

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

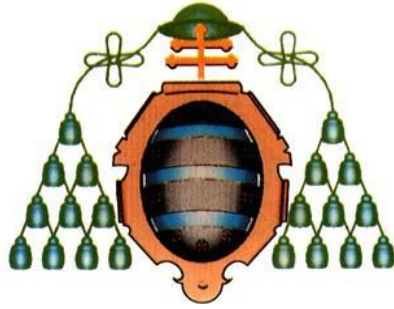
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES COMO PARTE DEL PROCESO DE
RECUPERACION DE LA PSICOSIS”**

Noelia Montaserín Lougedo

Curso 2014-2015

Trabajo Fin De Master



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES COMO PARTE DEL PROCESO DE
RECUPERACION DE LA PSICOSIS”**

Trabajo Fin De Master

Noelia Montesión Lougedo

Autora

M^a Mercedes Paino Piñeiro

Tutora

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría recordar y agradecer a las personas que han hecho de alguna manera que este trabajo haya sido posible, ya sea por su ayuda, colaboración y/o apoyo en momentos difíciles que se han dado durante su realización por todo ello gracias:

- A Mercedes Paino mi tutora ya que sin ella esto no hubiese sido posible. Su orientación, seguimiento y supervisión han hecho que este trabajo tuviera sentido.
- A Alberto Lana, profesor de la Universidad de Oviedo que me ha ayudado y orientado en el desarrollo de este trabajo. Sus consejos han sido de suma importancia para mí y la realización de este trabajo.
- A M^a Pilar Mosteiro coordinadora del Máster de Urgencias y Cuidados Críticos, por contestar a todas mis dudas y resolverlas.
- A mi familia por su apoyo, gracias por animarme en los momentos en lo que todo lo veía negro.
- A mi pareja porque aunque no han sido buenos momentos ha estado ahí apoyándome y animándome cuando lo necesitaba.

ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1.-INTRODUCCIÓN.....	9
1.1.- PSICOSIS QUÉ Y CÓMO AFECTA.....	9
1.2.- PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LA PSICOSIS.....	10
1.2.1.- Evaluación del proceso de recuperación de la psicosis.....	10
1.3.- RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES EN PACIENTES PSICÓTICOS.....	11
1.3.1.- Evaluación del reconocimiento de emociones en la psicosis.....	12
2.- OBJETIVOS.....	13
3.- HIPÓTESIS.....	14
4.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
4.1.- Diseño del estudio.....	15
4.2.- Tiempo y lugar del estudio.....	15
4.3.- Población a estudio.....	15
4.4.- Tamaño de la muestra.....	15
4.5.- Instrumentos.....	16
4.6.- Variables a medir.....	20
4.7.- Procedimiento.....	25
4.8.- Análisis de datos.....	27
5.- CRONOGRAMA.....	27
6.- PRESUPUESTO.....	29
7.- SESGOS Y LIMITACIONES.....	29
8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
9.- COMENTARIOS.....	31
10.- BIBLIOGRAFIA.....	33

ANEXOS

Anexo I: Cuestionario de Evaluación de los Estados de Recuperación (STORI)

Anexo II: Cuestionario de Estilos de Recuperación (RSQ)

Anexo III: Test de Reconocimientos de Emociones (ERT)

Anexo IV: Hoja de información al paciente

Anexo V: Consentimiento informado

Anexo VI: Permiso Comité de Ética

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- APA: *American Psychiatric Association*.
- AVAR: *Analisis of Variance*.
- BUP: Bachillerato Unificado Polivalente.
- DUP: Duración de la Psicosis No Tratada.
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- CSM: Centro de Salud Mental.
- EGB: Educación General Básica.
- ERT: *Emotion Recognition Task*.
- ESO: Educación Secundaria Obligatoria.
- MATRICS: Investigación en la Medición y Tratamiento para Mejorar la Cognición.
en Esquizofrenia.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PEP: Primer Episodio Psicótico.
- RSQ: *Recovery Styles Questionnaire*.
- SNC: Sistema Nervioso Central.
- STORI: *Stages of Recovery Instrument*.
- UHR: *Ultra High Risk, personas en alto riesgo*.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- PSICOSIS QUÉ ES Y CÓMO AFECTA

La *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*^{1,2} define, en su décima versión, el término psicótico como un “*cuadro clínico caracterizado por la presencia de alucinaciones, delirios o un número limitado de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz marcada y comportamiento catatónico*”. A su vez, la *American Psychiatric Association (APA)*³ señala la esquizofrenia como el trastorno psicótico más significativo, caracterizada por una mezcla de signos y síntomas^{4,5} positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y el comportamiento catatónico) y negativos (disminución o pérdida de las funciones normales como: aplanamiento afectivo, alogia y abulia).

Las enfermedades mentales son consideradas como problemas de salud pública de primer orden debido a su gran impacto sobre la morbi-mortalidad, la calidad de vida de los pacientes y familiares y el uso de recursos del sistema sanitario.^{6,7}

Entre los trastornos psicóticos la esquizofrenia⁸ tiene el peor pronóstico pues produce deterioro en casi todas las funciones psicológicas y dificulta la adaptación social, académica y laboral, además suponen la causa más frecuente de carga por enfermedad, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Según *La Organización Mundial de la Salud (OMS)*⁹ cerca de 21 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia.

En España¹⁰, se estima que un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida, existiendo en la actualidad 400.000 personas diagnosticadas y muchas otras por diagnosticar.

1.2.- PROCESO DE RECUPERACION DE LA PSICOSIS

Las ideas de recuperación en el campo de la salud mental^{11,12,13} han sido redefinidas en estas últimas décadas, gracias a la investigación. Las definiciones científicas, más antiguas, consideran la recuperación como un resultado, enfatizando las manifestaciones de la enfermedad: síntomas y discapacidad funcional. Sin embargo, el trabajo con los usuarios ha permitido dar un nuevo significado a la recuperación entendiéndola como un proceso no lineal de adaptación a la enfermedad en el que el individuo lucha para superar el hecho de la misma y su impacto, recuperando el sentido de uno mismo y la confianza en un futuro de auténticas posibilidades.

1.2.1.- Evaluación del proceso de recuperación de la psicosis

El estudio de los pacientes recuperados permite conocer los valores inherentes al tratamiento durante el proceso de recuperación. Según esto *Andresen et al*^{14,15,16} describieron una serie de características o procesos que experimentan los usuarios durante la recuperación, como son: la búsqueda y mantenimiento de la esperanza, autorresponsabilidad de la vida y bienestar, redefinición de sí mismos e identidad, búsqueda de significado y propósito en la vida.

Además dichos autores clasifican las fases del proceso de recuperación en función de las características que presenten los usuarios en: 1) Fase Moratoria, estadio inicial de desmoronamiento, sentimiento de desesperanza e incapacidad para afrontar los cambios vitales asociados al inicio del trastorno; 2) Fase de Concienciación acerca de la enfermedad y de que aun es posible una vida satisfactoria. La persona comienza a implicarse paulatinamente en su proceso de recuperación; 3) Fase de Preparación donde se observan las debilidades y fortalezas de la persona reforzando estas últimas para

fomentar las habilidades en recuperación; 4) Fase de Reconstrucción donde uno mismo toma el control sobre su vida. Restablecimiento de roles y 5) Fase de Crecimiento; orientada a conseguir el crecimiento personal más allá del impacto de la enfermedad, las vivencias se incorporan plenamente y cobran un significado en el proyecto vital.

*The Stages of Recovery Instrument (STORI)*¹⁷ o Cuestionario de Estados de Recuperación y *The Recovery Styles Questionnaire (RSQ)* o Cuestionario de Estilos de Recuperación son herramientas de evaluación de la recuperación que han sido validadas y contrastadas en numerosos estudios de esta índole. Ambos instrumentos han demostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas y validadas.

1.3.- RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES EN PACIENTES PSICÓTICOS

Varios estudios^{18,19,20} ponen de manifiesto la problemática del reconocimiento de emociones en los pacientes con esquizofrenia, evidenciando la mayor dificultad de los pacientes para reconocer las emociones negativas, como ira o miedo e interpretarían de forma errónea las expresiones neutrales.

Numerosos estudios^{20,21,22} señalan la presencia de déficits en el reconocimiento de emociones no sólo en el primer episodio de esquizofrenia sino también en grupos de riesgo alto (UHR)²³ en la fase prodrómica e incluso en familiares de primer orden. La investigación de la cognición social en individuos de alto riesgo (UHR) pueden representar un punto de entrada único para la exploración de los factores que contribuyen al pobre funcionamiento psicosocial observado durante el período prodrómico y para la identificación de los déficits cognitivos sociales específicos que aumentan el riesgo para posterior conversión a la psicosis.

1.3.1.- Evaluación del reconocimiento de emociones en la psicosis

En la esquizofrenia^{19,21} el reconocimiento de las emociones es un aspecto muy importante a tener en cuenta debido a su gran implicación a nivel pronóstico y rehabilitador, es fundamental para conseguir un buen establecimiento de las relaciones sociales y una comunicación interpersonal efectiva. Sin embargo, durante el ejercicio de la práctica clínica los déficits cognitivos sociales no son evaluados de manera rutinaria, lo que dificulta la detección precoz y prevención de los brotes psicóticos.

El Test de Reconocimiento de Emociones, *Emotion Recognition Task (ERT)*²⁴, desarrollado por la Universidad de Bristol en EE.UU, ha demostrado poseer características psicométricas adecuadas para evaluar la capacidad en el reconocimiento de emociones en pacientes psicóticos.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General:

- Establecer la relación existente entre los déficits en el reconocimiento de emociones y las fases de recuperación de la psicosis en un grupo de pacientes psicóticos.

2.2.- Objetivos Específicos:

- Determinar la fase de recuperación psicológica en la que se encuentran los pacientes psicóticos.
- Conocer los diferentes estilos de recuperación de la psicosis en la muestra a estudio.
- Describir los principales déficits en el reconocimiento de emociones en los pacientes psicóticos.
- Analizar si existen diferencias entre las fases de recuperación psicológica I, II y V en el reconocimiento de emociones y sus estilos de recuperación.

3.- HIPÓTESIS

3.1.- Hipótesis objetivo principal:

3.1.1- Hipótesis alternativa (Ha):

- La gravedad de los déficits cognitivos en cuanto al reconocimiento de emociones guardará relación con la fase de recuperación psicológica del paciente. De esta manera mostrarán más déficits en el reconocimiento de emociones los pacientes que se encuentren en fases menos evolucionadas del proceso de recuperación.

3.1.2.- Hipótesis nula (Ho):

- La gravedad de los déficits cognitivos en cuanto al reconocimiento de emociones no guardará relación con la fase de recuperación psicológica del paciente.

3.2.- Hipótesis objetivos específicos:

- Se espera encontrar más personas en fases avanzadas del proceso de recuperación.
- Cabe esperar encontrar que la mayoría de los pacientes psicóticos se encuentren en estilos de recuperación intermedios.
- Se espera observar déficits en el reconocimiento de emociones en las expresiones faciales neutrales.
- Se esperan encontrar diferencias en cuanto al reconocimiento de emociones entre la Fase I y la Fase V del proceso de recuperación.

4.- METODOLOGÍA

4.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un trabajo descriptivo transversal.

4.2.- TIEMPO Y LUGAR DEL ESTUDIO

El periodo de realización comprenderá desde el día 1 de enero al 31 de diciembre del año 2016 y se realizará en el Centro de Salud Mental (CSM) La Calzada II que pertenece al área sanitaria V del servicio de salud del Principado de Asturias.

4.3.- POBLACIÓN A ESTUDIO

Se incluirán en la muestra a estudio a todos los sujetos que han experimentado uno o varios episodios psicóticos y que se encuentren en seguimiento en el CSM La Calzada II durante el periodo de realización del estudio.

- Criterios de inclusión: todos aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 16 y 50 años de edad que se encuentren en las primeras fases del proceso de recuperación, fase moratoria y fase de concienciación o en la última fase, fase de crecimiento.
- Criterios de exclusión: pacientes que se encuentren por encima o debajo de la edad establecida como criterio de inclusión y todas aquellas personas cuya gravedad en el proceso psicótico les impidan realizar correctamente las pruebas de las que consta el estudio y/o se nieguen a participar del mismo.

4.4.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

A partir de datos previos se estima una variabilidad del 5%(P=0,05). Realizamos el cálculo con una estimación del $\pm 3\%$ ($i=0,03$) y un nivel de confianza del 95% ($1-\alpha= 0,95$; $\alpha= 0,05$; $Z_{\alpha}= 1,96$) con lo que obtenemos un total de 202 sujetos a incluir como muestra del estudio (N: número de muestra a seleccionar).

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 P (1-P)}{i^2}$$

Al partir de una población finita dada en estudios anteriores con N=70, se aplica la fórmula de corrección para esta población y finalmente se obtienen un total de **52** participantes a incluir en el estudio.

$$n_a = n / [1 + (n/N)]$$

4.5.- INSTRUMENTOS

El estudio se basará en datos obtenidos de dos fuentes de información, por un lado se extraerán los datos referentes a la edad y episodios de brotes psicóticos de la historia clínica digital a través del sistema informático OMI del que disponen todos los CSM de la red de atención primaria del área V. Por otro lado, se pasarán tres cuestionarios a las personas incluidas en el estudio que nos permitirán conocer la fase de

recuperación en la que se encuentran los pacientes y los déficits en el reconocimiento de emociones que presentan en cada fase, teniendo en cuenta la influencia que pueden tener otras variables sobre el proceso de recuperación.

4.5.1.- Cuestionario de Evaluación de los Estados de Recuperación (*Stages of Recovery Instrument, STORI*).

The Stages of Recovery Instrument (STORI) fue desarrollado en 2003 por *Andresen, Caputi y Oades*^{14,15} a partir de las percepciones de los pacientes de salud mental que veían como su recuperación se media en base a los síntomas y el número de hospitalizaciones. Estos autores idearon el cuestionario teniendo en cuenta lo que significaba para los usuarios la recuperación y que componentes jugaban un papel crucial en ella, así de esa manera pudieron establecer los procesos de la recuperación (encontrar significado en la vida, mantener la esperanza, establecimiento de una identidad positiva y asumir la responsabilidad sobre su propia vida) y sus fases (moratoria: etapa de retiro y desesperanza, concienciación: comprensión de que la recuperación es posible, preparación: con la búsqueda de recursos y ayuda externa, reconstrucción: con la adopción de medidas positivas dirigidas a metas significativas y crecimiento: autogestión de la enfermedad y sentimiento positivo de uno mismo que permite vivir una vida plena).

EL *STORI* está compuesto por 50 ítems presentados en 10 grupos de 5 preguntas cada uno. Los grupos representan cada uno de los cuatro componentes del proceso de recuperación y a su vez cada ítem dentro de los grupos representa el estadio o fase de recuperación en la que se encuentra el paciente. (Anexo I)

4.5.2.- Cuestionario de Estilos de Recuperación (*The Recovery Styles Questionnaire, RSQ*)

El RSQ fue desarrollado por *Drayton, Birchwood y Trower* en 1998^{25,26,27} a partir de los estudios previos de *McGlashan*, idearon este cuestionario para medir los diversos estilos de adaptación y recuperación de la psicosis que clasificaron como: aislamiento, tendencia al aislamiento, mixto con predominio del aislamiento, mixto con predominio de la integración y tendencia a la integración. El cuestionario está compuesto por 13 subescalas de 3 preguntas cada una, ideadas para reflejar:

- Curiosidad, investiga si la persona siente curiosidad sobre las experiencias psicóticas e intenta comprenderlas.
- Educación, pretende conocer si el individuo entiende la psicosis como una fuente de nueva información sobre sí mismo/a.
- Optimismo, para identificar si los sujetos son capaces de ver aspectos positivos de tener o haber tenido episodios psicóticos.
- Impacto, para evaluar si la reacción de la persona a la experiencia psicótica ha tenido o tiene un fuerte impacto en su vida.
- Miedo, evalúa la actitud personal del sujeto sobre la enfermedad mental.
- Placer, investiga si la persona disfruta de alguno de los sentimientos o ideas que experimenta durante los episodios psicóticos.
- Continuidad, para analizar la conciencia de continuidad entre pensamientos y emociones durante el episodio psicótico y si experimenta conflictos emocionales antes o después del mismo.

- Propiedad, investiga si la psicosis es experimentada por la persona como algo propio o ajeno.
- Responsabilidad, para identificar los sentimientos de responsabilidad de los actos y pensamientos psicóticos.
- Búsqueda de ayuda, para evaluar si la persona pide ayuda a otras personas para afrontar y dominar los conflictos que le genera la psicosis.
- Vergüenza, permite conocer si la persona se avergüenza de su enfermedad y de los problemas que le genera en su vida cotidiana.
- Causa, para evaluar si la persona se percibe habiendo tenido una crisis nerviosa.
- Satisfacción, evalúa la opinión de la persona sobre si la psicosis ayuda a obtener una vida más satisfactoria.

Las puntuaciones de la escala permiten clasificar los distintos estilos de recuperación que presentan los sujetos. Las puntuaciones más altas significan tendencia a la integración, mientras que las más bajas indican tendencia al aislamiento. (Anexo II)

4.5.3.- Tarea de Reconocimiento de Emociones (*Emotion Recognition Task, ERT*)

El *ERT* fue desarrollado en la Universidad de Bristol por el profesor *Munafò* y el Dr. *Penton-Voak*²⁸, se trata de un test simulado por ordenador para medir la capacidad y habilidad de los sujetos para identificar las emociones según las expresiones faciales que se le presenten. La prueba consiste en dos bloques de 90 fotografías cada uno, en las que se presenta al mismo individuo real mostrando seis emociones básicas como son: alegría, tristeza, sorpresa, miedo, asco e ira. Para cada emoción hay 15 fotografías, ordenadas de

manera creciente comenzando con una cara neutral que cambia a una expresión facial de diferentes intensidades, haciendo que los niveles más altos en intensidad son más fácilmente reconocibles. Estas fotografías se exponen durante un tiempo de 0,20 segundos seguido de un tiempo de descanso. Finalmente tras cada estímulo aparecen en la pantalla seis botones de los cuales el usuario debe seleccionar uno, según crea que se aproxime más a la emoción mostrada en la cara. Un ejemplo de estímulo es el que se expone en la siguiente fotografía.

4.6.- VARIABLES A MEDIR

- Brote psicótico: Variable cualitativa. Es la ruptura con la realidad de manera temporal y que suele manifestarse con síntomas positivos y/o negativos. Medido con una escala nominal dicotómica: SI/NO presencia de brote psicótico pasado.
- Edad: Variable cuantitativa discreta. Años completos de los pacientes desde su nacimiento hasta el año a estudio. Medido con una escala de razón desde los 16 años a los 50 años de edad.
- Fase moratoria: Variable cualitativa. Periodo de retraimiento caracterizado por una profunda sensación de pérdida y falta de esperanza. Medido con escala nominal ordinal mediante el cuestionario *The Stages of Recovery Instrument (STORI)*.
- Fase de conciencia: Variable cualitativa. Toma de conciencia de la enfermedad, Periodo de inflexión que permite comprender que una vida plena es posible. Medido con escala nominal ordinal mediante el cuestionario *The Stages of Recovery Instrument (STORI)*.

- Fase de crecimiento: Variable cualitativa. Fase de recuperación total caracterizada por capacidad para vivir una vida con sentido, caracterizada por la autogestión de la enfermedad, la fuerza moral y un sentido positivo de uno mismo y del futuro. Medido con escala nominal ordinal mediante el cuestionario *The Stages of Recovery Instrument (STORI)*.
- Reconocimiento de emociones: Variable cuantitativa continua. Habilidad para identificar las emociones expresadas en los rostros de las personas. Medidas expresadas en puntuación total de latencia de respuestas, mediana de latencia de respuestas, porcentajes de respuestas acertadas y errores obtenidos a través del *Test Emotion Recognition Task (ERT)*.
- Estudios superados: Variable cualitativa ordinal. Formación académica realizada y superada en la fecha de realización del estudio. Medida con escala ordinal a través del cuestionario *The Recovery Styles Questionnaire (RSQ)*: 1) EGB, 2) ESO-FP1, 3) BUP-FP2 y 4) Estudios universitarios.
- Conducta violenta: Variable cualitativa. Conducta dirigida deliberadamente a infringir daño físico a personas o propiedades. Medida con escala nominal policotómica mediante el RSQ: 1) No, 2) Hacia sí mismo/a, 3) Hacia los demás y 4) Hacia sí mismo/a y hacia los demás.
- Actitud familiar hacia su enfermedad: Variable Cualitativa. Nivel de participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. Medido con escala ordinal policotómica a través del RSQ: 1) Apoyo, 2) Sobreimplicación de la familia, 3) Rechazo y/o crítica y 4) Indiferencia.

- Consumo de drogas: Variable cualitativa ordinal. Uso de sustancias nocivas ilegales. Medida con escala ordinal policotómica mediante el RSQ: 1) No, 2) Esporádicamente, 3) Frecuentemente y 4) Dependencia.
- Tipos de drogas más consumidas: Variable cualitativa ordinal. Tipos de sustancias nocivas e ilegales consumidas con más frecuencia en función de los efectos que producen sobre el organismo. Medida con escala ordinal policotómica a través del RSQ: 1) Ninguna, 2) Drogas depresoras o inhibidoras del Sistema Nervioso Central (SNC) (alcohol, hipnóticos, sedantes, opiáceos), 3) Drogas estimulantes o excitantes del SNC (cocaína, anfetaminas y derivados y drogas de síntesis) y 4) Drogas psicodélicas, psicomiméticas o psicodislépticas (LSD, PCP, mescalina, peyote, cannabinoides).
- Enfermedades físicas: Variable cualitativa. Presencia de enfermedades físicas diagnosticadas. Medidas con escala nominal dicotómica con RSQ: 1) Sí, 2) No.
- Antecedentes personales psiquiátricos: Variable cualitativa. Existencia previa de otras afectaciones psiquiátricas. Medida mediante escala nominal dicotómica con RSQ: 1) Sí, 2) No.
- Antecedentes de psicosis en familiares de primer grado: Variable cualitativa. Presencia de episodios de psicosis en familiares de primer grado y hermanos/as. Medida con escala nominal dicotómica a través del RSQ: 1) Sí, 2) No.
- Ideas de suicidio: Variable cualitativa. Pensamientos autolíticos. Medidas con escala nominal dicotómica a través del RSQ: 1) Sí, 2) No.

- Intentos de suicidio: Variable cualitativa. Toda tentativa de acción auto-infligida con el propósito de causarse daño potencialmente letal. Medidos con escala nominal dicotómica a través del *RSQ*: 1) Sí, 2) No.
- Problemas legales: Variable cualitativa. Cuestiones pendientes con el estado u otros órganos de justicia. Medidos con escala nominal dicotómica con el *RSQ*: 1) Sí, 2) No.
- Trabaja actualmente: Variable cualitativa. Desarrollo de alguna actividad por la que percibiese remuneración. Medida con escala nominal dicotómica a través del *RSQ*: 1) Sí, 2) No.
- Trabajó alguna vez: Variable cualitativa. Historia previa de desarrollo de actividades remuneradas en una o varias empresas u organismos oficiales. Medidas con escala nominal dicotómica a través del *RSQ*: 1) Sí, 2) No.
- Interrupción de estudios o trabajo después del primer episodio psicótico (PEP): Variable cualitativa. Cese de la formación académica o desarrollo de actividades remuneradas tras el PEP. Medida con escala nominal dicotómica mediante el *RSQ*: 1) Sí, 2) No.
- Pérdida de apoyo social tras PEP. Variable cualitativa. Ausencia de recursos humanos y/o materiales tras el PEP. Medidos con escala nominal dicotómica a través del *RSQ*: 1) Sí, 2) No.
- Apoyo social actual: Variable cualitativa. Presencia de recursos humanos y/o materiales en la actualidad. Medidos con escala nominal dicotómica a través del *RSQ*: 1) Sí, 2) No.

- Vida estable: Variable cualitativa. Mantenimiento de unos hábitos de vida constantes y firmes. Medida con escala nominal dicotómica a través del *RSQ*: 1) Sí, 2) No.
- *Duration of Untreat Psychosis (DUP)*: Variable cuantitativa discreta. tiempo que transcurre entre el inicio de la psicosis y el inicio del tratamiento. Medido con escala de razón en días desde 0 en adelante.
- Número de hospitalizaciones por psicosis: Variable cuantitativa discreta. Cantidad de ocasiones en los que ha estado hospitalizado a causa de la psicosis. Medidos con escala de razón de 0 en adelante.
- Diagnóstico principal: Variable cualitativa nominal. Enfermedad original que padece.
- Trastornos comórbidos: Variable cualitativa nominal. Presencia de una o más enfermedades además de la enfermedad original.
- Número total de brotes psicóticos. Variable cuantitativa discreta. Cantidad de brotes psicóticos padecidos. Medida con escala de razón de 0 en adelante.
- Edad al primer brote psicótico: Variable cuantitativa discreta. Edad, en años, en la que se produjo el primer brote psicótico. Medida con escala de razón de 0 a 50 años.
- Tratamiento recibido: Variable cualitativa. Tipo de tratamiento que le ha dado su médico. Medido con escala nominal policotómica a través del *RSQ*: 1) Farmacológico, 2) Psicológico y 3) Combinado.

- Dosis farmacológica antipsicótica al día: Variable cuantitativa continua. Cantidad de fármaco antipsicótico que toma al día. Medido con escala de razón de 0 en adelante y expresado en miligramos.
- Adherencia al tratamiento farmacológico: Variable cualitativa. Nivel de cumplimiento con el régimen terapéutico prescrito. Medido con escala nominal policotómica: 1) Si, 2) No y 3) Parcialmente.
- Implicación personal en el tratamiento: Variable cualitativa. Participación de la persona en su propio proceso de enfermedad. Medido con escala nominal policotómica: 1) Si, 2) No y 3) Parcialmente.
- Implicación familiar en el tratamiento: Variable cualitativa. Participación del núcleo familiar en el proceso de enfermedad. Medido con escala nominal policotómica: 1) Si, 2) No y 3) Parcialmente.

4.7.- PROCEDIMIENTO

La recogida de información comenzará el día 2 de Enero de 2016 en el Centro de Salud Mental La Calzada II perteneciente al área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Con la ayuda de los profesionales de salud del centro se procederá a la captación de los pacientes, mediante la valoración de la historia clínica donde se extraerán los datos acerca de la edad y la presencia de episodios psicóticos. De esta manera seleccionaremos a los candidatos a participar en el estudio según los criterios expuestos anteriormente y la enfermera o psiquiatra responsable contactará con ellos vía telefónica donde les explicarán brevemente las características del estudio, que se detallan de manera más exhaustiva en la hoja de información al paciente (Anexo III).

Una vez hablado con el paciente y estando interesado, se concertará una cita individualizada en la consulta del centro y se procederá a explicarle, de manera más extendida el estudio. Se le dará la hoja de información al paciente así como el consentimiento informado (Anexo IV), donde se resalta el carácter voluntario de la investigación por la que no se recibirá gratificación alguna por su colaboración y se especifica que todos los datos serán tratados conforme se fija en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal²⁹ respetando el anonimato y confidencialidad de los mismos y teniendo el usuario acceso a estos y su anulación en cualquier momento de la investigación.

En esta primera consulta se pasarán a los participantes los diversos cuestionarios y test descritos anteriormente, para ello el grupo investigador dispone de varias herramientas que facilitarán este trabajo como son:

- **Laboratorio Virtual o Plataforma Informática online**³⁰ permite la evaluación de las personas en el mismo centro de salud donde se encuentran. El mismo programa se encarga de la corrección automatizada y su volcado en una base de datos para el posterior análisis, además asigna un código numérico a cada persona evaluada, para garantizar la confidencialidad de sus respuestas; en ningún momento constará el nombre del paciente ni ningún otro dato que permita su identificación.
- **Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)**^{31,32,33} herramienta de evaluación cognitiva administrable a través de un sistema informático mediante ordenador portátil con pantalla táctil. Consiste en una serie de test computarizados que miden diversas funciones cognitivas, entre ellos se encuentra el Test de Reconocimiento de Emociones (ERT). El sistema dispone de

una prueba inicial (*Motor- Screening- MOT*) para conseguir que el paciente se habituó al trabajo con la pantalla táctil y que consiste en una serie de flechas que irán apareciendo en la pantalla y que el paciente debe seleccionar con el dedo índice de la mano dominante.

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación “Evaluación del Proceso de Recuperación de la Psicosis” actualmente en vigor y que está siendo desarrollado por la Universidad de Oviedo conjuntamente a otras instituciones sanitarias públicas.

4.8.- ANÁLISIS DE LOS DATOS

En primer lugar, para el análisis de los objetivos específicos 1, 2 y 3 se harán una estadística descriptiva de las frecuencias, medias y porcentajes en el caso de variables cuantitativas y la distribución de frecuencias en el caso de variables cualitativas.

A continuación, se realizará un análisis de varianza (AVAR) con el propósito de determinar si existen diferencias entre los tres grupos (estadios I, II y V) en función de la varianza de las variables dependientes, siendo éstas el reconocimiento de emociones, medida con el ERT y los estilos de recuperación medidos con el RSQ.

Para facilitar el análisis de datos se dispondrá del SPSS 22.00³⁴, un programa estadístico e informático que permite trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis. Además, disponemos de un equipo de estadísticos pertenecientes al servicio de investigación y estadística del Hospital de Jove en Gijón para ayudar en dicho análisis

5.- CRONOGRAMA

Para la realización del trabajo se ha fijado un cronograma para organizar temporalmente las distintas partes del mismo. Así de esta manera, el estudio se desarrollará durante el año 2016 de la siguiente forma:

- **Enero-Febrero:** periodo de preparación e instrucción para los investigadores que forman parte de este proyecto y personal clínico (enfermeras y psiquiatras) que vayan a estar presentes durante las entrevistas.
- **Marzo- Mayo:** ejecución del proyecto fase I: selección de la muestra con ayuda de personal clínico del centro de salud se revisarán las historias clínicas de aquellos que cumplan los criterios generales de inclusión al proyecto.
- **Junio- Agosto:** ejecución proyecto fase II: realización de los cuestionarios y entrevistas a los participantes en el centro de salud.
- **Septiembre:** procesamiento de datos y resultados de las pruebas realizadas a los participantes.
- **Octubre- Noviembre:** redacción del trabajo.
- **Diciembre:** presentación del estudio y resultados obtenidos.

Año 2016												
Mes	Ene	Feb	Ma	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Formación investigadores												
Fase I, selección de la muestra												
Fase II, realización de pruebas												
Análisis de datos												
Redacción												
Presentación												

6.- PRESUPUESTO

Como se menciona con anterioridad este proyecto forma parte del trabajo de investigación “Proceso de recuperación de la Psicosis” llevado a cabo por la Universidad de Oviedo conjuntamente con otras instituciones y que se encuentra subvencionado por el Ministerio de de Ciencia e Innovación I+D+I (ref. PSI2011-23818).

Los gastos previstos para su realización no son muy cuantiosos, ya que el Centro de Salud dispone de recursos suficientes que pueden poner a nuestro servicio y que son necesarios como una sala con material de oficina, mesa, silla, ordenador y teléfono. Las pruebas se pasarán en formato digital ahorrando el gasto de papel y los desplazamientos al centro de salud son gratuitos dada su cercanía con el domicilio del investigador principal.

7.- SESGOS Y LIMITACIONES

Todo estudio epidemiológico está sujeto a un cierto margen de error, por lo que será muy importante conocer cuáles son sus fuentes principales y los diferentes procedimientos que pueden ser utilizados para minimizar su impacto en los resultados. Uno de los sesgos que podemos introducir en el estudio es un error de selección de la muestra, ya que la población de la que partimos es finita con unas características sociodemográficas específicas, lo que puede dañar la representatividad de la misma y su inferencia. Además la exclusión de sujetos que pueden desarrollar la asociación que buscamos también dificultaría extrapolar los datos a la población general.

Otro sesgo en el que podemos incurrir es el sesgo de clasificación diferencial de memoria, podemos encontrarnos que no todos los participantes recuerden la información acerca de su proceso patológico, introduciendo así un error diferencial durante la cumplimentación de las pruebas y cuestionarios.

Por otro lado, podemos incurrir en errores que tienen solución, de esta manera las limitaciones que podemos encontrarnos son: las pérdidas o abandonos de participantes que pueden sucederse durante el desarrollo del estudio, para ello se cogirá un número mayor a lo que se estima necesario para poder subsanar y corregir estas posibles bajas y un error de clasificación diferencial debido al conocimiento de la hipótesis del estudio por parte del investigador principal que puede conllevar a una mala recogida de información, para evitar esto se dará formación a los investigadores que vayan a implementar las distintas pruebas.

Debido a que la muestra necesaria es amplia y tiene unas características definitorias muy específicas, puede darse la circunstancia de que el Centro de Salud

Mental no de cobertura a tantos pacientes como se necesite en el momento del estudio, por lo que se ha pedido permiso para realizar dicho estudio en todos los Centros de Salud Mental del área V.

8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto cuenta con la aprobación de Comité de ética de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, otorgado y firmado por Don Eduardo Arnáez como Secretario del Comité y que cuenta con el nº 48/15 para su puesta en marcha (Anexo V).

9.- COMENTARIOS

La remisión de síntomas en el trastorno psicótico es un objetivo a alcanzar, no obstante la verdadera prioridad en la psicosis en fase temprana debería ser promover la recuperación completa del individuo.

Mientras que los déficits en la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo han sido ampliamente estudiados, se ha puesto menos atención a la investigación en cognición social y por tanto al objeto de este estudio, el reconocimiento de emociones.

La falta de estudios a nivel nacional acerca de la influencia de los déficits en el procesamiento de emociones en pacientes con psicosis y la falta de un procedimiento que permita evaluar de manera integral el proceso de recuperación dificultan la solución a un problema tan limitador como es la esquizofrenia.

Hasta ahora la evaluación de la recuperación se ha focalizado en medidas de síntomas y hospitalizaciones sin tener en cuenta aspectos tan importantes como la recuperación psicológica y la cognición social. El análisis de los estilos de recuperación y del reconocimiento de emociones aportaría al estudio originario, *“Evaluación del proceso de recuperación de la psicosis”* conocimientos acerca de las variables que afectan al proceso de recuperación del paciente psicótico ayudándoles así a alcanzar el objetivo que les guía y que consiste en sistematizar un procedimiento que incorpore los últimos avances en evaluación de las distintas variables implicadas en la recuperación de estos trastornos mentales.

En territorio nacional apenas existen estudios analíticos sobre la cognición social, ya sea de todos los dominios que la conforman o de uno solo. Por ello para investigaciones futuras sería conveniente introducir para su estudio, el resto de dominios de la cognición social y realizar un estudio analítico para corroborar o no la hipótesis planteada en este trabajo.

10.- BIBLIOGRAFIA

- ¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision, Ginebra: OMS, 2008.
- ² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 5ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- ³ Piakulic D, Addington J. Social cognition and negative symptoms in psychosis. *Psychiatry Res* 188 (2011) 283–285.
- ⁴ Ortuño G, Gutierrez-Rojas L. Psicosis. *Medicine*. 2011; 10(84):5693-702.
- ⁵ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
- ⁶ Mingote JC, Del pino P, Huidobro A, Gutiérrez D, De miguel I, Gálvez M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Med segur trab*. 2007; (53), 208: 01-05.
- ⁷ González AC. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016. Gobierno del Principado de Asturias.
- ⁸ Bravo Ortiz M F, Vallina Fernández O, San Emeterio Parra M, Cid Colom J, Ibáñez Rojo V, González Cases J, Fernández Liria A. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009. En red: <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013.

¹⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 30 de abril de 2006]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental

¹¹ Rodríguez F, Rodríguez A, Hernández C. Fundamentos para una visión. Recuperación de las personas con trastorno mental grave: modelo de red de redes. Presente y perspectiva de futuro. Tenerife; 2010; 6-51.

¹² Shanker S, Jadhav BS, Maru RK, Dagaria AA, Shah BR, Dhavale HS. A study of recovery and its variables in patients with schizophrenia. *AP J Psychol Med.* 2014; 15(1): 60-4.

¹³ Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: An International Perspective. *Epidemiologia e psichiatria sociale.* 2008;(17):128-137.

¹⁴ Andresen R, Caputi P, Oades, L. The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006; 40, 972-980.

¹⁵ Andresen R, Oades, L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003; 37, 586–594

¹⁶ Andresen, R. The experiences of recovery from schizophrenia: development of a definition, model and measure of Recovery [tesis doctoral]. Australia: School of Psychology, University of Wollongong, 2007.

¹⁷ Lemos-Giráldez S et al. Measuring Stages of Recovery from Psychosis *Comprehensive Psychiatry.* 56 (2015) 51–58

-
- ¹⁸ Rodríguez JT, Acosta M, Rodríguez L. Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2011; 4(1):28–37.
- ¹⁹ Barkhof E, De Sonnevile L, Meijer CJ, De Haan L. Specificity of facial emotion recognition impairments in patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2015;2: 12–19
- ²⁰ Young S, Bang M, Ran K, Kyung M, Young J, Young Y et al. Impaired facial emotion recognition in individuals at ultra-high risk for psychosis and with first-episode schizophrenia, and their associations with neurocognitive deficits and self-reported schizotypy. *The Schizophr Res*. (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.026>.
- ²¹ Kohler C, Richard J, Brensinger C, Borgmann-Winter K, Conroy C, Moberg P et al. Facial emotion perception differs in young persons at genetic and clinical high-risk for psychosis. *Psychiatry Res*. 2014; (216)206–212.
- ²² Young T, Seul Y, Young N, Nyun S, Hwan J, Do-Hyung K et al. Neurocognitive function as a possible marker for remission from clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*. 2014 (153)48–53.
- ²³ Young S, Bang M, Ran K, Kyung M, Young J, Young Y et al. Impaired facial emotion recognition in individuals at ultra-high risk for psychosis and with first-episode schizophrenia, and their associations with neurocognitive deficits and self-reported schizotypy. *The Schizophr Res*. (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.026>.

-
- ²⁴ Cambridge Cognition. Cognitive Research [monografía en internet.] Inglaterra: Cambridge Cognition; 2013 [acceso 28 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.cambridgecognition.com/tests/emotion-recognition-task-ert>
- ²⁵ Drayton A, Birchwood M y Trower, P. Early attachment experience and recovery from psychosis. *Br J Clin Psychol.* 1998; 37: 269- 284.
- ²⁶ Wciórka J, Świtaj P, Anczewska M. The Stages of Recovery in relation to the other subjective and objective aspects of psychosis. *Psychiatry Res.* 2015; 225(613–618).
- ²⁷ Tait L, Birchwood M, Trower P. Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *Br J Psychiatry.* 2004; 185: 410-415.
- ²⁸ Cambridge Cognition. Cognitive Research [monografía en internet.] Inglaterra: Cambridge Cognition; 2013 [acceso 28 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.cambridgecognition.com/tests/emotion-recognition-task-ert>
- ²⁹ Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley orgánica de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (43088 a 43099), 1999.
- ³⁰ Lemos S, Vallina O. Programa de prevención de psicosis [sede web]; 2000 [acceso 1 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.p3-info.es/>
- ³¹ Cambridge Cognition. Cognitive Research [monografía en internet.] Inglaterra: Cambridge Cognition; 2013 [acceso 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.cambridgecognition.com/academic/research>
- ³² Shakian BJ, Owen M. Computerized assessment in neuropsychiatric using CANTAB: discussion paper. *J Roy Soc Med.* 1992; 85:399-492

³³ Smith PJ, Chiba-Falek O, Need AC, Cirulli ET, Attix D. A comparison of the Cambridge Automated Neuropsychological Test Battery (CANTB) with traditional neuropsychological testing instruments. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2013;35(3):39-328

³⁴ Statistical Package For The Social Sciences. 2009. SPSS Base 22.00 User's Guide. Chicago, IL: SPSS Inc.

ANEXOS

ANEXO I: THE STAGES OF RECOVERY INSTRUMENT (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. Algunas 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 háblanos de ellas.

Las preguntas están en grupos de 5. **Lee todas las 5** preguntas en conjunto, y luego responde a esas cinco cuestiones. **Marca 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: El ítem 38 dice “Estoy empezando a aprender sobre la enfermedad mental y sobre cómo puedo ayudarme”. El ítem 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 al ítem 39 que al 38, que dice que estas empezando a aprender

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

STORI					
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: THE RECOVERY STYLES QUESTIONNARIE (RSQ)

ESTILOS RECUPERACIÓN 1
Importante: revise bien que ha contestado todas las preguntas
1. Estudios realizados
<input type="checkbox"/> EGB <input type="checkbox"/> ESO-FP1 <input type="checkbox"/> BUP-FP2 <input type="checkbox"/> Universitarios
2. Conducta violenta
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hacia sí mismo <input type="checkbox"/> hacia los demás <input type="checkbox"/> Hacia sí mismo y los demás
3. Actitud familiar hacia su enfermedad
<input type="checkbox"/> Apoyo <input type="checkbox"/> Sobreimplicación emocional <input type="checkbox"/> Rechazo/Crítica <input type="checkbox"/> Indiferencia
4. Consumo de drogas
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esporádico <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Dependencia
5. Tipos de drogas más consumidas
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Drogas depresoras del SNC (alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes) <input type="checkbox"/> Drogas estimuladoras del SNC (cocaína, anfetaminas y derivados, drogas de síntesis) <input type="checkbox"/> Drogas psicodélicas, psicomiméticas o psicodislépticas (LSD, PCP, mescalina, peyote, cannabinoides)

ESTILOS RECUPERACIÓN 2

Cumplimente todos los datos

1. Enfermedades físicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Antecedentes personales psiquiátricos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Antecedentes de psicosis en familiares de primer grado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Ideas de suicidio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. Problemas legales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. Trabajo actual	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Trabajó alguna vez	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. Interrupción de estudios o trabajo después del primer brote	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10. Pérdida de apoyo social después del primer brote	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11. Apoyo social actual	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12. Vida estable	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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 III: HOJA INFORMACIÓN AL PACIENTE

Se le ofrece la posibilidad 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.

Antecedentes:

La demanda actual de los usuarios de los servicios de salud mental hacia los investigadores, clínicos y responsables políticos de este ámbito esta 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 ordenador. La participación en el presente proyecto no supone ninguna alteración del tratamiento que esté llevando (si lo tienen).

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

No existe 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 decido no participar, esto no modificará el trato y seguimiento que de su trastorno realice su médico ni el resto del personal sanitario. 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.

Confidencialidad:

Todos sus datos, así como toda la información médica relacionada con su trastorno será tratada 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 tengan como objetivo el estudio de su trastorno y que previamente hayan sido evaluados y aprobados por el Comité ético de Investigación Clínico.

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.

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es informarle de su papel en la participación de esta investigación que está dirigida a los usuarios de los centros de salud mental de Gijón. El objetivo es investigar en un grupo de pacientes los diferentes procesos de recuperación y las características neurocognitivas, así como la relación entre ambos. La participación consiste en responder a varios cuestionarios los cuales nos ayudarán a conocer mejor su trastorno y mejorar el pronóstico y el tratamiento a largo plazo. Los cuestionarios son confidenciales, toda la información se manejará de forma anónima y confidencial y no se usará para otros fines diferentes a los del estudio para el que se le ha solicitado. La participación es completamente voluntaria. El equipo investigador garantiza la confidencialidad y el anonimato y le agradece su colaboración.

Autorizo a que los datos obtenidos durante el proyecto de investigación sean utilizados 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 de Ética para la Investigación

SI

NO

Yo, _____, con DNI _____ declaro que he leído y comprendido el contenido del presente documento y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Asumo y acepto que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Por ello, convengo en participar en este estudio de investigación "Reconocimiento de emociones como parte del proceso de recuperación de la psicosis".

Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Firma del paciente

Firma del investigador

Fecha: _____

Fecha: _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Título del proyecto: "Reconocimiento de emociones como parte del proceso de recuperación de la psicosis".

Nombre y DNI del paciente _____ Deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación.

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio. Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente.

Firma del paciente

Firma del investigador

Fecha: _____

Fecha: _____

ANEXO V: PERMISO COMITÉ DE ÉTICA



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 16 de Marzo de 2015

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 48/15, titulado: "EVALUACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LA PSICOSIS" Investigadora Principal Noelia Monteserín Lougedo Trabajo Fin de Master.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias

