan sido dejados solos o sin ser atendidos por períodos extensos (17).

Desconfianza/abuso, la cual incluye la expectativa de que el individuo será herido o los demás se aprovecharán de él. En la niñez, muchos de estos individuos fueron abusados o maltratados por sus padres, o cuidadores (17).

Pérdida emocional refleja la creencia que no se cubrirán sus necesidades de apoyo emocional. Las tres formas particulares de pérdida comprenden la alimentación, la empatía y la protección (12).

Imperfección/vergüenza, que recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente (12). Generalmente, los padres fueron muy críticos de sus hijos e hicieron que ellos se sintieran como si no fueran merecedores de amor (17).

Aislamiento social/alienación. Éste describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y es diferente de los demás (12,17).

- El dominio de *perjuicio en autonomía y desempeño*. Suele reflejar ambientes complicados y sobreprotectores en la infancia, que interfirieron en la percepción sobre la propia capacidad (autoeficacia).

Dependencia/incompetencia: supone la creencia de que se es incapaz de manejar sus responsabilidades cotidianas de modo competente sin una ayuda considerable de los demás. Usualmente, los padres no estimularon a los niños para actuar independientemente y desarrollar confianza en sus habilidades para cuidarse a sí mismos (17).

Vulnerabilidad al daño o la enfermedad: los individuos con este esquema esperan tener experiencias negativas que no controlarán, tales como un ataque cardíaco, el virus del SIDA, o crisis de tipo emocionales como volverse loco o de tipo fóbico como catástrofes naturales, fobia a los aviones, a los ascensores, etcétera. Estos individuos tienen la creencia extrema de que cualquier suceso ocurre en forma aleatoria y les puede afectar en cualquier momento (12).

Inmaduro/complicación aparece en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas a costa de su propio desarrollo. No desarrollan una identidad individual segura (12). A menudo, este esquema se presenta cuando los padres son abusivos o sobreprotectores (17).

Fracaso refleja la visión que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades (12).

- El dominio de los *límites inadecuados*. Abarca a aquellos individuos que fueron criados por padres permisivos, demasiado indulgentes y no ponen límites acerca de lo que es socialmente apropiado.

Derecho/grandiosidad almacena la creencia de que el individuo es superior a los

demás. Estos individuos pueden ser extremadamente competitivos o dominantes (12). No están interesados en las necesidades de las otras personas.

Autocontrol insuficiente/autodisciplina se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones. Presentan incapacidad para tolerar la frustración (17).

- La *tendencia hacia el otro* es el cuarto dominio. Está fomentada por experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás.

Esquema de subyugación, que supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos. A menudo, en la infancia tuvieron padres muy controladores (17).

Autosacrificio, que aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que puedan ahorrar el dolor a los demás (12).

Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento. Este esquema consiste en tratar de ganarse la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de la propia identidad (12).

- El último dominio es el que se denomina *sobrevigilancia e inhibición*. Generalmente, se desarrolla cuando se cría a los niños con perfeccionismo, en el seno de una familia rígida, inflexible y, algunas veces, punitiva. Estos niños internalizan reglas y normas éticas a expensas de la infelicidad, la relajación y relaciones saludables.

Negatividad/vulnerabilidad al error refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada les irá bien. Se caracterizan por un pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación (12).

Control excesivo/inhibición emocional se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener un sentido de previsibilidad y controlabilidad en sus vidas, o evitar la vergüenza (12).

Reglas implacables/hipercrítica, recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica (12). Usualmente, los padres de estos individuos nunca estaban satisfechos y el amor que daban a sus hijos era condicionado a los logros de estos (17).

Condema, recoge la visión de que los individuos deberían ser fuertemente castigados por sus errores. Estos individuos no toleran sus propios errores ni los de los demás (12).

Además de la influencia del ambiente familiar, es necesario considerar la importancia de la biología, como un factor constitucional muy relevante. Así, la habilidad del niño para afrontar cada uno de los retos señalados puede en parte ser determinado por el temperamento innato del niño, en combinación con los estilos parentales y las influencias sociales a las cuales se ha expuesto.

Young al principio identificó 16 esquemas, pero más tarde fueron 18 esquemas (15), basándose en las observaciones clínicas. El primer estudio realizado sobre un análisis de los EDTs y el cuestionario de esquemas fue Schmidt (21). Más tarde en otros trabajos, Lee (1999) replicaron este tipo de estudios usando un grupo de pacientes (22). Los resultados consideraban que el cuestionario tenía buena consistencia interna y una estructura estable en pacientes con clínica y en pacientes sanos. Más tarde, en 1998 Young propuso el Cuestionario de esquemas versión reducida compuesto por 75 items que identifica 15 esquemas. Se han realizado muchos estudios para validar este instrumento de medida (23-25). La adaptación española está realizada por Cid, Tejero y Torrubia en 1995 (CEY-VR).

Diversas investigaciones han tenido como objetivo analizar la asociación entre los esquemas desadaptativos tempranos (EDTs) con varios trastornos psiquiátricos: trastorno personalidad (26), trastorno bipolar (27), trastorno conducta alimentaria (28), depresión (29) y ansiedad (30).

El concepto de EDT también podría aplicarse en los pacientes con psicosis, pero sorprendentemente solo existen dos estudios orientados a relacionar pacientes con esquizofrenia como primer diagnóstico (31,32). El primero consiste en una muestra de 48 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y 44 controles sanos. Los autores encontraron que la mayoría de EDTs estaban acentuados en el grupo caso comparado con los controles. Tras controlar por el factor depresión, seis de los 14 esquemas persistían incrementados respecto a los controles: pérdida emocional, aislamiento social/alienación, imperfección/vergüenza, fracaso, inmaduro/complicación y subyugación. El esquema de desconfianza/abuso se relacionó con síntomas positivos

tras controlar por depresión, sin embargo ningún esquema fue relacionado con síntomas negativos. Esta asociación podría deberse a la asociación con la desconfianza y lo paranoide. Además, este esquema se ha relacionado con los traumas infantiles como el maltrato físico y abuso sexual (33), factores de riesgo para los trastornos psicóticos (4). El segundo estudio en relación con pacientes con psicosis llevado a cabo por Sundag consistía en una muestra de 81 pacientes con psicosis, 28 pacientes con depresión y 60 pacientes como controles (32). Se observó que los pacientes del grupo de psicosis y depresión tenían un mayor número de activación EDT y unas puntuaciones de EDT mayores, sin observar diferencias entre ambos grupos. En el grupo de psicosis se observó que estas puntuaciones mayores se relacionaban con síntomas positivos, pero ningún esquema se relacionó con síntomas negativos. Dado los resultados del anterior estudio, se analizó el esquema desconfianza/abuso. En este caso se observó que estaba relacionado con síntomas positivos pero tras controlar por el factor depresión, estos resultados no se mantuvieron.

El presente estudio tiene como objetivo general buscar la forma en que se relacionan los esquemas desadaptativos tempranos (en términos de presencia/ ausencia e intensidad) con los pacientes diagnosticados de psicosis y las fases de la enfermedad. Pretende apoyar la base fundamental de la teoría de Young de que los esquemas maladaptativos se forman en la infancia y son activados en la edad adulta por lo que si existe relación entre los esquemas y la psicosis, los resultados no deberían variar según la fase de enfermedad del paciente.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El rol de los esquemas cognitivos en los Trastornos de Personalidad ha sido de gran interés para investigadores y terapeutas cognitivo-comportamentales (34).

La Terapia Centrada en los Esquemas y los constructos que plantea, resultan de suma relevancia en el abordaje de los pacientes con patología psiquiátrica. Si bien existen una serie de estudios que han investigado los esquemas maladaptativos tempranos, existe consenso respecto a que se trata de un área en la que son necesarias más investigaciones empíricas.

En términos generales este estudio pretende servir como un aporte adicional al incipiente número de investigaciones acerca de la Terapia de los Esquemas y la psicosis. Pues si bien se trata de una modalidad que ha resultado favorable clínicamente en

aquellos pacientes con Trastorno de Personalidad, es necesario generar más investigaciones en relación con sintomatología psicótica.

El examen de los esquemas cognitivos en los pacientes proporciona información muy útil acerca de cómo las personas perciben los eventos, procesan la información, organizan sus pensamientos, comunican sus emociones y forman sus actitudes (12,35-37).

Desde el punto de vista clínico, se ha detectado la necesidad de hallar datos empíricos acerca de la especificidad de los esquemas cognitivos en los Trastornos del Eje I. En este trabajo, se pretende obtener datos que aporten pequeños resultados para posteriores investigaciones.

3. HIPÓTESIS

Hipótesis principal:

- Los esquemas desadaptativos precoces en la esquizofrenia se mantienen estables a pesar del estadio de la enfermedad, resultado que apoyaría la presumible naturaleza premórbida de los Esquemas Desadaptativos Precoces (EDTs).

Hipótesis secundarias:

- Los sujetos con trastorno psicótico presentan una puntuación elevada en el test CEY-VR.
- Existen esquemas desadaptativos específicos para la esquizofrenia

4. OBJETIVOS

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

- (1) Explorar relaciones entre las fases del trastorno psicótico y la intensidad de los EDTs
- (2) Explorar relaciones entre las fases del trastorno psicótico y la cantidad de EDTs activados
- (3) Explorar si existe especificidad de algún esquema

Entre los **objetivos secundarios** se encuentran el estudio de la validez de la versión del CEY abreviada y las posibles relaciones entre los trastornos psicóticos y los esquemas. Además se pretende evaluar los estresores previos que puedan existir en los pacientes y el ajuste premórbido.

5-. METODOLOGÍA

5.1-. Diseño

Es una investigación con un diseño no experimental, exploratorio-correlacional de corte transversal, llevada a cabo con 2 grupos de pacientes; pacientes con primeros episodios psicóticos (PEP) y pacientes con esquizofrenia de años de evolución. El estudio forma parte del proyecto PEP-San Juan aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de San Juan con fecha 05-08-2011 y código 11/308. Se solicita la aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra, pendiente de aprobar. Se incluirá de formas consecutiva a todo paciente que acuda a la USM Pamplona (Centro de Salud seleccionado) y a la UPEP San Juan desde enero hasta junio de 2016, ambos incluidos.

5.2-. Sujetos:

La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo consecutivo no probabilístico de todos los pacientes atendidos en los centros que participan en la investigación que cumplan con los criterios de selección.

Los criterios establecidos para la muestra participante son:

-criterios de inclusión:

Pacientes con edad igual o superior a los 15 años

Pacientes diagnosticados de trastorno psicótico según DSM-IV

Pacientes estables psicopatológicamente al menos en los tres meses previos

Tratamiento farmacológico estable en los tres meses previos

-criterios de exclusión:

Pacientes que no otorguen su Consentimiento Informado para la realización de todos los procedimientos del estudio.

Pacientes mayores de 55 años.

Pacientes con un nivel de alfabetización que dificulte la lectura de los instrumentos seleccionados.

Pacientes diagnosticados de un trastorno generalizado del desarrollo.

Pacientes con un retraso mental previamente diagnosticado estimado por un coeficiente intelectual (CI) < 70 en la Escala Wechsler para adultos.

Tabla 2. Los criterios de inclusión detallados de cada grupo a estudio:

Grupos de comparación	Criterios de inclusión
Grupo 1: "PEP" <i>Pacientes con un PEP (Unidad de Atención a Primeros Episodios Psicóticos (UPEP) del Hospital de San Juan)</i>	<ul style="list-style-type: none">•Pacientes de ambos géneros con una edad mínima de 15 años.•Pacientes con un PEP, diagnosticados en los últimos 12 meses mediante la SCID I (Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Mentales del Eje I) de cualquiera de los siguientes trastornos mentales según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR²⁰.<ul style="list-style-type: none">-Trastorno psicótico breve.-Trastorno esquizofreniforme.-Esquizofrenia.•Pacientes sin cambios en el tratamiento antipsicótico en los últimos tres meses.
Grupo 2: "Crónicos" <i>Esquizofrenia de años de evolución (Centro de salud mental Pamplona)</i>	<ul style="list-style-type: none">•Pacientes de ambos géneros con una edad mínima de 15 años.•Pacientes diagnosticados de esquizofrenia antes de 2010 mediante la SCID I según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR.•Pacientes sin cambios en el tratamiento antipsicótico en los últimos tres meses.

5.3. Variables a estudio

Los instrumentos utilizados:

1-Versión reducida del cuestionario de esquemas de Young (CEY-VR) Young & Brown
[Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R.]

Es una escala de formato autoadministrada que evalúa una taxonomía de 15 esquemas: Privación emocional, Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Aislamiento Social, Imperfección/Vergüenza, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al Peligro, Apego, Subyugación, Autosacrificio, Inhibición Emocional, Metas Inalcanzables, Grandiosidad, e Insuficiente autocontrol. La versión reducida no valora la Indeseabilidad Social.

Está formada por 75 ítems, con 5 ítems para cada esquema que están ordenados de forma aleatoria para evitar el sesgo de tendencia de respuesta.

Cada pregunta es evaluada por el paciente en términos de intensidad en una escala del 1 (“*totalmente falso*”) al 6 (“*me describe perfectamente*”). Son consideradas puntuaciones significativas aquellas que se encuentran entre 5 y 6 (se les asigna un punto). Cada EDT es medido por 5 preguntas, siendo el máximo puntaje 5. Un esquema es positivo cuando tiene dos o más puntuaciones positivas de EDTs.

2-Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS)

La PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categorial que lo que hace es clasificar el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.

Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas: positiva, negativa, compuesta y psicopatología general.

Esta prueba ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada. El tiempo aproximado de administración es de 30-40 minutos. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad intensa. Para cada ítem el manual de aplicación de la escala proporciona definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación.

La puntuación en las escalas positiva, negativa, y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre -42 y $+42$.

No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. Además de la puntuación dimensional comentada en los puntos anteriores, la PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Para ello, existen dos sistemas más o menos restrictivos:

1. El más restrictivo: para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa. Se considera que el trastorno esquizofrénico es:

- Positivo cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.

- Negativo cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.

- Mixto: cuando en ambas escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3.

2. El menos restrictivo o inclusivo: para establecer el tipo utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta, y más en concreto su valencia, de forma que considera que el trastorno esquizofrénico es:

- Positivo cuando la valencia en la escala compuesta es +.

- Negativo cuando la valencia en la escala compuesta es -.

La escala PANSS está validada en diferentes idiomas; en español por Cuesta y Peralta, 1994.

3-Global Assessment of Functioning (GAF- Funcionalidad)

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), cuyo nombre original es GAF (Global Assesment of Functioning) es una escala de valoración cuyo objetivo es valorar el funcionamiento psicosocial de la persona. Se utiliza para valorar especialmente el eje V del DSM-IV.

La Escala de Evaluación de la Actividad EEAG va de 0 a 100 puntos, de forma que a mayor puntuación, mejor nivel de actividad. Contiene un único ítem, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (reservada para aquellos individuos que no sólo están exentos de psicopatología, sino que muestran rasgos considerados como de salud mental positiva como son funcionamiento superior, elevados intereses, integridad, calidez...) y 1 (manifiesta expectativa de muerte). La puntuación de 0 se reserva para cuando la información no es adecuada.

Las puntuaciones se dividen en diez categorías. Utilizada de forma correcta es consistente para determinar recuperabilidad sintomática y laboral.

Su aplicación debe ser heteroadministrada y el marco temporal valorado el momento actual. No disponemos de versión validada en nuestro medio y recogemos la propuesta por Bobes y cols.

El coeficiente de correlación intraclase, analizado en cinco diferentes estudios, oscila entre 0,61 y 0,91.

En 1992, se propuso el uso de escalas separadas para síntomas (GAF-S) y funcionamiento (GAF-F) (Goldman et al. 1992), división cuya validez se ha establecido (Pedersen an Karterud 2012). La correlación entre las escalas GAF-S y GAF-F es de $r=0.61$.

Una de las críticas es que dicen que algunos de sus criterios operativos incorporan síntomas mezclados con la discapacidad; así que sería mejor la escala de la OMS.

4-Premorbid Adjustment Scale (PAS)

La PAS (Cannon-Spoor et al. 1982) se administra generalmente como entrevista clínica y está diseñada para evaluar el funcionamiento premórbido, es decir, el grado de desarrollo alcanzado en los distintos períodos de la vida del sujeto antes del comienzo de la esquizofrenia.

Evalúa el nivel de funcionamiento en cuatro áreas mayores de cada uno de los distintos periodos de la vida del sujeto: sociabilidad y aislamiento, relación con los compañeros, capacidad para funcionar fuera del núcleo familiar, y capacidad para establecer vínculos sociosexuales. Los ítems que evalúan cada una de esas áreas se repiten para cada período de la vida del sujeto (infancia, adolescencia precoz, adolescencia tardía y edad adulta). Hay además una sección general que contiene ítems para estimar el nivel de funcionamiento más alto alcanzado por el sujeto antes de empezar la enfermedad, así como información general sobre el nivel de educación. La escala por tanto está constituida por cinco subescalas que se puntúan por separado (cuatro períodos y la sección general). Cada ítem se valora dentro de un rango de 0-6 puntos, sumándose para obtener la puntuación correspondiente a cada subescala. De este modo puede obtenerse una puntuación de ajuste premórbido total, así como para cada periodo evolutivo y para las distintas áreas evaluadas: ajuste social, escolar, laboral, socio-sexual y autonomía personal.

Los autores consideran como periodo premórbido aquel que termina seis meses antes de la primera hospitalización psiquiátrica, del primer contacto psiquiátrico o de la evidencia de los síntomas psicóticos floridos característicos. Por tanto, solo se evalúan aquellos períodos que cumplen este criterio. Es recomendable que la información de la escala se obtenga desde los datos aportados por familiares y en las historias clínicas, pero también puede realizarse una entrevista con el sujeto en aquellas situaciones que el paciente puede aportar una información fiable.

Esta escala registra una excelente fiabilidad inter-evaluadores ($r = 0,85$), incluso en ausencia de formación previa de los examinadores ($r = 0,74$). La escala está validada en nuestro medio (Alvarez et al. 1987).

5-Social Readjustment Rating Scale (SRRS)

Propuesta por Holmes y Rahe en 1967 (Holmes and Rahe 1967), la SRRS denominada indistintamente, Escala de Reajuste Social o Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes, consta de 43 situaciones que el sujeto puede haber vivido en el tiempo evaluado, cada una de las cuáles presenta un peso específico distinto, denominados “Unidades de Cambio Vital” o UCV. Postularon cómo la acumulación de eventos positivos o negativos produce riesgo biopsicosocial para enfermedad o presentar síntomas o trastornos viscerales que, obviamente, contribuyen a empeorar la problemática de la persona.

Se acepta que si un individuo tiene más de 150 UCVs en el último año, puede existir algún problema de salud o de la función familiar, si es mayor de 200 UCV/año, se asocia con frecuencia con problemas de tipo psicosocial.

Validada en España por González de Rivera y Morera (González de Rivera and Morera 1983).

5.4-. Procedimiento de recogida

Los pacientes deben ser evaluados en un ambiente tranquilo. Todos los participantes completaran las escalas durante dos sesiones. Todos deben tener un buen lenguaje comprensivo de español con correcta visión. Antes de comenzar el estudio, se explica el procedimiento a todos los participantes y deben firmar el consentimiento informado.

Los sujetos participantes en el estudio completaran todos los instrumentos utilizados en el estudio como parte de la evaluación transversal propuesta, otorgando su aprobación previa para el uso de los resultados con fines de investigación.

Tabla 3. Descripción detallada del procedimiento

	Grupo 1 “PEP”	Grupo 2 “Crónicos”
<u>Fase de selección</u> (septiembre 2015 a febrero 2016, ambos inclusive)	Reclutados en Unidad de Atención a Primeros Episodios Psicóticos (UPEP) del Hospital de San Juan	Reclutados en Centro de Salud Mental de Pamplona
<u>Fase de evaluación:</u> (Valoración psicométrica) ESCALAS: - CEY-VR - PANSS - GAF - PAS - SRRS	PRIMER DÍA	
	1. Consentimiento firmado 2. Completar Hoja de Recogida de Datos	
	SEGUNDO DÍA	
	3. CEY-VR 4. PANSS	
	TERCER DÍA	
	5. GAF 6. PAS 7. SRRS	
<u>Fase de análisis</u>	RESULTADOS ↓ ANÁLISIS ESTADÍSTICO	

5.5. Análisis de los datos

Entrada y Gestión informática de los datos.

Introducción de los resultados de los cuestionarios de cada paciente en soporte informático en una base de datos Excel (Windows 7). Posteriormente el análisis estadístico se realizará en el programa estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

Análisis estadístico.

Inicialmente se depurará la base de datos en busca de errores e inconsistencias en la transcripción de datos para posteriormente analizar los grupos de comparación.

Se resumirán las características demográficas y clínicas de los pacientes globalmente y por subgrupos, presentándolas en un análisis descriptivo. Para las variables categóricas

se realizará prueba Chi-cuadrado, y la prueba de t de Student o U-Mann Whitney para las variables continuas. De igual forma se describirán los cambios en las variables de resultado. Las diferencias grupales en las variables cuantitativas se compararán mediante análisis paramétrico multivariante (técnicas de análisis de la varianza (ANOVA)) mientras que las comparaciones intergrupales con grados de significación independiente se calcularán mediante la corrección de Bonferroni al ANOVA en un análisis post-hoc. Todas las operaciones estadísticas se considerarán estadísticamente significativas con una $p < 0.05$.

6-. PLAN DE TRABAJO

Tabla 4. Los pasos a realizar de forma secuenciada.

Aprobación del proyecto por los Comités en San Juan y Pamplona	Fase de selección de la muestra de pacientes PEP y crónicos	Fase de evaluación I: 5 escalas a medir	Análisis de datos y obtención de resultados	Exponer resultados definitivos y conclusiones
Diciembre 2015	Enero a Junio 2016	Julio a Septiembre 2016	Octubre a Diciembre 2016	Enero a Marzo 2017

El proyecto de investigación comienza por la solicitud de aprobación al Comité de Ética para poder llevar a cabo el proyecto. Durante seis meses (Enero- Junio 2016) se realiza la recogida de pacientes atendidos en los centros incluidos, San Juan y Pamplona, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión determinados por los investigadores. Antes de comenzar con la recogida de la muestra es necesario obtener el Consentimiento informado por escrito de los pacientes. Tras reclutar los sujetos incluidos en el estudio, comenzaremos con la evaluación de todas las variables a estudio. Esta evaluación se realiza en dos días consecutivos, obteniendo los datos hasta Septiembre de 2016, donde todos los pacientes han tenido que ser evaluados de forma completa. Tras este tiempo, se comenzará con el análisis de los datos y obtención de los resultados, con una duración de tres meses. Posteriormente y al haber obtenido los resultados de nuestra investigación, en Enero de 2017 se iniciará el proceso de exposición de resultados definitivos y conclusiones para poder ser difundidos en el

mundo científico, con el objetivo de aportar novedades en el estudio de esta enfermedad con aplicabilidad en el tratamiento clínico.

7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES:

Una de las limitaciones que se deben considerar es la duración del proyecto, que se va a realizar en un momento determinado, haciendo referencia a una situación concreta por lo que los resultados podrían estar condicionados a este momento. Se desarrolla en dos espacios geográficos concretos, no obteniendo información de otros centros que enriquecerían la muestra. El tamaño de la muestra, que se tomará de forma consecutiva, y sin conocer el tamaño final, podría condicionar la posibilidad de generalizar los resultados.

Las variables de recogida, son datos que presentan un nivel de subjetividad ligero, porque se considera como fuente de información la aportada por el paciente y su familia. En el caso de falta de informantes externos, la escala PAS se vería especialmente afectada pudiendo alterar a la fidelidad de los datos.

La disponibilidad de los recursos financieros básicos se considera necesarios, con lo que una falta de estos recursos influiría en el proceso de la investigación.

8. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realiza con estricto cumplimiento de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, reflejados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA, 1964). Los pacientes que participen lo hacen de forma voluntaria, teniendo el conocimiento de que su participación es una decisión libre y que pueden decidir no continuar en cualquier momento del proceso, respetando su derecho a la autonomía; los procedimientos se hacen teniendo en cuenta el principio de dignidad, lo que implica el reconocimiento de la persona y su valor como tal, y el establecimientos de la relación profesional en consecuencia con ello, evitando tomar a los pacientes como un simple objeto de investigación, primando el bienestar de estos durante todo el proceso y respetando todos sus derechos.

El estudio forma parte del proyecto PEP-San Juan aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de San Juan con fecha 05-08-2011 y código 11/308. Se solicita la aprobación del proyecto por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona).

8.1. Método que se utilizará para obtener el consentimiento informado.

El consentimiento informado necesario para que el sujeto sea incluido en el estudio deberá ser firmado antes de rellenar el primer cuestionario. Previo a ello todo paciente recibirá las instrucciones verbalmente y se le entregará para que lea de forma conjunta con uno de los investigadores la hoja de información al paciente. Se le informará de que en caso de que rechace ser incluido en el estudio, no va a repercutir negativamente en su tratamiento habitual. Los documentos firmados de los sujetos participantes serán custodiados por el investigador principal. Todos los datos estarán tratados siguiendo las normas de protección de datos vigentes en la Ley orgánica de Protección de Datos Personales, de 13 de diciembre, LO 15/1999 y según la normativa de Helsinki 2008.

8.2. Aspectos legales del estudio que pueden verse comprometidos en los sujetos o participantes del estudio.

Todos los datos obtenidos en contexto del presente estudio quedarán bajo secreto médico y en ningún caso constituirá un perjuicio para los pacientes, independientemente de sus deseos de participar o no en el estudio propuesto. Todos los pacientes que lo soliciten tendrán conocimiento del resultado de las exploraciones.

8.3. Beneficios potenciales que pueden obtener los participantes.

Si entendemos los esquemas de Young como estructuras estables que no se modifican en la enfermedad, sería interesante para los pacientes analizar los esquemas alterados. Esto en la práctica clínica nos podría facilitar el tratamiento sobre el manejo de afrontamiento de situaciones, el manejo de acontecimientos estresantes y aspectos premórbidos que puedan afectar a la enfermedad, con el objetivo de prevenir recaídas y con ello mejorar el pronóstico de la esquizofrenia.

9. EXPERIENCIA

He realizado diversos estudios con diferentes temáticas pero cuando se trata de realizar investigaciones acerca de enfermedades que producen tanto sufrimiento al paciente y a los familiares como es el caso de la esquizofrenia, siempre es más enriquecedor para la práctica clínica.

La esquizofrenia es una patología conocida por la sociedad pero con errores frecuentes acerca de su tratamiento. Se cree que no hay soluciones eficaces para este tipo de enfermedades denominadas “trastorno mental grave” pero la realidad es que dependiendo de los tratamientos, las enfermedades se pueden convertir en incapacitantes o capaces de llevar una vida lo más normalizada posible. Para conseguir este último objetivo es muy importante que el tratamiento sea multidisciplinar y precoz. Se debe intervenir a nivel farmacológico, psicoterapéutico y ocupacional-laboral. Es importante realizar una búsqueda de factores estresores o desencadenantes de esta enfermedad para poder realizar una mejor intervención. El conocimiento de esquemas premórbidos a la enfermedad, y la disfuncionalidad que estos generan, podría facilitar su trabajo y de esta manera conseguir disminuir el número de recaídas si los esquemas se modifican. En mi opinión, es necesario este tipo de estudios para lograr estos objetivos y principalmente perseverar en la búsqueda y encontrar formas de ayuda para nuestros pacientes.

10. MARCO ESTRATÉGICO

Resulta interesante conocer el papel etiológico de los síntomas para tratar de trabajar sobre ello. Se han realizado muchas investigaciones en diversos trastornos psiquiátricos, olvidando a los trastornos psicóticos. Solo se han realizado dos estudios, pero en ambos se demuestra la relación entre los esquemas maladaptativos y la psicosis. Según Young los esquemas son patrones que se forman en la infancia según el ambiente que el niño tiene. Por ello, si asumimos la formación previa de los esquemas antes del desarrollo de una enfermedad con síntomas psicóticos, la evolución de la enfermedad no debería modificar estos esquemas. Este estudio pretende confirmar los resultados de otras investigaciones y además confirmar la estabilidad de los esquemas. Podría ser interesante para futuros estudios explorar si las fluctuaciones en los esquemas negativos y positivos podrían ser utilizados como un indicador clínico de los primeros signos de recaída y así prevenir nuevos episodios que a largo plazo deterioran al paciente.

En cuanto a las aplicaciones clínicas, el presente estudio pretende indicar que la teoría del esquema puede ser una forma prometedora de conceptualizar el desarrollo de la psicosis. Una mayor comprensión de las vías entre esquemas y psicosis, y el papel del trauma en este proceso, podría contribuir al desarrollo de intervenciones preventivas o terapéuticas para las personas con psicosis, o que están en alto riesgo clínico para la psicosis (Fisher et al, 2012.; Smith et al., 2006). Aunque la terapia de esquemas en su forma original no se ha indicado para las personas con psicosis activa (Young, 2003), los médicos podrían adaptar sus formulaciones y aplicar intervenciones basadas en el esquema de su trabajo. Más investigaciones podrían aportar una nueva visión de tratamiento de la psicosis, y permitir la comparación de la eficacia de la terapia centrada en esquemas con otros tratamientos basados en la evidencia para la psicosis.

Los nuevos conocimientos sobre los EDTs presentes en pacientes con psicosis abrirán la posibilidad de diseñar nuevas estrategias terapéuticas específicas para esta problemática teóricamente bien fundamentadas, las cuales, puedan formar parte de un programa integrado de atención para adolescentes con alto riesgo de psicosis o con patología dual que se aproxime en mayor medida a la atención de sus necesidades específicas.

11. MEDIOS DISPONIBLES

Se trata de un equipo de profesionales multidisciplinar con experiencia en la detección y en la valoración psicométrica de pacientes con esquizofrenia que atiende a una población de 350.000 habitantes en la UPEP (Hospital de San Juan) y de 567.000 habitantes en Pamplona y territorio próximo (USM), con lo cual se estima que a lo largo de los primeros 6 meses alcanzaremos la muestra necesaria para poder analizar los datos.

Contamos con la infraestructura necesaria para realizar las valoraciones y atender cualquier situación que pueda afectar a los pacientes. Además trabajamos con personal cualificado y especializado en la patología psiquiátrica, que presenta importante interés en ayudar a los pacientes de forma multidisciplinar. Se han realizado otros proyectos de investigación en relación a tratamientos, adherencia y planes de cuidados de estos pacientes que presentan con frecuencia dificultades en el ámbito social, laboral y personal. Posteriormente se han incluido protocolos y actuaciones de mejora que se han

llevado a la práctica clínica. Los profesionales tienen alto nivel de motivación para llevar a cabo este proyecto, ya que el objetivo principal es continuar con la búsqueda de alternativas terapéuticas que se añadan a las conocidas actualmente. Se observa una implicación por parte del personal de los centros, que en la medida de lo posible colaboraran en que el proyecto.

12. PRESUPUESTO

GASTOS DE PERSONAL	
1 investigador residente de psiquiatría y un investigador especialista en Psiquiatría. La actividad se incluirá dentro de la práctica médica y sin remuneración económica	0 €
Informático para consulta. Disponible en el departamento de Análisis Estadísticos en el Hospital	0 €
EQUIPAMIENTO CIENTÍFICO Y TÉCNICO	
Ordenador (disponible en hospital)	0 €
Material de oficina	50 €
Cuestionarios (CEY-VR, PANSS, GAF, PAS, SRRS)	195 €
GASTOS RELACIONADOS CON LA DIFUSIÓN	
Publicaciones (impresión, edición)	250 €
Asistencia a congresos	800 €
TOTAL	1295 €

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cohen CI, Palekar N, Barker J, Ramirez PM. The relationship between trauma and clinical outcome variables among older adults with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012 May;20(5):408-415.
- (2) Cannon M, Clarke MC. Risk for schizophrenia--broadening the concepts, pushing back the boundaries. *Schizophr Res* 2005 Nov 1;79(1):5-13.
- (3) Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Jan;109(1):38-45.
- (4) Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005 Nov;112(5):330-350.
- (5) Bendall S, Alvarez-Jimenez M, Hulbert CA, McGorry PD, Jackson HJ. Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012 Jan;46(1):35-39.
- (6) Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 2001 Winter;64(4):319-345.
- (7) Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P, Plaistow J. The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med* 2000 Mar;30(2):337-344.
- (8) Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 2001 Feb;31(2):189-195.
- (9) van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophr Bull* 2008 Nov;34(6):1095-1105.

- (10) Corcoran J, Walsh J. *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. New York: Oxford University Press; 2008.
- (11) Young JE. *Cognitive Therapy for Personality*. Sarasota: Professional Resources Press; 1990.
- (12) Young JE, Gluhoski VL. A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships. In: Sternberg RJ, Hojjat M, editors. *Satisfaction in close relationships*. New York: Guilford; 1997. p. 356-381.
- (13) Young JE, Lindemann MD. An integrative schema-focused model for personality disorders. *J Cogn Psychother* 1992;6:11-24.
- (14) Rodríguez E. LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS DE JEFFREY YOUNG. *Av Psicol* 2009;17(1).
- (15) Young JE, Klosko JS, Weishaar M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications; 2003.
- (16) Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research* 2006;30:515–529.
- (17) Young JE, Klosko JS. *Reinventing your life*. New York: Plume Books; 1994.
- (18) Young JE. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange; 1995.
- (19) Platts H, Mason O, Tyson M. Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychol Psychother* 2005 Dec;78(Pt 4):549-564.
- (20) Simard V, Moss E, Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: a 15-year longitudinal study. *Psychol Psychother* 2011 Dec;84(4):349-366.
- (21) Schmidt NB, Joiner Jr. TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research* 1995;19:295–321.

- (22) Lee CW, Taylor G, Dunn J. Factor structures of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research* 1999;23:421–451.
- (23) Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire—Short Form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 2002;26:519–530.
- (24) Baranoff J, Oei TP, Cho SH, Kwon SM. Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *J Affect Disord* 2006 Jul;93(1-3):133-140.
- (25) Soygut G, Cakir Z. The mediating role of the interpersonal schemas between parenting styles and psychological symptoms: a schema focused view. *Turk Psikiyatri Derg* 2009 Summer;20(2):144-152.
- (26) Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *J Pers Disord* 2004 Oct;18(5):467-478.
- (27) Hawke LD, Provencher MD. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2012 Feb;136(3):803-811.
- (28) Unoka Z, Tolgyes T, Czobor P, Simon L. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *J Nerv Ment Dis* 2010 Jun;198(6):425-431.
- (29) Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, Callahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression. *Encephale* 2011 Sep;37(4):293-298.
- (30) Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goudemand M, et al. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale* 2004 May-Jun;30(3):255-258.
- (31) Bortolon C, Capdevielle D, Boulenger JP, Gely-Nargeot MC, Raffard S. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: a cross-sectional study. *Psychiatry Res* 2013 Oct 30;209(3):361-366.

- (32) Sundag J, Ascone L, de Matos Marques A, Moritz S, Lincoln TM. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology. *Psychiatry Res* 2016 Apr 30;238:53-59.
- (33) Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother* 2003 Mar;76(Pt 1):1-22.
- (34) Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin Psychol Psychother* 2010 Sep-Oct;17(5):374-385.
- (35) Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis* 2013 Dec;201(12):1007-1020.
- (36) Fervaha G, Zakzanis KK, Foussias G, Agid O, Remington G. Distress related to subclinical negative symptoms in a non-clinical sample: Role of dysfunctional attitudes. *Psychiatry Res* 2015 Dec 15;230(2):249-254.
- (37) Lincoln TM, Mehl S, Kesting ML, Rief W. Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychological interventions. *Schizophr Bull* 2011 Sep;37 Suppl 2:S23-32.
- (38) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson; 2002.
- (39) First MB, Spitzer RL, Gibbon Miriam aW, Janet B.W. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; November 2002.
- (40) González de Rivera J, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* 1983(4):7-11.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (CEY-VR)

Young & Brown [Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R.]

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe. Cuando no esté seguro, basa su respuesta en lo que *emocionalmente sienta no en lo que piense que es verdad*. Escoja la puntuación más elevada desde a 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES:

- 1 = Totalmente falso.
- 2 = La mayoría de veces falso.
- 3 = Más verdadero que falso.
- 4 = En ocasiones verdadero.
- 5 = La mayoría de veces verdadero.
- 6 = Me describe perfectamente.

1. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
2. _____ En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
3. _____ Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.
4. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
5. _____ Raramente he tenido a una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.
* Pe
6. _____ Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
7. _____ Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
8. _____ Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.
9. _____ Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.
10. _____ Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que les aparto de mí.
* Ab
11. _____ Presiento que la gente se aprovechará de mí.
12. _____ Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
13. _____ Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.

14. _____ Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
15. _____ Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
*Da
16. _____ No me aceptan en ningún lugar.
17. _____ Soy básicamente diferente de las otras personas.
18. _____ No me siento unido a nadie, soy un solitario.
19. _____ Me siento alejado del resto de personas.
20. _____ Siempre me siento poco integrado en los grupos.
*As
21. _____ Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
22. _____ Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.
23. _____ No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
24. _____ Siento que no soy simpático.
25. _____ En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
*Im
26. _____ Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.
27. _____ Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
28. _____ La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
29. _____ No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
30. _____ No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
*Fr
31. _____ No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
32. _____ Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.
33. _____ No tengo sentido común.
34. _____ No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
35. _____ No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.
*De

36. _____ No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
37. _____ Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
38. _____ Me preocupa que me puedan atacar.
39. _____ Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.
40. _____ Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.
- *Vp
41. _____ No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
42. _____ Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.
43. _____ Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.
44. _____ A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.
45. _____ A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.
- *Ap
46. _____ Pienso que si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.
47. _____ Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
48. _____ En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.
49. _____ Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.
50. _____ Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.
- *Su
51. _____ Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.
52. _____ Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.
53. _____ Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.
54. _____ Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.
55. _____ Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.
- *Au

56. _____ Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).
57. _____ Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.
58. _____ Me es difícil ser cálido y espontáneo.
59. _____ Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones.
60. _____ La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.
*Ie
61. _____ Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.
62. _____ Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".
63. _____ Debo cumplir todas mis responsabilidades.
64. _____ Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.
65. _____ No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.
*Mi
66. _____ Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.
67. _____ Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.
68. _____ Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.
69. _____ Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.
70. _____ Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.
*Gr
71. _____ Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.
72. _____ Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.
73. _____ Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.
74. _____ No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.
75. _____ Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.
*Ia

ANEXO 2

PANSS

Positive and Negative Syndrome Scale

Escala positiva (PANSS-P)		Ausente						Extrema
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	Suspiciosa/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Puntuación Directa PANSS-P								
Percentil PASS-P								
Escala negativa (PANSS-N)		Ausente						Extrema
1	Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2	Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3	Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4	Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5	Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6	Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Puntuación Directa PANSS-N								
Percentil PASS-N								

Escala Compuesta (PANSS-C)		Puntuación Directa	Percentil

Psicopatología General (PANSS-PG)		Ausente						Extrema
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	Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7	Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8	Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9	Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12	Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13	Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14	Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15	Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16	Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Puntuación Directa PANSS-PG								
Percentil PASS-PG								

ANEXO 3

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (GAF)

Consta de un único ítem, el de la actividad del paciente, que se puntúa mediante una escala entre el 100 y el 1.

100 – 91	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 – 81	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 – 71	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 – 61	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 – 51	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 - 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 – 31	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 – 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones 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 - 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 – 1	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.

ANEXO 4

Escala funcionamiento premórbido (PAS)

PremorbidAdjustmentScale

INFANCIA

(Hasta los 11 años)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

- (0) No existe aislamiento, y frecuentemente se procura contactos sociales.
- (1)
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.
- (3)
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a tener fantasías excesivas, puede aceptar Contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (5)
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
- (1)
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
- (3)
- (4) Amistad solo con chicos mayores o menores o solo con familiares, ó bien solo relaciones casuales.
- (5)
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. RENDIMIENTO ESCOLAR

- (0) Estudiante excelente.
- (1)
- (2) Buen estudiante.
- (3)
- (4) Estudiante regular.
- (5)
- (6) Fracaso global.

4. ADAPTACION ESCOLAR

- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay ó son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.
- (1)
- (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no novillos ó son raros. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extra-académicas.
- (3)
- (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, novillos frecuentes, así como problemas de disciplina.
- (5)
- (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia ó vandalismo dirigidos contra ella.

ADOLESCENCIA TEMPRANA

(12 a 15 años)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

- (0) No existe aislamiento, y frecuentemente se procura contactos sociales.
- (1)
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.
- (3)
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a tener fantasías excesivas, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (5)
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
- (1)
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
- (3)
- (4) Amistad solo con chicos mayores o menores o solo con familiares, ó bien solo relaciones casuales.
- (5)
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. RENDIMIENTO ESCOLAR

- (0) Estudiante excelente.
- (1)
- (2) Buen estudiante.
- (3)
- (4) Estudiante regular.
- (5)
- (6) Fracaso global.

4. ADAPTACION ESCOLAR

- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay ó son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.
- (1)
- (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no novillos ó son raros. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extra-académicas.
- (3)
- (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, novillos frecuentes, así como problemas de disciplina.
- (5)
- (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia ó vandalismo dirigidos contra ella.

5. ASPECTOS SSOCIO-SEXUALES DE LA VIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

- (0) Inicio de relaciones, mostrando un "sano interés" por el sexo opuesto. Puede haber establecido relaciones, puede incluir alguna actividad sexual.
- (1) Afecto e interés por los demás, puede ser por individuos del mismo sexo, puede estar integrado en un grupo. Interesado en el sexo opuesto, aunque no haya establecido relaciones afectivas íntimas. Relaciones afectivas con alguien del sexo opuesto, enamoramientos y galanteos.
- (2) Considerable interés por individuos del mismo sexo y escaso ó nulo por los del sexo opuesto.
- (3) Relaciones casuales con individuos del mismo sexo, intentos inadecuados de establecer relación con individuos del sexo opuesto. Contactos casuales con ambos sexos.
- (4) Contactos casuales con individuos del mismo sexo, sin interés por el sexo opuesto.
- (5) Solitario. Excepcionales ó inexistentes contactos con chicos ó chicas.
- (6) Antisocial, evita y es evitado por sus compañeros (difiere del anterior en que hay una evitación activa de los demás y no solo un aislamiento pasivo).

ADOLESCENCIA TARDÍA

(16 a 18 años)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

- (0) No existe aislamiento, y frecuentemente se procura contactos sociales.
- (1)
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.
- (3)
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a tener fantasías excesivas, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (5)
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
- (1)
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
- (3)
- (4) Amistad solo con chicos mayores o menores o solo con familiares, o bien solo relaciones casuales.
- (5)
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. RENDIMIENTO ESCOLAR

- (0) Estudiante excelente.
- (1)
- (2) Buen estudiante.
- (3)
- (4) Estudiante regular.
- (5)
- (6) Fracaso global.

4. ADAPTACION ESCOLAR

- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay ó son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.
- (1)
- (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no novillos o son raros. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extra-académicas.
- (3)
- (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, novillos frecuentes, así como problemas de disciplina.
- (5)
- (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia ó vandalismo dirigidos contra ella.

5. ASPECTOS SOCIALES DE LA VIDA SEXUAL DURANTE LA ADOLESCENCIA E INMEDIATAMENTE DESPUÉS

- (0) Siempre mostró un "sano interés" por el sexo opuesto, ha establecido "relaciones", ha mantenido relaciones sexuales (no necesariamente coitales).
- (1) Regularmente comprometido. Tuvo solo un amigo del sexo opuesto con quien el paciente mantuvo "relaciones" durante largo tiempo. (Incluyendo los aspectos sexuales de la relación, aunque no necesariamente el coito; pero dentro de la pareja, lo que lo distingue del siguiente).
- (2) Estrechamente relacionado con chicos y chicas (incluye ser miembro de un grupo, interés y acercamiento por los demás, sin parejas).
- (3) Interés profundo y consistente en el acercamiento a individuos del mismo sexo, con interés escaso o nulo en el sexo opuesto.
- (4) Acercamientos casuales a individuos del mismo sexo y tentativas inadecuadas de salir con el sexo opuesto. Contactos casuales con chicos y chicas.
- (5) Contactos casuales con individuos del mismo sexo, y pérdida de interés en el sexo opuesto.
- (6) No deseos de estar con chicos y chicas, nunca ha salido con individuos del sexo opuesto.

EDAD ADULTA

(19 años y siguientes)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

- (0) No existe aislamiento. Frecuentemente busca contactos sociales.
- (1)
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.
- (3)
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a fantasear en exceso, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (5)
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACION CON LOS COMPANEROS

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
- (1)
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
- (3)
- (4) Amistad solo con chicos mayores o menores o solo con familiares, ó bien solo relaciones casuales.
- (5)
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. ASPECTOS DE LA VIDA SOCIO-SEXUAL ADULTA

a. Casado actualmente ó con anterioridad.

- (0) Casado (o pareja estable), solo un matrimonio (o se volvió a casar tras enviudar). Relaciones sexuales adecuadas.
- (1) Actualmente casado, con historia de baja motivación sexual, periodos de dificultades en las relaciones sexuales, ó relaciones extraconyugales.
- (1) Casado más de una vez, actualmente vuelto a casar. Adecuadas relaciones sexuales durante al menos un matrimonio.
- (2) Casado, ó divorciado y vuelto a casar. Con vida sexual crónicamente insatisfactoria.
- (2) Casado, y aparentemente permanece separado ó divorciado sin volverse a casar, pero ha mantenido un hogar en alguno de los matrimonios al menos durante tres años.
- (3) Casado, y aparentemente permanece separado ó divorciado sin volverse a casar, pero el divorcio ocurrió hace 3 ó más años y mientras estuvo casado mantuvo el hogar menos de 3 años.

b. No casado y mayor de 30 años.

- (2) Ha estado comprometido una ó más veces ó ha tenido una relación de al menos 2 años, incluyendo relaciones hetero u homosexuales, ó aparentes evidencias de “affair” amoroso con una persona, pero incapaz de conseguir un compromiso a largo plazo tal como un matrimonio.
- (3) Relaciones heterosexuales u homosexuales durante más de 6 meses, pero menos de 2 años. (Si es estable, una relación homosexual más de dos años puntuar como “2”)
- (4) Experiencias de noviazgo breves ó de corto plazo (Hetero u homosexuales) con una ó más parejas, pero sin experiencia sexual de larga duración con una única pareja.
- (5) Las relaciones sexuales y/o sociales son raras y poco frecuentes.
- (6) Interés sexual ó social mínimo por cualquier hombre ó mujer. Aislado.

c. Nunca casado, edad entre 20 y 29 años.

- (0) Ha tenido al menos una relación amorosa de larga duración (mínimo de 6 meses) ó un compromiso, incluso aunque las ideas religiosas u otras prohibiciones ó inhibiciones han impedido la unión sexual. Pueden haber vivido juntos.

- (1) Ha estado activamente comprometido, ha tenido varios novios 0 novias, algunas relaciones han durado unos meses, pero no ha habido relaciones duraderas. Las relaciones pueden haber sido "serias", pero no se han planteado compromisos a largo plazo tales como el matrimonio y si se han planteado han sido una eventualidad.
- (2)
- (3) Breves experiencias de noviazgo ó relaciones con uno ó más compañeros, pero sin experiencias sexuales de larga duración con un único compañero/a.
- (4) Relaciones sexuales ó sociales casuales con personas de cualquier sexo sin vínculos emocionales profundos.
- (5) Relaciones sexuales y/o sociales raras ó poco frecuentes.
- (6) Interés sexual ó social mínimo hacia cualquier hombre ó mujer. Aislado.

GENERAL

1. EDUCACIÓN

- (0) Ha completado estudios superiores y/o universitarios de grado medio ó superior.
- (1) Ha completado el bachillerato y algún otro estudio u oficio (tales como secretariado, programador, etc.).
- (2) Ha completado el bachillerato.
- (3)
- (4) Ha completado la EGB.
- (5)
- (6) No ha completado ningún curso más allá de 5º EGB.

2. DURANTE UN PERIODO DE TRES AÑOS A SEIS MESES ANTES DE LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN Ó COMIENZO DEL PRIMER EPISODIO, EL PACIENTE TUVO UN EMPLEO REMUNERADO Ó CURSÓ ESTUDIOS.

- (0) Todo el tiempo.
- (1)
- (2) La mitad del tiempo
- (3)
- (4) Un breve periodo, sobre el 25% del tiempo.
- (5)
- (6) Nunca.

3. DENTRO DEL PERIODO DE UN AÑO A SEIS MESES ANTES DE LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN Ó PRIMER EPISODIO LOS CAMBIOS EN SU RENDIMIENTO LABORAL O ESCOLAR OCURRIERON

- (0) Bruscamente.
- (1)
- (2) A lo largo de tres meses.
- (3)
- (4) A lo largo de seis meses.
- (5)
- (6) Imperceptiblemente, dificultad o imposibilidad para determinar el comienzo del deterioro.

4. DURANTE UN PERIODO DE 3 AÑOS A 6 MESES ANTES DE LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN Ó PRIMER EPISODIO, CAMBIÓ CON FRECUENCIA DE TRABAJO (SI ESTABA TRABAJANDO) Ó INTERRUPIÓ SU ASISTENCIA A LA ESCUELA

- (0) Mantuvo el mismo trabajo, o continuó en la escuela.
- (1)
- (2) En 2 ó 3 ocasiones cambié de trabajo o interrumpió el colegio.
- (3)
- (4) Mantuvo el mismo trabajo más de 8 meses pero menos de 1 año o permaneció continuamente en la escuela durante el mismo periodo.
- (5)
- (6) Menos de 2 semanas en un trabajo o en la escuela.

5. INDEPENDIZACIÓN

- (0) Establece su residencia fuera del hogar familiar con éxito, independencia económica de los padres.
- (2) Ha realizado intentos de vivir independientemente sin éxito, vive en el hogar paterno, pero les paga su manutención, por lo demás es independiente económicamente.
- (4) Vive en el hogar paterno, es mantenido por sus padres aunque es independiente para sus gastos (entretenimiento, ropa, etc.).
- (6) No hace intentos de dejar el hogar o de ser económicamente independiente.

6. VALORACION GLOBAL DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO MÁXIMO ALCANZADO EN LA VIDA DEL PACIENTE.

- (0) Enteramente capaz de funcionar sin problemas y disfrutar de: 1) el colegio o el trabajo; 2) amigos; 3) relaciones sexuales íntimas; 4) religión, hobbies, etc. Disfruta de la vida y resuelve las situaciones con éxito.
- (2) Capaz de funcionar bien y disfrutar de varias esferas de la vida, pero fracasa en al menos una.
- (4) Mínimo éxito y placer en tres áreas de la vida.
- (6) Incapaz de desenvolverse o disfrutar en cualquier aspecto de la vida.

7. ADAPTACIÓN SOCIO-PERSONAL

- (0) Líder o cabecilla de grupos, clubs, organizaciones o competiciones deportivas en el Instituto, Escuelas Profesionales, la Universidad, o en el comienzo de la vida adulta. Mantiene relaciones estrechas de amistad.
- (1) Participa de forma activa e interesada pero sin ser líder en grupos de amigos, clubs, organizaciones o competiciones deportivas. Mantiene también relaciones estrechas de amistad.
- (2) Es miembro nominal pero no está implicado ni comprometido en grupos de amigos, clubs, organizaciones, etc. Tiene relaciones estrechas con pocos amigos.
- (3) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana ha tenido pocos y ocasionales amigos.
- (4) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana no ha tenido amigos de verdad, solo relaciones superficiales.
- (5) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana ha sido reservado, solitario, ha preferido estar solo, ha realizado mínimos esfuerzos para relacionarse con otras personas.
- (6) No desea estar con compañeros ni con la gente. Asocial o antisocial.

8. GRADO DE INTERES POR LA VIDA

- (0) Entusiasta, ambicioso en cualquiera de lo siguiente: hogar, familia, amigos, trabajo, deportes, artes, animales domésticos, plantas, actividades, sociales, música y teatro.
- (2) Grado moderado de interés en varias actividades incluyendo reuniones sociales, deportes, música y sexo opuesto.
- (4) Interés discreto en unas pocas cosas tales como trabajo, familia; reuniones sociales restringidas. El interés apenas se mantiene.
- (6) Aislado e indiferente frente a los intereses vitales de la mayoría de la gente. Sin intereses profundos en nada.

9. NIVEL DE ACTIVIDAD (“ENERGÍA”)

- (0) Muy motivado, entusiasta, activo, interés vivo por la vida. Le gusta la vida y tiene energías suficientes para disfrutarla. Extrovertido y adecuado en las reuniones.
- (2) Motivación moderadamente adecuada; energía e interés como se ha descrito arriba.
- (4) Nivel de energía moderadamente inadecuado. Tendencia a la sumisión y a las reacciones pasivas. Mostraba capacidad potencial para afrontar los problemas de la vida, pero prefería evitarlo antes que esforzarse.
- (6) Sumiso, incapaz, reacciones pasivas. No sabe solucionar los problemas de su vida, no participa activamente, pero acepta pasivamente su suerte sin tener energías para ayudarse a si mismo.

ANEXO 5

Escala de Reajuste Social (SRRS)

Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976
Acontecimientos vitales que se han sucedido en los 12 últimos meses

1. Muerte del cónyuge:	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
2. Divorcio:	73	24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
3. Separación matrimonial:	65	25. Problemas legales:	29
4. Encarcelación:	63	26. Logro personal notable:	28
5. Muerte de un familiar cercano:	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
6. Lesión o enfermedad personal:	53	28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
7. Matrimonio:	50	29. Cambio en las condiciones de vida:	25
8. Despido del trabajo:	47	30. Revisión de hábitos personales:	24
9. Desempleo:	47	31. Problemas con el jefe:	23
10. Reconciliación matrimonial:	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
11. Jubilación:	45	33. Cambio de residencia:	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44	34. Cambio de colegio:	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44	35. Cambio de actividades de ocio:	19
14. Embarazo:	40	36. Cambio de actividad religiosa:	19
15. Dificultades o problemas sexuales:	39	37. Cambio de actividades sociales:	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39	38. Cambio de hábito de dormir:	17
17. Reajuste de negocio:	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
18. Cambio de situación económica:	38	40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
19. Muerte de un amigo íntimo:	37	41. Vacaciones:	13
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36	42. Navidades:	12
21. Mala relación con el cónyuge:	35	43. Leves transgresiones de la ley:	11
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30		
No AVE=		Puntuación=	

ANEXO 6
Hoja de Recogida de Datos

Médico Iniciales del paciente
 Fecha HCI Teléfono

FICHA RECOGIDA INFORMACIÓN			
-Sexo	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	
-Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	-Edad	<input type="text"/>
-ESTADO CIVIL	Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	Casado/pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
-NIVEL DE ESTUDIOS			
Universidad <input type="checkbox"/>	ESO/FP <input type="checkbox"/>		
Bachiller <input type="checkbox"/>	no ESO <input type="checkbox"/>		
-NIVEL SOCIOECONÓMICO			
Bajo <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>	
-DIAGNÓSTICO F20			
F20.0 paranoide <input type="checkbox"/>	F20.2 catatónica <input type="checkbox"/>	F20.5 residual <input type="checkbox"/>	
F20.1 hebefrénica <input type="checkbox"/>	F20.3 indiferenciada <input type="checkbox"/>	F20.6 simple <input type="checkbox"/>	
Otros (especificar).....			
-TRATAMIENTO neuroléptico			
		DOSIS.....	
<input type="checkbox"/> Típicos especificar:_____			
<input type="checkbox"/> Risperidona oral	<input type="checkbox"/> Risperidona consta		
<input type="checkbox"/> Olanzapina	<input type="checkbox"/> Ziprasidona		
<input type="checkbox"/> Amisulpride	<input type="checkbox"/> Quetiapina		
<input type="checkbox"/> Aripiprazol oral	<input type="checkbox"/> Aripiprazol depot		
<input type="checkbox"/> Paliperidona oral	<input type="checkbox"/> Paliperidona depot		
<input type="checkbox"/> Clozapina	<input type="checkbox"/> Otros:_____		
-ESCALAS resultado			
- CEY-VR <input type="text"/>	- GAF <input type="text"/>		
- PANSS <input type="text"/>	- PAS <input type="text"/>		
	- SRRS <input type="text"/>		

