

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**COGNICIÓN SOCIAL EN FAMILIARES DE PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

ROCIO MARICELA CABRERA CATALÁN

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría**

Enero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.003.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Rocio Maricela Cabrera Catalán

Carné Universitario No.: 200610138

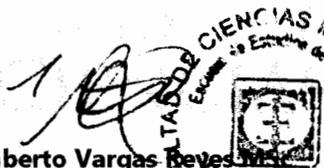
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de tesis **COGNICIÓN SOCIAL EN FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

Que fue asesorado: Dra. Mónica Ramírez Lara

Y revisado por: Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillón MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 12 de septiembre de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado ★


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 06 de noviembre de 2015

Doctor

Emigdio Enrique Mendoza Gaitán

Docente Responsable

Maestría en Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable Doctor:

Por este medio le informo que revise el contenido del Informe Final de Tesis con el título: **"Cognición social en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia"** perteneciente a la **Dra. Rocio Maricela Cabrera Catalán**; el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post-Grado de Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,



Dra. Mónica N. Ramírez L.
Médico Psiquiatra
Colegiado 9579

Dra. Mónica Ramírez Lara

Médico psiquiatra

Asesor de Tesis

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 06 noviembre de 2015

Doctor

Emigdio Enrique Mendoza Gaitán

Docente Responsable

Maestría en Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental

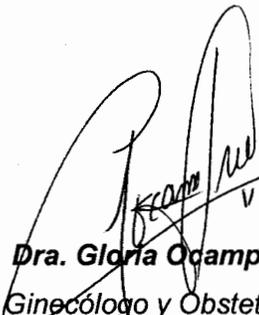
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis "**Cognición social en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia**" perteneciente a la **Dra. Rocio Maricela Cabrera Catalán**; el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dra. Gloria Ocampo
Ginecólogo y Obstetra

Revisor de Tesis

Hospital de Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10,436

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	i
RESUMEN.....	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS.....	10
3.1 General	10
3.2 Específicos.....	10
IV. HIPÓTESIS.....	11
V. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
5.1 Tipo de estudio	12
5.2 Población y muestra	12
5.3 Selección de sujetos de estudio	12
5.4 Definición y operacionalización de variables	14
5.5 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.....	15
5.6 Alcances y límites de la investigación	17
5.7 Aspectos éticos.....	17
VI. RESULTADOS	18
VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	24
7.1 Conclusiones.....	26
7.2 Recomendaciones	27
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
IX. ANEXOS	32
9.1 Anexo No. 1: Hoja de Recolección de datos.....	32
9.2 Anexo No. 2: Test de Insinuaciones.....	33
9.1 Anexo No. 3: Consentimiento informado.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1	18
Tabla 2	19
Tabla 3	20
Tabla 4	21
Tabla 5	22
Tabla 6	23

RESUMEN

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica y discapacitante que se caracteriza por un deterioro cognitivo y social, existe especial atención en la predisposición genética y estresores ambientales que podrían influir en el desarrollo temprano. **Objetivo:** El propósito de este estudio fue determinar si existe diferencia en el nivel de cognición social entre familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y familiares de pacientes con otro trastorno mental. **Metodología:** Estudio de casos (n=25) familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y controles (n=25) familiares de pacientes con otras patologías psiquiátricas. Se evaluaron dos componentes de la cognición social, percepción emocional y la teoría de la mente, como instrumentos de medición MSCEIT (Prueba de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso) y Test de Insinuaciones. **Resultados:** Los casos presentaron mayor probabilidad de deterioro en la Teoría de la Mente (OR=3.86) y dos componentes de la Percepción Emocional: Inteligencia Emocional Estratégica (OR=4.52) y Comprensión Emocional (OR=3.86). **Conclusión:** Existe diferencia en el nivel de cognición social de los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ya que presentan un deterioro en la percepción emocional estratégica, comprensión emocional y teoría de la mente por lo tanto se considera que por medio de estos componentes se pueden identificar grupos de riesgo para incidir de manera preventiva, mejorar el pronóstico y calidad de vida.

Palabras clave: Cognición Social, Familiares, Esquizofrenia.

I. INTRODUCCIÓN

Las esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más estigmatizantes, a través de los años se ha estudiado mucho acerca del déficit cognitivo que causa en los pacientes, pero más recientemente empezamos a darnos cuenta que es una enfermedad más compleja de lo que se creía, y hay otros parámetros que podemos medir. (1, 2,3)

Es importante distinguir entre cognición no social y cognición social. Mientras que los estímulos no sociales incluyen letras, palabras, números y objetos inanimados que se usan usualmente en valoraciones neuropsicológicas, entendemos la cognición social como el estudio de la manera en que la gente procesa la información social, en particular su codificación, almacenamiento, recuperación y aplicaciones sociales, es decir que son las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, las cuales incluyen la habilidad humana para percibir las intenciones y los planes de otros.(4,5) Estudios recientes se muestran muy positivos ante la posibilidad de la cognición social como indicador de predisposición a padecer esquizofrenia lo cual implicaría una gran ayuda a la hora de identificar a la población en riesgo para incidir más tempranamente en el desarrollo de la enfermedad. (1, 2)

Los individuos con alto riesgo clínico para desarrollar esquizofrenia tienen resultados tan malos en tarea de identificación de la emoción como los pacientes con esquizofrenia de primer episodio, lo que sugiere cada vez más que las deficiencias en la cognición social en la esquizofrenia pueden ser un marcador de la predisposición genética para el trastorno y, finalmente, presagiar que se desarrollará la enfermedad. (1) Consideramos entonces a los individuos con alto riesgo clínico a los familiares de primer grado de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, por la asociación genética y la interacción social a lo largo de la vida, se decidió realizar este estudio para determinar si existe diferencia en el nivel de cognición social entre familiares de pacientes esquizofrénicos y familiares de pacientes con otro trastorno mental, lo que permitiría identificar a la población en riesgo para incidir prematuramente en el desarrollo de la enfermedad, establecer pautas terapéuticas tempranas para mejorar el curso y disminuir el deterioro global que se puede dar a lo largo de la vida.

Para la realización de este estudio se tomó el diseño de investigación de casos y controles, siendo los primeros familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y los segundos familiares de pacientes con otros trastornos psiquiátricos, para la medición de la Percepción Emocional se realizó la Prueba de Inteligencia Emocional Mayer - Salovey – Caruso (MSCEIT) y para la valoración de la Teoría de la Mente se realizó el Test de Insinuaciones. La recolección de la muestra se llevó a cabo de febrero 2014 a junio de 2015.

II. ANTECEDENTES

Ya desde hace algún tiempo se empezó a notar la importancia de la cognición social en los trastornos mentales, Jean Addington, Huma Saeedi y Donald Addington publicaron en el 2006 en British Journal of Psychiatry el estudio “Influencia de la percepción social y el conocimiento social en el funcionamiento social y cognitivo en psicosis temprana”, sumándose a la evidencia de la cognición como una variable importante en la determinación del pronóstico, el hallazgo importante fue la cognición social como una promesa para entender mejor la fisiopatología de la psicosis y establecer protocolos de tratamiento que en ese entonces se encontraban en las primeras etapas de desarrollo. (8)

Elsevier publicaba en 2010 el estudio “Relación entre neurocognición y cognición social con pronóstico funcional en esquizofrenia: meta-análisis” por Anne Kathrin-Fett et al, donde se realizó una exhaustiva revisión de pruebas para medir tanto los componentes de la cognición social como de la neurocognición, concluyendo que la cognición social está relacionada con el resultado funcional del paciente, probablemente más que la neurocognición, sin embargo al momento de establecer un protocolo de tratamiento es necesario tomar en cuenta ambos. Muchos estudios han demostrado que el déficit en cognición social en la esquizofrenia es modificable a través de manipulación experimental y las intervenciones psicosociales. Los investigadores también invitaban a estudiar los componentes individuales de la cognición social, como la Teoría de la Mente que puede mejorar considerablemente el resultado funcional del paciente. (9)

En el artículo publicado por la Revista Oxford de 2010, Shaun y colaboradores indicaban que las personas con alto riesgo familiar para la esquizofrenia fueron significativamente más propensas a las sobreestimar emociones a caras neutrales y malinterpretarlas como negativamente. Este déficit en la interpretación emocional de rostros neutrales persistió después de ajustar el déficit global en neurocognición y se relacionó significativamente con los síntomas positivos prodrómicos y psicopatología general, mientras que el deterioro neurocognitivo sólo se asoció con síntomas prodrómicos de desorganización. (10)

Según el estudio publicado en 2012 “Identificación de vulnerabilidad de familiares en primer grado de pacientes esquizofrenicos”, Solanki et al concluyeron que la medición de esquizotipia, signos neurológicos suaves y neurocognición diferencia significativamente a los

familiares en primer grado de pacientes esquizofrenicos; y la medición de los tres parámetros mejora la discriminación de los parientes con los controles que la medición individual de cada parámetro. (9)

En mayo del 2012 la revista Investigación Psiquiátrica publicó los resultados de un metaanálisis que ponen de manifiesto que la cognición social se ve globalmente afectada en los familiares de primer grado de personas con esquizofrenia, lo que sugiere que los déficits de la cognición social en la esquizofrenia puede estar relacionado con una vulnerabilidad genética para el trastorno. (3)

Esquizofrenia

Es un trastorno mental que clásicamente fue descrito como “escisión de la mente”, que se caracteriza por una alteración en la forma en la que las personas piensan, sienten y perciben el mundo. Los síntomas positivos implican un notable trastorno formal positivo del pensamiento, reflejan una distorsión o exageración de funciones que están normalmente presentes; mientras que los síntomas negativos representan una deficiencia en la actividad mental, se pueden presentar como alogia, aplanamiento afectivo, anhedonia, abulia, apatía. Los síntomas negativos contribuyen a un mal funcionamiento, disminuyen la calidad de vida y representan un mal pronóstico de la enfermedad, aún más que la presencia de síntomas positivos, incluso los familiares de los pacientes reportan mayor carga por la presencia de síntomas negativos ya que tienden a persistir por más tiempo que los positivos, y son más difíciles de tratar. Si entendemos la cognición social como las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, las cuales incluyen la habilidad humana para percibir las intenciones y los planes de otros, comprenderemos que constituye una pieza fundamental en la fisiopatología de los síntomas negativos de la esquizofrenia. (4,5)

Cognición social

El fenómeno implica un complejo conjunto de procesos y funciones, pero puede definirse como “el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación, y generación de respuestas ante la intenciones, disposiciones y conductas de otros”. (6) Otra propuesta para comprender mejor el término es la de Adolphs ya que considera la cognición social como “la capacidad de construir representaciones de la relación entre uno mismo y otros y usar estas representaciones flexiblemente para guiar los comportamientos sociales”; mientras que

Green y otros colegas propusieron una definición que fusionaba muchos conceptos: “operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, que incluyen procesos implicados en percibir, interpretar y generar respuestas a las intenciones, planes y conductas de otros”. (7, 12)

Para lograr comprender mejor el concepto puede ayudar conocer la diferencia entre la cognición social y la no social, que a pesar de estar muy relacionados tiene diferencias muy importantes. La cognición no social se refiere a una cognición básica, libres de contenido social, estímulos entre los que se incluyen palabras, números y objetos inanimados; mientras que la cognición social es cambiante en el tiempo, son rasgos relevantes y dependientes a cada persona, interactúan con el contexto e incluso pueden actuar como propios agentes causales. (6, 7,12)

El modo en que las personas con esquizofrenia se enfrentan al procesamiento de estímulos con contenido social podría describirse de la siguiente forma:

- a. La percepción está afectada por la familiaridad de las situaciones, y estos pacientes suelen tener mucha menos familiaridad. (6)
- b. Los estímulos sociales son más abstractos por lo que les resulta más complicado percibirlos. (6)
- c. La percepción requiere la comprensión de parámetros emocionales, una función difícil para estos pacientes. (6)

Los componentes que conforman la cognición social son:

- a. Procesamiento Emocional o Percepción de la Emoción (PE): Se refiere a la habilidad de la persona de percibir, interpretar o reconocer información emocional por medio de gestos, tono de voz, inflexiones de la voz; es todos aquellos aspectos que están relacionados con percibir y utilizar emociones. Entre las dificultades que presentan las personas con esquizofrenia, en el procesamiento emocional está la de reconocer y entender las expresiones faciales de las emociones de los otros, así mismo también muestran un deterioro en la capacidad para expresar emociones faciales. (6, 7)
- b. Teoría de la Mente (ToM): Es uno de los componentes más importantes, implica la capacidad de comprender la mente propia y la darle una interpretación a la mente de otros; es la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros,

como por ejemplo, intenciones, disposiciones y creencia. Es una habilidad de vital importancia para desarrollarse apropiadamente en el medio social, y varios estudios han puesto de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades en su capacidad para inferir cuáles son los estados mentales de otras personas, para atribuirse ellos mismos estados mentales o para atribuirlos a otros. (6, 7)

- c. Percepción Social (PS): Se asocia a las capacidades para valorar, decodificar e interpretar reglas y roles sociales, así como para valorar el contexto social; implica la capacidad de juzgar roles e interpretar reglas sociales. Estas valoraciones se basan fundamentalmente en procesos perceptivos que deben dirigir la atención de la persona hacia aquellas señales sociales clave, que le ayudarán a situar e interpretar adecuadamente las situaciones en las que pueda verse envuelto con otra persona o con un grupo. (6, 7)
- d. Conocimiento Social (CS): Marco de referencia que permite a la persona saber: cómo debe actuar, cuál es su papel y el de los otros en la situación, cuáles son las reglas que se utilizan y cuáles son las razones por las que se ve implicado en esa situación social; es decir que es el entendimiento de los roles y reglas sociales. La identificación de señales sociales requiere un cierto conocimiento de lo que es típico en una determinada situación social. (6, 7)
- e. Estilo o Sesgo Atribucional (EA): Se refiere a las tendencias de una persona de explicar las causas de las situaciones o los hechos que acontecen en su vida y a las razones que da a las causas de resultados positivos o negativos. El significado de un acontecimiento se basa en la atribución que el individuo hace sobre su causa. En individuos con esquizofrenia se ha observado la tendencia a culpar a otras personas por errores o situaciones que les están sucediendo, más evidente en delirios de tipo paranoide.(6, 7)

Los estudios han enfatizado la necesidad de la detección temprana y el tratamiento de los pródromos con el fin de evitar un episodio psicótico completo. Además, la detección temprana del pródromo puede acortar significativamente el período psicótico, ayudar a establecer una buena alianza terapéutica, mejorar la calidad de vida y el resultado a largo plazo, reduciendo al mínimo la gravedad y la disfuncionalidad. (11)

Recientemente, la tasa de transición a la psicosis en individuos muy alto riesgo se ha demostrado que puede llegar a ser de 10 a 15%. Varios marcadores de vulnerabilidad han sido investigados para poder identificar a las personas en situación de riesgo para el desarrollo posterior de los trastornos del espectro esquizofrénico. (11)

Varias variables han sido examinados como posibles marcadores de vulnerabilidad, incluyendo esquizotipia, marcadores de daño del neurodesarrollo (es decir signos suaves y anomalías físicas menores), marcadores fisiológicos (por ejemplo, potenciales evocados), y las medidas neurocognitivas (memoria episódica y en especial de trabajo). (11)

La mayoría de los estudios hasta la fecha han examinado a la persona en sus diferentes dominios, mientras que los sistemas neurocognitivos subyacentes son inherentemente complejos y están interrelacionados. Se ha demostrado que el poder predictivo de los factores individuales por sí mismos no es muy grande, sin embargo un modelo integrador que tenga en cuenta la relación entre neurobiológicas, cognitivas y marcadores de vulnerabilidad clínicos para la enfermedad pueden proporcionar un método más potente para la detección de riesgo para la esquizofrenia en las primeras fases de la enfermedad. (11)

Pruebas

Entre las pruebas más utilizadas para valorar la Teoría de la Mente se encuentra Hinting Task, traducido al español como Test de las Insinuaciones, una prueba creada por Corcoran, Mercer y Firth para uso específico en esquizofrenia. El Test de las Insinuaciones es un test que incluye diez historias breves, en todas las historias aparecen dos personajes, y al final de cada una, uno de los personajes dice una indirecta bastante clara. Al sujeto se le pregunta qué quiso decir realmente el personaje de la historia con el comentario que hizo. Si el sujeto responde correctamente, se puntúa con un 2; si no, se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1. Una respuesta incorrecta equivale a un 0. La puntuación total de la prueba va de 0 a 20. (13)

Para la medición de la Percepción Emocional se encuentra la Prueba de Inteligencia Emocional Mayer - Salovey – Caruso (MSCEIT) evalúa la inteligencia emocional a través de una serie de preguntas objetivas e impersonales. Pone a prueba la capacidad de la persona

para percibir, usar, comprender y regular las emociones. Basado en escenarios típicos de la vida cotidiana, MSCEIT evalúa qué tan bien la gente realiza tareas y resuelve problemas emocionales, en lugar de tener que proporcionar su propia evaluación subjetiva de sus habilidades emocionales. Utiliza una variedad de tareas interesantes y creativas para medir la capacidad de una persona para el razonamiento con información emocional probando directamente su capacidad. (14)

El MSCEIT cuenta con siete puntuaciones, una puntuación general, dos puntuaciones de área y cuatro puntuaciones de rama. El CIE mide la inteligencia emocional general, las dos puntuaciones de área representan las dos áreas generales de habilidad en inteligencia emocional, siendo CIE X el grado en el que el individuo se adentra en la experiencia emocional, la reconoce, la compara con otras sensaciones y comprende como interacciona con el pensamiento; mientras que el CIE S indica el grado en el que el individuo puede comprender los significados emocionales, sus implicaciones en las relaciones y cómo manejar las emociones de sí mismo y los demás. Siguiendo el modelo cada una de las áreas cuenta con dos ramas, la rama 1 que es la Percepción emocional y la rama 2 es la Facilitación emocional ambas pertenecen al área experimental (CIE X); mientras que la rama 3 que es la comprensión emocional y la rama 4 el manejo emocional ambas pertenecen al área estratégica (CIE S). (15)

Para su evaluación se utilizan los siguientes rangos: (15)

Rango	Rango cualitativo	Descripción
Menor de 70	Necesita mejorar	Es posible que exista cierta dificultad en esta área, por lo que podría ser útil mejorar las habilidades o el conocimiento.
Entre 70 y 89	Puede mejorar	Esta área no constituye su fuerte, por lo que puede ser interesante tratar de mejorar la habilidad en esta área si forma parte importante de la vida diaria.
Entre 90 y 110	Competente	La persona posee una habilidad suficiente en esta área que le permite desenvolverse en ella con cierto grado de éxito.

Entre 111 y 130	Muy competente	Esta área constituye un punto fuerte para la persona.
Mayor de 130	Experto	Esta área parece estar muy desarrollada en la persona, lo que sugiere que tiene un elevado potencial en ella.

III. OBJETIVOS

3.1 General

- 3.1.1 Comparar la cognición social de familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y familiares de pacientes con otro trastorno mental.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Conocer el nivel de cognición social de familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia
- 3.2.2 Especificar el componente de cognición social en el que presentan mayor déficit los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- 3.2.3 Establecer asociación entre deterioro de la cognición social y parentesco en la esquizofrenia.

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis nula

Los familiares de primer y segundo grado de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia no tienen deterioro en la cognición social en relación a los familiares de pacientes con otros trastornos mentales por lo que no puede considerarse un factor de vulnerabilidad para padecer esquizofrenia.

Hipótesis alterna

Los familiares de primer y segundo grado de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen deterioro en la cognición social en relación a los familiares de pacientes con otros trastornos mentales por lo que puede considerarse un factor de vulnerabilidad para padecer esquizofrenia.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

5.1.1 Estudio de casos y controles. Los sujetos de estudio fueron seleccionados de los familiares de pacientes que asisten al programa de "Grupos". Casos: Familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Controles: Familiares de pacientes con otra patología psiquiátrica, excluyendo a los que pertenecen al espectro esquizofrénico.

5.2 Población y muestra

5.2.1 Marco muestral: Listado de pacientes y familiares que asisten al programa de Grupos del Centro de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

5.2.2 Población: Familiares de primer y segundo grado de pacientes que asisten al programa de Grupos del Centro de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

5.2.3 Muestra: Para los casos se tomaron en cuenta a los familiares de primer y segundo grado de pacientes con esquizofrenia, mientras que para los controles se tomaron en cuenta a los familiares de primer y segundo grado de pacientes con otras patologías psiquiátricas. Se decidió utilizar la relación 1:1 entre casos y controles.

5.2.4 Método de muestreo: El cálculo de la muestra fue probabilístico.

5.3 Selección de sujetos de estudio

5.3.1 Criterios de inclusión:

- a. Casos: Se tomaron en cuenta a los familiares de primer grado (los que se vinculan al paciente en forma directa: padre o hijo) y segundo grado (los que se vinculan a un pariente de primer grado de forma directa: abuelo, hermano, nieto, tío) de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- b. Controles: Se tomaron en cuenta a los familiares de primer y segundo grado de pacientes con diagnóstico de alguna patología psiquiátrica.

5.3.2 Criterios de exclusión:

Se excluyen a las personas que sean analfabetos o que tengan una disminución de la agudeza visual severa o ceguera, ya que para realizar MSCEIT es necesario que se pueda visualizar y comprender la prueba.

5.4 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida	Escala de medición
Sexo	Conjunto o grupo con características comunes	Dato anotado en boleta de recolección de datos.	Cualitativa	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Dato anotado en boleta de recolección de datos.	Cuantitativa	Años	Intervalo
Cognición social	Estudio de la manera en que la gente procesa la información social, en particular su codificación, almacenamiento, recuperación y aplicaciones sociales	Sumatoria de los resultados de las pruebas realizadas	Cuantitativa	Media Desviación estándar	De Razón
Vulnerabilidad de padecer esquizofrenia	Grado de susceptibilidad de padecer esquizofrenia	Asociación entre puntaje de cognición social y parentesco de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia	Cuantitativa	Valor de probabilidad	De razón

5.5 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos de la muestra

5.5.1 Técnica de recolección de datos:

Se hizo un cribado de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en los diferentes grupos y el día asignado para cada grupo se aplicaron los instrumentos de recolección de datos a los familiares de dichos pacientes. Al final de cada día se ingresaron los datos recolectados en la base creada en Microsoft Excel para luego trasladar los datos a EPI-INFO 3.5.1, esto con la finalidad de que al concluir el trabajo de campo, se contara con una base de datos completa para interpretar de forma rápida y precisa la información.

5.5.2 Procedimientos

Se inició presentando tres posibles temas de investigación donde, junto con el comité docente, fue seleccionado el tema de Cognición Social en familiares de pacientes esquizofrenicos. Durante el primer año se realizó el protocolo de investigación, se estuvo recolectando antecedentes, leyendo artículos para nutrir el marco teórico y fomentar los cimientos que nutrirían el estudio. Se realizaron múltiples correcciones tanto por asesor como por revisor de tesis. A partir del año 2014 se inició el proceso del trabajo de campo, se obtuvo el listado de pacientes esquizofrenicos que asisten al programa de Grupo, el cual fue solicitado a Licenciada Concepción Samayoa de Trabajo Social ya que es este departamento quien dirige dicho programa. Debido a que los pacientes de grupo son acompañados por diferentes personas a las citas mensuales o bimensuales, se fue realizando los test conforme se fueron captando los individuos de estudio. Como primer punto se realizó una entrevista inicial con los familiares para informar acerca del estudio, se hizo un cribado para determinar quienes cumplían con los criterios de inclusión y ser considerados candidatos elegibles para el presente estudio. Cuando ya se conocieron los candidatos elegibles para el estudio se les dio una charla informativa para que conocieran en qué consistía el estudio y así cumplir y respetar los principios de bioética, en ese momento se respetó la decisión de algunos candidatos elegibles de no participar en el estudio por distintos motivos. Luego se les entregó el consentimiento informado para que estuvieran enterados de las implicaciones éticas de la investigación, y luego se procedió a firmarlo individualmente. Debido a que de la Prueba de

Inteligencia Emocional de Mayer – Salovey – Caruso (MSCEIT) fue adquirida a través de la Universidad del Valle de Guatemala a TEA ediciones, se ingresaron los datos de la hoja de respuestas en el portal de internet y progresivamente se fue creando la base de datos en el programa Microsoft Excel 2007, junto a los resultados del Test de Insinuaciones. Cuando recolección de datos estaba terminada estos datos fueron trasladados al programa EPI-INFO 3.5.1 donde se realizó el cálculo del OR que se utilizó para analizar los datos.

5.5.3 Instrumentos de recolección de datos

Para medir la Percepción Emocional

Prueba de Inteligencia Emocional Mayer - Salovey – Caruso (MSCEIT) evalúa la inteligencia emocional a través de una serie de preguntas objetivas e impersonales. Consiste en 141 preguntas de opción múltiple distribuidas en 8 secciones que pone a prueba la capacidad de la persona para percibir, usar, comprender y regular las emociones. Cuenta con una adecuada fiabilidad (alfa de Cronbach 0.95)

Para evaluar la Teoría de la mente se utilizará:

Test de Insinuaciones (Hinting Task Test): Test que incluye diez historias breves, con el objetivo de reducir las interferencias del posible deterioro en memoria o en comprensión verbal, que el evaluador puede leer a los sujetos las veces que sea necesario para asegurar una correcta comprensión de las mismas. En todas las historias aparecen dos personajes, y al final de cada una, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara. Al sujeto se le pregunta qué ha querido decir realmente el personaje de la historia con el comentario que ha hecho. Si el sujeto responde correctamente, se puntúa con un 2; si no, se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1. Una respuesta incorrecta equivale a un 0. La puntuación total de la prueba va de 0 a 20. Cuenta con una adecuada fiabilidad (alfa de Cronbach 0.70)

5.5.4 Plan de procesamiento y análisis de datos

Cuando se completaron los datos correspondientes a cada variable del estudio se codificaron para ingresarse en el programa EPI-INFO y formar parte de la base de datos.

Para efectuar el análisis estadístico fue necesario obtener distribución de frecuencias, calcular media y desviación estándar de las variables de razón para relacionarlas e interpretarlas.

Además se organizaron los datos obtenidos en tablas de acuerdo a categorías, y para informar de manera global e individual los resultados obtenidos y así obtener conclusiones y recomendaciones.

5.6 Alcances y límites de la investigación

Mediante la realización de esta investigación se pretendió determinar si la cognición social puede ser considerada como un marcador de vulnerabilidad para incidir prematuramente en el desarrollo de la enfermedad, estableciendo pautas terapéuticas tempranas para mejorar el curso y disminuir el deterioro global que se puede dar a lo largo de la vida.

La principal limitante fue la negativa de los sujetos de estudio para realizar las pruebas correspondientes, ya que conllevan una inversión de tiempo considerable y muchas veces los familiares acudían a las citas de los grupos de manera apurada. Se contó con 5 sujetos pertenecientes al grupo de controles, que iniciaron a realizar las pruebas pero desertaron al darse cuenta de la inversión de tiempo necesaria para realizar la prueba, ya que el tiempo promedio total para realizar las dos pruebas fue entre 45 y 90 minutos, sin embargo para mantener la relación 1:1 entre casos y controles se decidió remplazarlos con nuevos participantes por lo que se logró llegar a la muestra total planificada de 25 casos y 25 controles.

5.7 Aspectos éticos

Se tomó en consideración la decisión de participación de los sujetos de estudio quienes firmaron un consentimiento informado y debido a que estaba conformada por la realización de dos pruebas estandarizadas, se clasificó esta investigación como categoría I, lo cual significa que no representa ningún riesgo para los participantes

VI. RESULTADOS

Tabla 1

Variables epidemiológicas del estudio de Cognición Social en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

	Casos	Controles
Edad / media (desviación estándar)	53.8 (14.7)	51.8 (14.7)
Sexo		
Femenino	20 (80%)	21 (84%)
Masculino	5 (20%)	4 (16%)
Parentesco		
Mamá/papá	6 (24%)	3 (12%)
Hermana/hermano	15 (60%)	9 (36%)
Hija/ hijo	4 (16%)	13 (52%)

n= 25 casos, 25 controles

Fuente: Hoja de recolección de datos

Tabla 2

Comparación de resultados en MSCEIT y Test de Insinuaciones del estudio de Cognición Social

	<u>Casos</u> $\bar{x} \pm \sigma$	<u>Controles</u> $\bar{x} \pm \sigma$	Valor de p
CIE	92.24 \pm 12.105	98.36 \pm 11.28	0.071
CIEX	98.04 \pm 14.62	100.36 \pm 11.09	0.530
CIES	89.36 \pm 13.19	97.52 \pm 13.78	0.038
CIEP	102.24 \pm 15.31	104.92 \pm 11.05	0.481
CIEF	92.88 \pm 12.07	94.96 \pm 10.43	0.518
CIEC	85.68 \pm 13.124	96.04 \pm 13.18	0.008
CIEM	95.64 \pm 11.99	99.40 \pm 13.24	0.298
Test de Insinuaciones	15.20 \pm 4.5	17.84 \pm 3.18	0.020

Abreviaturas: MSCEIT: Prueba de Inteligencia Emocional de Mayer- Salovey- Caruso; CIE: Puntuación total de Inteligencia Emocional, CIEX: Puntuación de Inteligencia Experimental, CIES: Puntuación de Inteligencia Emocional Estratégica, CIEP: Puntuación de Percepción Emocional, CIEF: Puntuación de Facilitación Emocional, CIEC: Puntuación de Comprensión Emocional, CIEM: Puntuación de Manejo Emocional. Tanto para MSCEIT como para Test de Insinuaciones un mayor puntaje representa un nivel más óptimo.

Fuente: Boletas de recolección de datos MSCEIT y Test de Insinuaciones.

Tabla 3

Deterioro en la Percepción Emocional medida por MSCEIT

	Casos	Controles	
Presente	10	7	17
Ausente	15	18	33
	25	25	

OR = 1.71, IC OR 95% (0.69 – 4.29), p= 0.296

*Deterioro presente: puntaje menor o igual a 89.

Fuente: Boletas de recolección de datos MSCEIT.

Tabla 4

Deterioro en Teoría de la Mente medido por Test de Insinuaciones

	Casos	Controles	
Presente	15	7	22
Ausente	10	18	28
	25	25	

OR = 3.86, IC 95% (1.53 – 9.54), p= 0.0022

*Deterioro presente: puntaje menor o igual a 17.

Fuente: Boletas de recolección de datos Test de Insinuaciones.

Tabla 5

Deterioro de Inteligencia Emocional Estratégica medido MSCEIT

	Casos	Controles	
Presente	17	8	25
Ausente	8	17	25
	25	25	50

OR = 4.52, IC 95% (1.79 – 11.15), p= 0.00076

*Deterioro presente: puntaje menor o igual a 89.

Fuente: Boletas de recolección de datos MSCEIT.

Tabla 6

Deterioro de Comprensión Emocional medido por MSCEIT

	Casos	Controles	
Presente	18	10	28
Ausente	7	15	22
	25	25	50

OR = 3.86, IC OR 95% (1.53 – 9.54), p= 0.00277

*Deterioro presente: puntaje menor o igual a 89.

Fuente: Boletas de recolección de datos MSCEIT.

VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica y discapacitante que se caracteriza por un deterioro cognitivo y social, el concepto de síntomas positivos y negativos fue formulado por primera vez por el neurólogo británico John Jackson en 1931. Los síntomas positivos incluyen alucinaciones, ideas delirantes. Implican un notable trastorno formal positivo del pensamiento, reflejan una distorsión o exageración de funciones que están normalmente presentes; mientras que los síntomas negativos representan una deficiencia en la actividad mental, se pueden presentar como alogia, aplanamiento afectivo, anhedonia, abulia, apatía. Los síntomas negativos contribuyen a un mal funcionamiento, disminuyen la calidad de vida y representan un mal pronóstico de la enfermedad, aún más que la presencia de síntomas positivos, incluso los familiares de los pacientes reportan mayor carga por la presencia de síntomas negativos ya que tienden a persistir por más tiempo que los positivos, y son más difíciles de tratar. La mejoría de los síntomas negativos se asocia a mayor independencia y mejor funcionamiento social. Si entendemos la cognición social como las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, las cuales incluyen la habilidad humana para percibir las intenciones y los planes de otros, comprenderemos que constituye una pieza fundamental en la fisiopatología de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

En estudios previos como el de Chen et al en 1995 se estableció que los individuos con alto riesgo clínico para desarrollar esquizofrenia tienen resultados tan malos en tarea de identificación de la emoción como los pacientes con esquizofrenia de primer episodio. Addington et al publicado en 2006, se proponían la cognición social como una promesa para entender mejor la fisiopatología de la psicosis y establecer protocolos de tratamiento, más recientemente el estudio publicado por Solanki et al en el 2012 se encontraron puntajes mayores en la medición de esquizotipia, signos neurológicos suaves y neurocognición en los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Considerando también el estudio de Caspi et al del 2013 donde sugería que los individuos con riesgo “ultra-alto” de padecer esquizofrenia, por su historia familiar y/o manifestaciones de signos o síntomas consistentes con el pródromo de la enfermedad, presentaban un deterioro moderado de la cognición. Todo esto indicando cada vez más que las deficiencias en la cognición social en la esquizofrenia puede ser un marcador de la predisposición genética para el trastorno y, finalmente, presagiar que se desarrollará la enfermedad.

En este estudio se pudo evidenciar que el punteo total de Percepción Emocional (CIE) no hubo diferencia estadísticamente significativa de los puntajes globales entre casos y controles ($p= 0.071$), si se identificó una asociación de riesgo para los casos ($OR=1.71$) sin embargo no fue significativa IC 95% (0.69 – 4.29) ($p= 0.2960$), al evaluar los componentes individualmente se evidenció que en dos de ellos si existe asociación de riesgo. La Inteligencia Emocional Estratégica muestra la precisión con la que individuo comprende el significado de las emociones, indica cómo puede manejar las propias emociones y las de las demás; los casos presentaron 81.8% de probabilidad de tener deterioro en este componente en comparación con los controles ($OR=4.52$) IC 95% (1.79 – 11.15), $p= 0.00076$. La Comprensión Emocional evalúa la capacidad de comprender las complejidades de los significados emocionales, las transiciones emocionales y las situaciones emocionales, los casos presentaron 79.4% de probabilidad de tener deterioro en este componente en comparación con los controles ($OR=3.86$) IC 95% (1.53 – 9.54), $p= 0.00277$. La Teoría de la Mente implica la capacidad de comprender la mente propia y darle una interpretación a la mente de los otros. Los casos presentaron 79.4% de probabilidad de tener un deterioro en comparación con los controles ($OR=3.86$)

El objetivo principal de este estudio fue determinar si existe diferencia en el nivel de cognición social entre familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y familiares de pacientes con otros trastornos mentales, se pudo evidenciar que los familiares de primer y segundo grado de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentaron puntajes más bajos en las mediciones de Percepción emocional y Teoría de la mente, así como también se pudo establecer una asociación de riesgo entre el deterioro de estos dos componentes con el parentesco, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

El entrenamiento en habilidades sociales consiste en aprender actividades utilizando técnicas de comportamiento que permiten a la persona interactuar y desenvolverse de una manera más independiente y por lo tanto desplegarse de manera más adecuada en su entorno, por lo que los familiares de primer y segundo grado de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia podrían beneficiarse de este tipo de terapias y así mejorar su funcionamiento a nivel personal, social y laboral.

7.1 Conclusiones

- 7.1.1 Los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan 79.4% de probabilidad de tener deterioro en la teoría de la mente por lo que existe diferencia en el nivel de cognición social en comparación con los controles.
- 7.1.2 La puntuación en el MSCEIT del grupo de familiares con diagnóstico de esquizofrenia fue de 92.24, lo que indica que el nivel de percepción emocional de los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es competente. Sin embargo el análisis de cada componente del MSCEIT evidenció que presentan 81.8% de probabilidad de tener deterioro en la Inteligencia emocional estratégica y 79.4% de probabilidad de deterioro en Comprensión emocional.
- 7.1.3 La teoría de la mente es el componente que presentó mayor probabilidad de deterioro, 79.4%, en los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, lo que afecta directamente en la capacidad de hacer inferencias sobre los estados mentales de otros individuos.
- 7.1.4 Hay una fuerte asociación de riesgo entre deterioro de cognición social y parentesco en la esquizofrenia, OR= 3.86, IC 95% (1.53 – 9.54) p=0.00227, lo que implica que los familiares de primer y segundo grado tienen mayor probabilidad de presentar dificultades en las operaciones mentales que subyacen las interacciones sociales.

7.2 Recomendaciones

- 7.2.1 La Cognición Social nos permite construir representaciones de la relación entre uno mismo y otros para guiar los comportamientos sociales, es por eso que en las últimas décadas se le ha considerado de extrema importancia y puesto que hasta el momento no se han realizado estudios similares dentro de la Institución ni en nuestro país, es necesario continuar ampliando la información acerca este importante componente humano y el deterioro que pueden tener en el desarrollo lo cual permitirá establecer un precedente para futuros estudios no solo en esquizofrenia sino que también en otros trastornos mentales.
- 7.2.2 Debido a que se demostró que hay una deficiencia en la cognición social se recomienda iniciar programas de soporte y motivación de habilidades sociales tanto para pacientes como para familiares, lo que permitiría enfocarse en grupos de riesgo y así incidir de manera preventiva y mejorar el pronóstico y calidad de vida.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen E, Shapleske J, et al. The Cambridge Neurological Inventory: a clinical instrument for assessment of soft neurological signs in psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 27;56(2):183-204, Marzo 1995.
2. Compton M, Chien V, et al. Psychometric properties of the Brief Version of the Schizotypal Personality Questionnaire in relatives of patients with schizophrenia-spectrum disorders and non-psychiatric controls. *Schizophrenia Research*, Volume 91, Pages 122-131, Marzo 2007.
3. Lavoie M, Plana I, et al. Social cognition in first-degree relatives of people with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*. PII: S0165-1781(12)00797-4
4. Hales Robert, et al. *DSM IV: Tratado de Psiquiatría*. Tercera edición. Washington: Masson; 1999.
5. Frankenburg Frances, et al. Schizophrenia. *Medscape* 2015 [en línea] [accesado 28 junio 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/288259-overview>
6. Fuentes I, Ruiz J, et al: Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Información Psicológica*, No. 93, Agosto 2008.
7. Palha F: Cognición social en Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación Psicosocial* 2008; 5: 31-37.
8. Addington J, et al: Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 373-378.
9. Fett A, et al: Review: The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Elsevier: Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2011; 35: 573–588.

10. Shaun E, Mermon D, Montrose M, et al. Social Cognition Deficits Among Individuals at Familial High Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 36 no. 6 pp. 1081–1088, 2010
11. Solanki R, Swami M, et al. Identification of Vulnerability among First degree Relatives of Patients with Schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry* 2012; 22:118-25.
12. Mueser K, Doonan R, et al. Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 105(2):271-5, Mayo 1996.
13. Gil D, Modamio M, et al. Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2012; 5: 79-88.
14. Multi-Health Systems Inc. Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). [en línea]. Toronto: 2014 [accesado 25 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.mhs.com/product.aspx?gr=IO&prod=msceit&id=overview>
15. Mayer J. Salovey P. Caruso D. Manual del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso. Adaptación Española. Madrid: TEA Ediciones; 2009: p. 38 -39, 74-78.
16. Velligan D, Alphas L. Negative Symptoms in Schizophrenia: An Update on Identification and Treatment. *Psychiatric Times* 2014 [en línea] [accesado 06 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/negative-symptoms-schizophrenia-update-identification-and-treatment/page/0/1>
17. Velligan D, Alphas L. Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment. *Psychiatric Times* 2008. [en línea] [accesado 06 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/negative-symptoms-schizophrenia-importance-identification-and-treatment>

18. Lin Yu-chung, et al. Factor Structure of Emotional Intelligence in Schizophrenia. NCBI. 2012. [en línea] [accesado 24 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3393835/>
19. Eack Shaum, et al. Assessing Social-Cognitive Deficits in Schizophrenia With the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. Schizophr Bull. 2010. [en línea] [accesado 24 septiembre 2015]. Disponible en: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/36/2/370.full>
20. Martínez Agustín, et al. Implicaciones de la Inteligencia Emocional en la Salud y Bienestar Emocional. Perú; 2009 [en línea] [accesado 24 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/agustinernesto.pdf>
21. Resnicow Joel, et al. Recognizing Emotion in Music Performance Is an Aspect of Emotional Intelligence. Yale University; 2014 [en línea] [accesado 24 septiembre 2015] Disponible en: http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2014/01/pub60_ResnicowSalovey2004_MusicandEI.pdf
22. Keefe Richard, Harvey Philip. Cognitive impairment in Schizophrenia. Springer. [en línea] [accesado 24 septiembre 2015] Disponible en: http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9783642257575-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1350310-p174270867
23. Gil D, et al. Adaptation of the Hinting Task theory of the mind test to Spanish. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012 [en línea] [accesado 24 septiembre 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854578>
24. McGlade Nicola, et al. Mental state decoding v. mental state reasoning as a mediator between cognitive and social function in psychosis. BJ Psych. Junio 2008; [en línea] [accesado 24 septiembre 2015] Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/193/1/77>
25. Kopelowicz Alex, et al. Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. Schizophr Bull; 2006. [en línea] [accesado 24 septiembre 2015] Disponible en: http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/suppl_1/S12.full

26. Medscape General Medicine. Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes. Medscape; 2001. [en línea] [accesado 24 septiembre 2015] Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/430529_6

IX. ANEXOS

9.1 Anexo No. 1: Hoja de Recolección de datos

No. boleta: _____

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre de participante:	
Parentesco:	
Edad:	
Sexo:	
Teléfono:	
Nombre de paciente:	
Diagnóstico de paciente:	
Afiliación:	

9.1 Anexo No. 2: Test de Insinuaciones

Instrucciones

Voy a leerle un total de 10 historias en las que aparecen dos personas. Cada historia termina con uno de los personajes diciendo algo. Cuando haya terminado de leer las historias, voy a hacerle algunas preguntas sobre lo que dijo el personaje.

HISTORIA 1

Jorge llega a la oficina de Ángela después de un largo y caluroso viaje por la autopista. Ángela inmediatamente empieza a hablar de algunas ideas de negocios. Jorge interrumpe a Ángela diciendo: «Uf, ha sido un largo y caluroso viaje por la autopista».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Jorge cuando dice esto?

1.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Jorge quiere decir «¿Puedo tomar algo?» o «Puedo tomarme unos minutos para descansar de mi viaje antes de que empecemos a hablar de negocios?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si no se da una respuesta correcta con la primera insinuación (por ejemplo, el sujeto responde tan solo algo como «Él quiere decir exactamente lo que dice»), entonces se introduce la siguiente parte de la insinuación:

AÑADIR: Jorge continúa diciendo: «Estoy sediento».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Jorge que haga Ángela?

1.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Jorge quiere que Ángela le dé o le ofrezca una bebida. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 2

Marisa va a cuarto de baño para darse una ducha. Ana acaba de darse un baño. Marisa se da cuenta de que el cuarto de baño está sucio, así que llama a Ana y le dice: «¿No pudiste encontrar el limpiador, Ana?».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Marisa cuando dice esto?

2.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Marisa quiere decir «Por qué no limpiaste el baño?» o «Ve y limpia el baño ahora». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Marisa continúa diciendo: «A veces eres muy vaga, Ana».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Marisa que haga Ana?

2.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Marisa quiere que Ana limpie el baño. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 3

Javier va al supermercado con su madre. Llegan a la sección de chucherías y Javier dice: «Mira, esos caramelos parecen riquísimos».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Javier cuando dice esto?

3.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Javier quiere decir «Por favor, mamá, cómprame algunos caramelos». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Javier continúa diciendo: «Estoy hambriento mamá».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Javier que haga su madre?

3.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Javier quiere que su madre le compre unos caramelos. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 4

Pablo tiene que ir a una entrevista y se le está haciendo tarde. Mientras está limpiándose los zapatos, le dice a su mujer, Julia: «Quiero ponerme esa camisa azul, pero está muy arrugada».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Pablo cuando dice esto?

4.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Pablo quiere decir «¿Podrías plancharme la camisa, por favor?».

Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Pablo continúa diciendo: «Está en la cesta de la ropa para planchar».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Pablo que haga Julia?

4.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Pablo quiere que Julia le planche la camisa. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 5

Lucía está sin un centavo, pero quiere salir por la noche. Lucía sabe que David acaba de cobrar. Ella le dice: «Estoy sin un centavo, las cosas son tan caras en estos tiempos».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Lucía cuando dice esto?

5.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Lucía quiere decir « ¿Me prestas algo de dinero, David?» o « ¿Me invitas a salir esta noche?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Lucía continúa diciendo: «Bien, supongo que tendré que quedarme sin salir esta noche».

REGUNTA: ¿Qué quiere Lucía que haga David?

5.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Lucía quiere que David le preste dinero, o la invite a salir. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 6

Daniel quiere llevar a cabo un proyecto en su trabajo pero Ricardo, su jefe, ha pedido a otra persona que lo realice. Daniel le dice: «Qué lástima, no estoy demasiado ocupado en este momento».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Daniel cuando dice esto?

6.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Daniel quiere decir «Por favor, Ricardo, cambia de opinión y dame el proyecto a mí». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Daniel continúa diciendo: «Este proyecto es ideal para mí».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Daniel que haga Ricardo?

6.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Daniel quiere que Ricardo cambie de opinión y le dé a él el proyecto. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 7

Dentro de poco es el cumpleaños de Rebeca. Ella le dice a su padre: «Me encantan los animales, sobre todo, los perros».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Rebeca cuando dice esto?

7.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Rebeca quiere decir « ¿Me comprarías un perro para mi cumpleaños, papá?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Rebeca continúa diciendo: « ¿La tienda de mascotas estará abierta el día de mi cumpleaños, papá?».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Rebeca que haga su padre?

7.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Rebeca quiere que su padre le compre un perro para su cumpleaños, o que le diga que le comprará un perro. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 8

Beatriz y Miguel se han mudado a su nueva casa hace una semana. Beatriz ha estado desempaquetando algunos adornos. Ella le dice a Miguel: « ¿Has desempaquetado aquellas estanterías que compramos, Miguel?».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Beatriz cuando dice esto?

8.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Beatriz quiere decir « ¿Pondrías las estanterías ahora, por favor?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Beatriz continúa diciendo: «Si quieres que algo se haga, debes hacerlo tú misma».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Beatriz que haga Miguel?

8.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Beatriz quiere que Miguel coloque las estanterías. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 9

Jessica y Manuel están jugando con un juego de trenes. Jessica tiene el tren azul y Manuel el tren rojo. Jessica le dice a Manuel: «No me gusta este tren».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Jessica cuando dice esto?

9.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Jessica quiere decir «Quiero tu tren, y tú puedes tener el mío». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Jessica continúa diciendo: «El rojo es mi color favorito».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Jessica que haga Manuel?

9.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Jessica quiere intercambiar los trenes. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

HISTORIA 10

Patricia acaba de bajar del tren con tres pesadas maletas. Juan está detrás de ella. Patricia le dice a Juan: « ¡Caramba!, estas maletas son una molestia».

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Patricia cuando dice esto?

10.1. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Patricia quiere decir « ¿Podrías ayudarme con mi equipaje, por favor?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se finalizaría la prueba.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Patricia continúa diciendo: «No sé si podré arreglarme con las tres».

PREGUNTA: ¿Qué quiere Patricia que haga Juan?

10.2. *Respuesta literal.* Respuesta criterio: Patricia quiere que Juan le ayude con las maletas. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

9.1 Anexo No. 3: Consentimiento informado

Dra. Rocio Maricela Cabrera Catalán

Documento de Consentimiento Informado para: Familiares de pacientes del Centro de Atención Integral en Salud Mental

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

PARTE I: Información

Introducción

Yo soy la Dra. Rocio Cabrera, trabajo para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Y. Estamos investigando sobre la Esquizofrenia. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, puede preguntarme para poder explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar.

Propósito

El propósito de esta investigación es determinar si existe diferencia en el nivel de cognición social entre familiares de pacientes esquizofrénicos y familiares de pacientes con otra enfermedad mental.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación consistirá en realizar dos Pruebas:

- Prueba de las Insinuaciones
- Prueba de Inteligencia Emocional de Mayer – Salovey – Caruso

Selección de participantes

Estoy invitando a participar a los familiares de primer y segundo grado de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y de otras enfermedades mentales tratadas en este centro.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Se solicita a las personas que decidan participar en este estudio que respondan a las preguntas de las pruebas mencionadas anteriormente, las pruebas se realizarán los días que asistan a la cita mensual o bimensual del programa de “Grupos” del Centro de Atención Integral de Salud Mental.

Duración

La realización del trabajo de campo de la investigación durará del mes de febrero de 2014 al mes de marzo de 2015.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, tendrá el siguientes beneficio conocer su nivel de cognición social. Puede que no haya beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información brindada en esta investigación será de estricta confidencialidad.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento obtenido por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene porque participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en esta clínica. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta clínica.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación Cognición Social en familiares de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia o de alguna otra enfermedad mental. Entiendo que se realizarán dos pruebas. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada Cognición social en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.