



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

**"TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL
CUESTIONARIO DE SESGOS COGNITIVOS EN PSICOSIS (CBQp) EN
POBLACIÓN MEXICANA"**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

JOSÉ ALBERTO PACHECO OSORNIO

TUTOR DE TESIS

DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELEDEZ

Ciudad de México, Julio 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



DR. PABLO LEÓN ORTIZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELÉNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRÍA

DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELÉNDEZ
TUTOR DE TESIS



Índice:

1. ANTECEDENTES:
 - 1.1. Psicosis y esquizofrenia.
 - 1.2. Clinimetría en esquizofrenia.
 - 1.3. Psicoterapia cognitiva en psicosis y esquizofrenia.
 - 1.4. Sesgos cognitivos y su implicación en psicosis y esquizofrenia.
 - 1.5. Clinimetría de los sesgos cognitivos en psicosis y esquizofrenia: El Cuestionario de Sesgos Cognitivos en psicosis (CBQp).
 - 1.5.1 Estado del arte:
 - 1.6. La adaptación y validación transcultural de instrumentos clinimétricos.
2. Planteamiento del problema.
3. Hipótesis.
4. Objetivos.
5. Justificación.
6. Metodología.
 - 6.1 Diseño de estudio.
 - 6.2 Procedimientos de traducción y adaptación transcultural.
 - 6.3 Procedimientos de validación del instrumento traducido y adaptado transculturalmente.
 - 6.4 Población y muestra.
 - 6.5 Definición de variables.
 - 6.6 Instrumentos de medición.
 - 6.6.1 El cuestionario de sesgos cognitivos:
 - 6.7.1.1 Las propiedades psicométricas, la metodología de validación y el análisis estadístico de CBQp.
 - 6.6.2 El inventario de depresión de Beck/ Inventario de ansiedad de Beck.
 - 6.6.3 La escala de síntomas positivos y negativos, subescala positiva. (PANSS-p)
 - 6.7.4 Evaluación breve del estado mental (MMSE)
 - 6.7 Actividades a realizar.
 - 6.8 Análisis estadístico.
7. Consideraciones éticas.
8. Consideraciones financieras.
9. Cronograma de actividades.
10. RESULTADOS
 - 10.1 Resultados de la traducción y adaptación transcultural
 - 10.2 Resultados de validación
11. DISCUSIÓN
12. Referencias.
13. Apéndices.
 - 11.1 Criterios diagnósticos utilizados en el presente trabajo.
 - 11.1.1 Esquizofrenia 295.90 (F20.9) (American Psychiatric Association, 2016)
 - 11.1.2 Trastorno de depresión mayor 296.x (F32.x) (American Psychiatric Association, 2016)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



- 11.2 Formato de consentimiento informado.
- 11.3 Versión original del Cuestionario de Sesgos Cognitivos en Psicosis
- 11.4 Versión de PANSS-p en español.
- 11.5 Versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck.
- 11.6 Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck.
- 11.7 Versión mexicana de CBQp, traducida y adaptada transculturalmente (CBQpMX)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Abreviaturas:

- APA..... Asociación Psiquiátrica Americana.
- DSM-V..... Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición.
- CIE..... Clasificación internacional de enfermedades.
- OMS..... Organización mundial de la Salud.
- TCC..... Terapia Cognitiva y Conductual.
- JTC..... Salto a conclusiones precipitadas.
- INT..... Intencionalización.
- CT..... Catastrofización.
- RE..... Razonamiento emocional.
- PD..... Pensamiento dicotómico.
- PA..... Percepciones anómalas.
- EA..... Eventos amenazantes.
- PI..... Preocupación irracional.
- CBQp..... Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis.
- CBQpMx...Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis traducido y adaptado transculturalmente.
- PSYRATS..... Escala de Clasificación del Síntoma Psicótico.
- PANSS..... Escala de los Síndromes Positivo y Negativo.
- PANSS-p..... Escala de los Síndromes Positivo y Negativo, Subescala positiva.
- SANS..... Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos.
- SAPS..... Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos.
- PUEM..... Programa Único de Especialización Médica.
- INNNMVS..... Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
- UNAM..... Universidad Nacional Autónoma de México.
- PGY1..... Postgraduate Year One.
- VA..... Validez de apariencia.
- VCont..... Validez de contenido.
- VCrit..... Validez de criterio.
- VConst..... Validez de constructo.
- COSMIN..... (Consensus-based standards for the selection of Health Status Measurement Instruments) Normas basadas en el consenso para la selección de instrumentos de medición del estado de salud.
- CST..... Prueba de estilos cognitivos.
- IDB..... Inventario de Depresión de Beck.
- IAB..... Inventario de Ansiedad de Beck.
- CFA..... Análisis factorial confirmatorio.
- DAS..... Escala de actitudes disfuncionales.
- AIHQ..... Cuestionario de hostilidad e intencionalidad.



1. ANTECEDENTES:

1.1 Psicosis y esquizofrenia

Los trastornos psicóticos son un grupo de enfermedades mentales que conductualmente están caracterizadas por alucinaciones, delirios, discurso y/o conducta desorganizada o catatónica, además de otros problemas relacionados con el pensamiento y la emoción. Esto, de acuerdo a las definiciones propuestas por la Asociación Psiquiátrica Americana. (American Psychiatric Association, 2016).

La prevalencia en la vida de todos los trastornos psicóticos es de 3.06%, con tasas específicas de 0.87% para la esquizofrenia, 0.32% para el trastorno esquizoafectivo, 0.07% para el trastorno esquizofreniforme, 0.18% para el trastorno delirante, y 0.24 % para el trastorno bipolar I. (Perälä et al., 2007).

En la actualidad y para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La esquizofrenia es una entidad que está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, de ilusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de consciencia clara y capacidad intelectual conservada” (Portillo, s. f.)

En resumen, se conceptualiza dimensionalmente a la esquizofrenia como un trastorno mental crónico, grave e incapacitante, caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad (o el juicio de la misma), así como la distorsión de los pensamientos y sentimientos. Genera una

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA****MANUEL VELASCO SUÁREZ**

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

disfunción integral que afecta principalmente a los procesos de pensamiento y vinculación del individuo, así como la relación e integración de ellos a una realidad común. Esto origina, como consecuencia, una seria afectación en las áreas de desarrollo y desenvolvimiento de la persona que la padece, así como del grupo social donde se encuentra inserto.

Clínicamente se concibe como un conjunto de síntomas positivos (alucinaciones, delirios y desorganización), negativos (aplanamiento afectivo, apatía, abulia, alogia) y cognitivos (en especial, alteraciones en la memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y lenguaje).

Es un trastorno con un curso heterogéneo, impredecible y crónico que afecta en la época más productiva del individuo. Por ello, aumenta el riesgo de carecer de vivienda, adicciones, suicidio y otras comorbilidades médicas. Suma, además, mortalidad temprana, aislamiento social, desempleo y discriminación.(Sachdev, 1998).

Es entendida biológicamente, como una alteración multifactorial del procesamiento cerebral, con factores neuroquímicos, del desarrollo neural y hereditarios interviniendo. (Keshavan, Tandon, Boutros, & Nasrallah, 2008)

Tiene una prevalencia mundial aproximada del 1% en población general; sus síntomas son crónicos y con un alto costo de atención. Además, aproximadamente el 50% de las estancias hospitalarias psiquiátricas, son ocupadas por personas con este trastorno.

Dado que menos del 30% de estas personas cuenta con actividad laboral remunerada, el precio elevado de los psicofármacos utilizados, la poca disponibilidad de intervenciones



psicosociales y de espacios necesarios para su atención, la esquizofrenia tiene altos costos y es económicamente catastrófica. (Tandon, Keshavan, & Nasrallah, 2008)

De acuerdo con B. Sadock (Sadock, Sadock, Kaplan, & Ruiz, 2015), la prevalencia de la esquizofrenia es la misma en hombres y mujeres, pero difieren en la edad de inicio de la enfermedad. Para los hombres la aparición del cuadro, ocurre entre los 15 y los 25 años. Por el contrario, en las mujeres la edad de inicio varía entre los 25 y 35 años.

El inicio antes de los 10 años o después de los 50 años es poco frecuente. El 90% de las personas tratadas por esquizofrenia a nivel mundial están entre los 15 y 55 años de edad.

1.2 Clinimetría en esquizofrenia:

Como la esquizofrenia tiene una amplia gama de síntomas, los estudios de este trastorno han propuesto múltiples escalas sintomatológicas diseñadas para evaluarla. Para mejorar el acuerdo, se han desarrollado escalas de los síntomas más relacionados con deterioro y pérdida de la funcionalidad y apoyadas en los criterios diagnósticos de APA y CIE, con el fin de aumentar la precisión del diagnóstico y disminuir el tiempo necesario para realizar la evaluación. (Erawati, Keliat, & Daulima, 2014)

En las escalas de calificación que se usan comúnmente en el ámbito hospitalario se incluyen: PSYRATS (Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999), PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) BPRS («The Brief Psychiatric Rating Scale - John E. Overall, Donald R. Gorham, 1962», s. f.) SAPS y SANS (Minas et al., 1992).



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



Con todo y las buenas propiedades psicométricas de estos instrumentos, tienen la desventaja de la necesidad de experiencia clínica en el evaluador.

1.3 Psicoterapia cognitiva en psicosis y esquizofrenia.

La psicoterapia cognitiva, basada en la teoría psicológica del mismo nombre, supera la visión asociacionista de estímulo-respuesta en los actos (conductismo), para dar paso a un proceso mental de significación y creación de reglas.

De acuerdo a la filosofía de Epicteto, se resalta el principio “las personas sufren por la interpretación que hacen de los hechos y no por los hechos mismos”. Entonces, en este respecto, el objetivo de la terapia cognitiva es flexibilizar la adscripción de significados y buscar interpretaciones más funcionales para sí mismo y para terceros.

El terapeuta muestra al paciente que su percepción del mundo en un determinado momento es sólo una de las posibles formas de percibirlo, y no es, frecuentemente, la más enriquecedora. Ello se consigue con la reestructuración cognitiva, que se entiende como aprender y enseñar a refutar los sesgos o distorsiones cognitivas, así como sus consecuentes pensamientos y conductas disfuncionales.

Los sesgos cognitivos son distorsiones en la recopilación, evaluación y procesamiento de cierta información (Moritz et al., 2013)

Entonces estos sesgos o estilos cognitivos disfuncionales, resultan con mayor frecuencia en interpretaciones erróneas. Así, se vincula a una alteración del pensamiento crítico, originado por la costumbre y sostenido en las creencias del paciente.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



De acuerdo al enfoque cognitivo (Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999), la extensa constelación de síntomas de la esquizofrenia, mismos que producen un daño permanente en la capacidad de pensar, sentir y actuar. El síntoma explicativo principal es la distorsión del pensamiento que deviene en delirios, alucinaciones y desequilibrios afectivos.

A diferencia del enfoque biológico y fenomenológico tradicional, la psicología cognitiva, basada en la teoría beckiana, supone que las respuestas emocionales y conductuales de la persona esquizofrénica no operan en función de los contenidos mismos, sino a través de las creencias sobre el poder y autoría de las alucinaciones, así como la sobrevalorización de las ideas delirantes. Entonces, para la psicología cognitiva, las ideas delirantes son ciertas, pero no adaptativas, por ello se reconocen y se colocan en un continuo dimensional con las creencias no psicóticas (Chadwick & Lowe, 1994).

Si bien las creencias en una persona psicótica pueden ser irreales a juicio colectivo, el sesgo no es la creencia misma, o contenido, sino el hábito de pensarla, de hacerla firme e inflexible.

De esta forma, la esquizofrenia se asocia con la falta de conciencia sobre los propios sesgos cognitivos, una alteración funcional y cualitativa. A diferencia de los trastornos neuropsicológicos que reflejan alteraciones secundarias a déficits neurales, anatómicos y cuantitativos. (Erawati et al., 2014; P. A. Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



La terapia cognitiva para esquizofrenia se encuentra dentro de las recomendaciones del National Institute of Health and Care Excellence del 2014, en primera línea, junto con la intervención farmacológica para la atención de primer episodio psicótico y en las exacerbaciones o recurrencias de psicosis o esquizofrenia. («Psychosis and schizophrenia in adults», 2018)

De acuerdo a la revisión hecha por Kingdon, los principios generales del proceso terapéutico para esquizofrenia se resumen en cuatro: desarrollar una alianza terapéutica basada en la perspectiva del paciente, desarrollar explicaciones alternativas de los síntomas de la esquizofrenia, reducir el impacto de los síntomas positivos y negativos y ofrecer alternativas al modelo médico para abordar el cumplimiento de la medicación. El proceso se lleva en 10 sesiones durante 6 meses. (Kingdon & Turkington, 1998)

En la tabla 2 se muestran algunos de los estudios más relevantes sobre la evidencia de la terapia cognitiva en esquizofrenia.

Tabla 2. Resumen de la evidencia empírica más relevante en la revisión de Kingdom y colaboradores.		
Estudio	Objetivo	Resultados.
Drury y cols, 1996/2000. TCC individual y grupal v.s. actividades recreativas y apoyo	Prevención de recaídas y control de síntomas positivos	Los respondieron más rápido y completamente en TCC. (Los efectos no fueron medidos más allá a 5 años)
Bach y Hayes, 2002.	Tasa de readmisión	Tasa de readmisión menor dentro de los primeros 4



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



Terapia de aceptación y compromiso. (TCC).		meses después del alta (no informaron sobre el seguimiento a más largo plazo)
Kuipers y cols, 1997. TCC v.s. tratamiento habitual.	Pacientes ambulatorios "estabilizados" con síntomas psicóticos "angustiantes"	El grupo de terapia conductual cognitiva tuvo una mayor reducción general de los síntomas psiquiátrico (50% versus 31% de mejoría).
Tarrier y cols., 1998. Intensivo a corto plazo de TCC+ acompañamiento de apoyo	Número y gravedad de los síntomas positivos.	Mejoría en el número y la gravedad de los síntomas positivos en el grupo que recibió TCC.
Sensky y cols, 2000. TCC v.s. Terapia basada en la amistad.	Síntomas positivos, negativos y afectivos.	No hubo ningún beneficio de la terapia de comportamiento cognitivo sobre la amistad. (TCC se mantuvo por más tiempo)
Kemp y cols, 1996. Intervención breve de TCC v.s. terapia de apoyo	Adherencia después del alta.	TCC tuvo una mejor adherencia y menos recaídas que terapia de apoyo (35% versus 60% tasa de recaída, razón de riesgo = 2.1)
Gumley y cols, 2003. TCC que identifica los	Estudios de efectividad.	Previene la recaída.



pródromos de recaída.	Prevención de recaída	
Durham y cols, 2003. TCC	Estudios de efectividad. prevención de recaídas y el control positivo de los síntomas	Beneficios modestos
<p>Abreviaturas: TCC (Terapia cognitivo conductual) (Bach & Hayes, 2002; Drury, Birchwood, & Cochrane, 2000; Drury, Birchwood, Cochrane, & Macmillan, 1996; Durham et al., 2003; Gumley et al., 2003; Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David, 1996; Kuipers et al., 1997; Sensky et al., 2000; TARRIER et al., 1998)</p>		

1.4 Sesgos cognitivos y su implicación en psicosis y esquizofrenia.

Como ya se comentó previamente, la reestructuración cognitiva se ocupa de las distorsiones o sesgos cognitivos de la persona atendida.

Recientemente, los modelos biopsicosociales cobraron mayor relevancia y se ha resaltado a los factores cognitivos, esto en términos del contenido de las evaluaciones, el proceso de razonamiento y metacognición. (Bentall, Fernyhough, Morrison, Lewis, & Corcoran, 2007; P. A. Garety et al., 2001; Philippa A. Garety et al., 2005; Lovatt, Mason, Brett, & Peters, 2010; Morrison, French, & Wells, 2007)



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



En específico, hay un importante grueso de evidencia que demuestra el papel de los sesgos cognitivos en la formación y mantenimiento de la ideación delirante.(Freeman, 2007) sobre todo, relacionado al “salto a las conclusiones” (del inglés, “jump to conclusions”) y los sesgos de atribución. (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Philippa A. Garety et al., 2005)

JTC es la tendencia a tomar decisiones con una recopilación de información limitada o insuficiente, por lo que aumenta la probabilidad de formar creencias inexactas de forma precipitada. Se ha encontrado este sesgo de manera consistente en personas esquizotípicas, así como en riesgo, sintomáticas y en remisión de psicosis, además que se ha encontrado a lo largo del tiempo. (Broome et al., 2007; Colbert & Peters, 2002; Philippa A. Garety et al., 2005; So et al., 2012; Van Dael et al., 2006)

El apoyo empírico más fuerte de la implicación de JTC proviene de investigaciones que emplean paradigmas de razonamiento probabilístico. (Fine, Gardner, Craigie, & Gold, 2007)

Las personas delirantes tienden a hacer atribuciones de eventos negativos, llamado sesgos de personalización, donde se culpa a las personas por las circunstancias negativas y no a las circunstancias mismas. (Bentall, Kinderman, & Kaney, 1994; Jolley et al., 2006, 2006; Kinderman & Bentall, s. f.; Lincoln, Mehl, Exner, Lindenmeyer, & Rief, 2010)

Aunque la investigación se ha centrado en sesgos de atribución y salto a conclusiones, clínicamente es evidente que las personas psicóticas muestran una serie de sesgos cognitivos que reflejan lo descrito por Aaron Beck para trastornos emocionales.(Aaron T Beck, 1991) Estos



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



hallazgos son congruentes a varios modelos recientes que vinculan las emociones y los fenómenos psicóticos. (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002)

Los sesgos cognitivos que comúnmente se observan, en pacientes en general, son “pensamiento dicotómico” (PD), razonamiento emocional (RE) y el catastrofismo (Ct).

Si bien, no se han analizado sistemáticamente en personas con psicosis, varios estudios han dado solidez a las observaciones clínicas.

Así, relacionado a la falta de flexibilidad en las creencias, se ha reportado PD como estilo cognitivo en personas delirantes, de la misma forma, se ha relacionado la preocupación irracional (PI) y Ct con la angustia y persistencia del delirio. (Philippa A. Garety et al., 2005; H. Startup, Freeman, & Garety, 2007; Teasdale et al., s. f.)

Aunque no hay estudios, a la fecha, que analicen directamente la implicación del RE en psicosis, la asociación entre paranoia y un sesgo de procesamiento interno a la amenaza, sugieren estados emocionales intensos que impulsan la producción delirante. (Buchanan, 1996; Freeman, Garety, & Phillips, 2000)

Es menesteroso resaltar que el estudio de los sesgos o distorsiones cognitivas en la psicosis es limitado y que se ha retrasado con respecto a otros desarrollos teóricos y clínicos. (Savulich, Shergill, & Yiend, 2012) Debido al estudio aislado del tema, la investigación no se ha podido adaptar fácilmente la clínica. (Fine et al., 2007)

En este tenor, los instrumentos existentes, como el Cuestionario de estilo atribucional (Blackburn, Jones, & Lewin, 1986) y el Cuestionario de atributos internos, personales y



atribucionales, son muy largos para usarse rutinariamente en la terapia. De la misma forma, otros instrumentos diseñados específicos con este propósito, o bien son demasiado largos, o son insuficientes y su aplicación a la práctica clínica es complicada. (Combs, Penn, Wicher, & Waldheter, 2007; Peterson et al., 1982)

Los instrumentos de utilidad práctica que evalúan sesgos beckianos, están disponibles para padecimientos afectivos y ansiosos. Consisten en escenarios en los que los encuestados indican como responderían en una situación real y son breves. Estas viñetas giran, por lo general, en torno a logros y situaciones interpersonales que suponen un empleo, relaciones a largo plazo, etc, entonces las viñetas nos son específicas y las situaciones supuestas no están adaptadas a la vida cotidiana de una persona con psicosis. (Aaron T Beck, Brown, & Steer, s. f.; Blackburn et al., 1986; Fennell & Campbell, 1984; Krantz & Hammen, s. f.; Lefebvre, s. f.; Moss-Morris & Petrie, 1997; Wilkinson & Blackburn, 1981)

1.5 Clinimetría de los sesgos cognitivos en psicosis y esquizofrenia: El Cuestionario de Sesgos Cognitivos en psicosis (CBQp).

En 2014, Peters y su equipo, basados en el grueso de evidencia empírica del tema y en la estructura y funcionamiento de CST (Blackburn et al., 1986) proponen un nuevo instrumento, el Cuestionario de Sesgos Cognitivos en psicosis (CBQp) (Peters et al., 2014) Este cuenta con treinta viñetas también que simulan eventos cotidianos.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Los encuestados se imaginan a sí mismos en cada situación y eligen una de tres posibles reacciones que ilustran la ausencia del sesgo (puntuación de 1), posible presencia del sesgo (2) y probable presencia de sesgo (3).

Estas viñetas, ya adaptadas a la experiencia cotidiana de las personas con psicosis, reflejan dos temas relevantes en la experiencia psicótica, los correspondientes a "percepciones anómalas (PA) y a eventos amenazantes" (EA).

En el CBQp original se consideraron distintos sesgos por la evidencia empírica y por la experiencia de los clínicos involucrados. Se resume en la tabla 3.

3. Sesgos cognitivos incluidos en el CBQp y sus definiciones.	
Salto a conclusiones	Extraer conclusiones incorrectas sobre una situación, basándose en información insuficiente.
Intencionalización(INT)	Atribuir intencionalidad de otros en situaciones desfavorables, sobre todo en situaciones ambiguas.
Catastrofismo(Ct)	Interpretar los hechos negativos como catástrofes inevitables.
Razonamiento emocional(RE)	Suponer que el estado emocional propio refleja la situación verdadera.
Pensamiento dicotómico (PD)	Pensar las cosas en términos de dos categorías que se excluyen mutuamente, sin términos medios.
(Kingdon & Turkington, 1998; Morrison et al., 2014; Peters et al., 2014; Rector, Stolar, & Grant, 2011; Turkington, Kingdon, & Weiden, 2006)	

Así, aparecen dos subescalas temáticas (PA o EA) y 5 subescalas por sesgo. Para la escala completa, de 30 ítems, el rango potencial de puntuaciones es de 30 a 90. De 15 a 45 para las



subescalas temáticas (PA y EA) y de 6 a 18 para cada subescala de sesgo. El orden de los ítems y sus respuestas se aleatorizaron para reducir el sesgo.

Este instrumento se ha traducido a distintos idiomas y las propiedades psicométricas se han replicado con éxito. (Bastiaens et al., 2013; Erawati et al., 2014; Ishikawa et al., 2017)

Con respecto a la validación de constructo, el CBQp mostró una buena validez convergente con la prueba de estilo cognitivo (Blackburn et al., 1986) y pudo distinguir entre poblaciones clínicas y sanas. Estos puntos se especificarán en detalle más adelante.

Como CBQp tiene buenas propiedades psicométricas y aparente sensibilidad a los síntomas positivos, se puede utilizar para estudiar los sesgos cognitivos en personas con trastornos psicóticos y en otras investigaciones psicopatológicas sobre trastornos relacionados con la esquizofrenia. Estos puntos se especificarán en detalle más adelante.

1.5.1 Estado del arte:

- Al parecer, los sesgos cognitivos desempeñan un papel clave en la formación y mantenimiento de los síntomas positivos. Esto se apoya en la evidencia mostrada en los antecedentes del trabajo, en específico, las propiedades psicométricas del CBQp y que se correlacionan significativamente con los síntomas positivos. (Freeman et al., 2002; Peters et al., 2014) Los resultados en estudios previos sugieren que los síntomas psicóticos están formados por sesgos cognitivos y que aplica independientemente de la cultura. Tentativamente, se puede decir que apuntar a la mejora de estos sesgos puede mejorar los resultados en pacientes con psicosis y que el CBQp será útil como una



medida de resultado para evaluar la efectividad de algunas intervenciones para la psicosis, especialmente CBT.(Ishikawa et al., 2017)

- No se ha encontrado relación entre dosis de antipsicótico ni síntomas negativos con la puntuación total y de las subescalas de CBQp.
- La validez de constructo no se ha replicado por la escasez de instrumentos válidos para establecer el constructo. En nuestro caso, no es diferente.
- En los estudios previos no se ha investigado si los años de educación o años de evolución de la esquizofrenia podrían influir en los sesgos cognitivos medidos por CBQp.

1.6 La traducción, adaptación transcultural y validación de instrumentos clinimétricos

El CBQp fue desarrollado y validado por el grupo de Peters y colaboradores en población inglesa, alemana y noruega (Peters et al., 2014). Para utilizarlo en población mexicana, requiere de una traducción, adaptación transcultural y validación que conserve el sentido y las propiedades psicométricas. (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000) Esta traducción y adaptación, permite explorar una misma pregunta en varios idiomas y culturas, o bien, medir la diferencia entre ellos. (Epstein, Santo, & Guillemin, 2015)

Se dejan en claro, las definiciones entendidas de traducción, adaptación y validación transcultural en la tabla 4. (Mokkink et al., 2010)

4. Definiciones metodológicas.	
Traducción	<ul style="list-style-type: none"> ● Producir otra versión de un documento, en otro idioma distinto al original.


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


Adaptación transcultural	<ul style="list-style-type: none"> ● Proceso donde se consideran cualquiera de las diferencias interculturales relevantes para el instrumento y la cultura a la cual se aplicará, con el objetivo de mantener equivalencia en los significados.
Validación	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar que la nueva versión del instrumento cuente con las mismas propiedades que el original y que sus mediciones sean equivalentes.
<ul style="list-style-type: none"> ● Nota: ● Para la adaptación existen diversas descripciones y recomendaciones sobre la metodología y son objeto de revisiones críticas. (Acquadro, Conway, Hareendran, Aaronson, & European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group, 2008; Beaton et al., 2000; Epstein et al., 2015; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993) 	

Con respecto a la traducción y adaptación transcultural, se rescatan como pasos comunes de las distintas propuestas metodológicas, la traducción, síntesis, revisión por un comité y/o por un experto(s), re-traducción o retrotraducción, prueba piloto y ajustes finales para la producción de la versión final traducida y adaptada transculturalmente al idioma y población diana.

En el 2014, el grupo de Epstein publica una revisión de guías metodológicas para este fin, donde cuestiona la utilidad de algunas propuestas y brinda un paradigma racional de los pasos necesarios para la adaptación transcultural. (Epstein et al., 2015). Se resume en la tabla 5.



Tabla 5. Sobre la metodología en la adaptación y validación transcultural de instrumentos y cuestionarios clínicos. (Epstein et al., 2015)	
1. Formación del comité de adaptación	<ul style="list-style-type: none"> ● Debe ser multidisciplinario. ● Evalúa la validez de apariencia y contenido. ● Asegura la equivalencia del instrumento adaptado.
2. Traducción	<ul style="list-style-type: none"> ● Necesarias al menos dos traducciones independientes. ● Traductores deben ser hablantes nativos de la lengua diana. ● Traductores con distintos niveles de familiaridad con el instrumento y experiencia con traducción.
3. Reconciliación	<ul style="list-style-type: none"> ● Se crea una primera versión piloto del instrumento a partir de las traducciones previas. Esto, tomando en cuenta las equivalencias (conceptual, ítem, semántica, operacional, de medición y funcional) V1.
4. Prueba piloto	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión por dos bilígües no expertos en el instrumento y la aplicación de una prueba piloto a una muestra (n) conveniente. ● Se obtiene una V2 que puede ser retrotraducida al idioma original V3, misma que se envía a los autores del instrumento original para sumar sus comentarios a la versión V4
5. Validación	<ul style="list-style-type: none"> ● Se aplica el instrumento (V4) a una muestra suficiente de sujetos para comprobar las hipótesis planteadas en la validación del instrumento original. ● Así, se prueba estadísticamente que el instrumento validado funciona como el original.
<ul style="list-style-type: none"> ● Nota: La validez de apariencia (VA), se entiende como el grado en el que el instrumento parece medir el constructo planteado, y la validez de contenido (VC) corresponde al juicio sobre cada uno de los componentes del instrumento, evaluando si 	



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



estos son igualmente importantes en la cultura para la cual se adaptará el instrumento, así como la conveniencia de la escala. (Asociación Psiquiátrica Mexicana & Laboratorios Pfizer (México), 2003; Mokkink et al., 2010).
La evaluación de estos aspectos puede iniciarse antes de la traducción y adaptación del instrumento, ello para explicitar el valor semántico de cada componente, así como el objetivo del instrumento. Se recomienda que el comité sea multidisciplinario. (Epstein et al., 2015)

Con respecto a la validación del instrumento traducido y adaptado transculturalmente se busca asegurar que conserve equivalencia estadística a la versión original. (Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2007, 2012; Wild et al., 2009)

Los pasos de la adaptación y la validación transcultural servirán para asegurar la calidad y la equivalencia del instrumento adaptado, sin embargo, la manera en la que estos procesos se llevan a cabo dependerá de las capacidades del equipo y de las características del instrumento a adaptar. (Epstein et al., 2015)

La validez de constructo (VCn) se establece probando con otros paradigmas previamente establecidos del objeto a medir. En el caso del CBQp, no hay pruebas validadas en población mexicana que sirvan para este fin, como en el grupo de Ishikawa (Ishikawa et al., 2017).

Se dejan en claro las definiciones entendidas de consistencia interna, fiabilidad y validez concurrente en la tabla 6.



6. Definiciones metodológicas II	
Consistencia interna	<ul style="list-style-type: none"> ● Grado de interrelación entre los ítems.
Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Medida en que los puntajes para pacientes que no han cambiado son los mismos para mediciones repetidas en varias condiciones.
Validez concurrente	<ul style="list-style-type: none"> ● Medida de correlación entre una prueba determinada y una medida reconocida previamente.
(Barker, Pistrang, & Elliott, 2016; Mokkink et al., 2010)	

Nota: Los detalles sobre la metodología planeada se discutirán en detalle adelante.

2 Planteamiento del problema

La evidencia empírica disponible sugiere un importante papel de los sesgos cognitivos en la patogenia, gravedad y perpetuación de los síntomas positivos. No existe en México ningún instrumento válido que mida de manera confiable estos sesgos.

Del mismo modo, se muestra que las intervenciones psicoterapéuticas de corte cognitivo, enfocadas a la reestructuración de estos sesgos, benefician significativamente a pacientes con psicosis. La mayor evidencia es referente a Esquizofrenia, donde los resultados son sólidos.

3 Hipótesis

- Hipótesis principal:
 - a) La versión del CBQp traducida, adaptada y validada transculturalmente (CBQpMx), es válida para su uso en población mexicana.
- Hipótesis secundarias:
 - a) La versión mexicana de CBQp tendrá una adecuada consistencia interna, fiabilidad por



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



prueba y re-prueba. O sea, es un instrumento confiable.

- b) La presencia de los sesgos cognitivos medida por la versión adaptada transculturalmente del CBQp discrimina entre participantes sanos (grupo control), pacientes con trastorno depresivo mayor y pacientes con esquizofrenia. O sea, es válida como prueba discriminatoria.
- c) La comparación de las puntuaciones de CBQp total y sus subescalas con las puntuaciones de PANSS-p mostrará diferencias significativas. O sea, es válida concurrentemente con la gravedad o intensidad del constructo.
- d) La escolaridad de los participantes se correlacionará consistentemente con la puntuación total del CBQp, las subescalas temáticas (EA y PA) y de los sesgos en específico (JTC, PD, INT, RE y CT).
- e) Los años de evolución de la enfermedad en los participantes se correlacionará consistentemente con la puntuación total del CBQp, las subescalas temáticas (EA y PA) y de los sesgos en específico (JTC, PD, INT, RE y CT).

4 Objetivos

- Objetivo Primario:
 - a) Desarrollar una versión del CBQp traducida, adaptada y validada transculturalmente, que sea útil para población mexicana (CBQpMx).
- Objetivos secundarios:



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- b) Establecer la confiabilidad (consistencia interna y fiabilidad prueba-reprueba) y validez de CBQpMx, ello a partir de la prueba de hipótesis secundarias.
- c) Establecer validez discriminatoria, o sea la presencia de los sesgos cognitivos medida por la versión adaptada transculturalmente del CBQp discrimina entre participantes sanos (grupo control), pacientes con trastorno depresivo mayor y pacientes con esquizofrenia.
- d) Establecer validez concurrente con la gravedad o intensidad del constructo, o sea, que la comparación de las puntuaciones de CBQp total y sus subescalas con las puntuaciones de PANSS-p mostrará diferencias significativas.
- e) Buscar una correlación significativa entre la escolaridad de los participantes y la puntuación total del CBQp, las subescalas temáticas (EA y PA) y de los sesgos en específico (JTC, PD, INT, RE y CT).
- f) Buscar una correlación significativa entre los años de evolución de la enfermedad en los participantes y la puntuación total del CBQp, las subescalas temáticas (EA y PA) y de los sesgos en específico (JTC, PD, INT, RE y CT).
- g) Investigar las relaciones internas entre CBQpMx y síntomas positivos de psicosis, así como otras variables sociodemográficas.

5 Justificación

La necesidad de mediciones de calidad en la práctica e investigación clínica, justifica la adaptación transcultural de un instrumento clinimétrico, cualquiera que sea. A pesar de ello, es poco frecuente que se realice este trabajo de manera rigurosa en América Latina y nuestro país,



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



en particular. En esta ausencia de instrumentos correctamente validados, los resultados al respecto, si es que los hay, son inciertos.

Debido a la ausencia de instrumentos para la medición de sesgos cognitivos en psicosis, el equipo decidió la adaptación transcultural de CBQp, que es un cuestionario útil y completo para identificar y escalar los principales los principales sesgos en psicosis, tratables con psicoterapia cognitiva.

La evaluación rápida de sesgos cognitivos es justificable y relevante para las intervenciones cognitivas en psicosis, pues orienta la formulación del caso, ayuda a educar a los pacientes en estilos de pensamiento riesgosos y guía la selección de intervenciones relevantes que se centren en los sesgos de cada caso.

Si se cuenta con este instrumento clínico adaptado, y se demuestra su equivalencia y validez en población mexicana, se podrá usar de manera confiable para la práctica clínica y la investigación, en este medio.

Este sería el primer informe sobre el desarrollo de una medida de sesgos cognitivos en psicosis en población mexicana, donde se requiere un instrumento confiable y válido para evaluar la presencia y la gravedad de estos sesgos y los procesos cognitivos relacionados. Esto también puede ser útil para otras investigaciones psicopatológicas de los trastornos relacionados a psicosis.



6 Metodología

6.1 Diseño de estudio

Se hizo un estudio de observacional analítico con un componente longitudinal fiabilidad prueba-re prueba. Fue de seguimiento transversal y de finalidad descriptiva en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".

6.2 Procedimientos de traducción y adaptación transcultural

- a) El tesista y su equipo tradujo y adaptó transculturalmente el instrumento clinimétrico (CBQp) (Peters et al., 2014) siguiendo las recomendaciones de Epstein y colaboradores (Epstein et al., 2015) y apoyados, por conveniencia cultural, en la metodología de estudios posteriores que validaron el instrumento en sus poblaciones. (Bastiaens et al., 2013; Erawati et al., 2014; Ishikawa et al., 2017)
- b) El comité para la adaptación transcultural estuvo constituido por médicos de origen mexicano, bilingües y hablantes nativos de español:
 - El dr. Edgar Daniel Crail Melendez, neuropsiquiatra, psicoterapeuta, miembro del sistema Nacional de Investigadores I y médico adscrito en la división de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".
 - El dr. Leo Bayliss Amaya, neurólogo, neuropsiquiatra y especialista en envejecimiento cognitivo y demencias. Médico adscrito en la división de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".
- c) También por médicos de origen mexicano, bilingües y hablantes nativos de español, se



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



realizó la primera traducción, consensuada con una primera versión al español (Ve1) (Corral L, Labad J, & Ochoa S, s. f.) no validada y traducida por españoles, con el objetivo de agregar o cambiar palabras que se adapten al idioma y cultura mexicana. Los traductores son:

- José Alberto Pacheco Osornio, parte del programa único de especialización en medicina (PUEM) de UNAM en psiquiatría (3er año de especialización) con sede en INNN. Tesista y primer autor del presente trabajo.
 - Guillermo Rubén Delgado García, médico internista, parte del programa único de especialización en medicina (PUEM) de UNAM en neurología (2do año de especialización) con sede en INNN.
 - Juan Carlos Huerta Galindo, Internal Medicine PGY-1, Interfaith Medical Center, New York City, U.S.A.
- d) Estas traducciones fueron puestas en consenso por el comité mencionado, obteniendo una primera versión en español por mexicanos (Ve2)
- e) Ve2 se entregó a un traductor hablante nativo del idioma original del instrumento (inglés) para la retrotraducción (Vi2). Esto estuvo a cargo de Patrick Weill, quien es un traductor oficial y certificado por la American Translators Association.
- f) Posterior a obtener la versión Vi2, se envió a la autora del instrumento original (Emmanuelle Peters) para verificar que los enunciado conservaran la referencia a los constructos. Una vez



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



que se agregaron los comentarios del autor al cuestionario por el comité de adaptación, se obtuvo la versión Ve3.

- g) Antes de llegar al consenso de la versión final VF (Ve4) se realizó una prueba piloto, para determinar la comprensión del instrumento. Esta consistió de 10 aplicaciones del instrumento a adultos mexicanos controles y 10 sujetos psicóticos de ambos sexos, realizada por dos aplicadores (Guillermo R. Delgado García y José A. Pacheco Osornio) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”. En esta prueba piloto se buscaron observaciones del cuestionario, sin embargo no fue modificado para mejorar su aplicabilidad y crear una versión final del instrumento adaptado transculturalmente VF.

6.3 Procedimientos de validación del instrumento traducido y adaptado transculturalmente

Se realizó la validación del instrumento traducido y adaptado transculturalmente en individuos mexicanos atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” que cumplieron los criterios de inclusión, siguiendo las guías y definiciones del grupo COSMIN (Consensus-based Standards for the Selection of Health Status Measurement Instruments) (Mokkink et al., 2010), la guía propuesta por Baker (usada y referida por el grupo de Peters) (Barker et al., 2016), el grupo de Epstein (Epstein et al., 2015) y lo utilizado en publicaciones ulteriores del instrumento. (Erawati et al., 2014; Ishikawa et al., 2017) Primero se reevaluó la validez nominal del instrumento por el comité de adaptación, posteriormente se aplicó el instrumento traducido y adaptado transculturalmente a tres grupos



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



(planeados por conveniencia): una muestra de 20 pacientes con esquizofrenia, 24 controles sanos y 13 pacientes con depresión y sin comorbilidad neurológica.

Se evaluaron en una segunda ocasión, 13 pacientes del grupo de esquizofrenia con el fin de determinar la fiabilidad entre prueba y re prueba, con un intervalo entre la primera y segunda evaluación esperado entre 2 y 6 semanas.

Se aplicaron IDB (Inventario de depresión de Beck), IAB (Inventario de Ansiedad de Beck), MMSE (Mini-mental state examination) y evaluación de subescala de síntomas positivos (PANSS-p) a todos los grupos.

Se analizaron las puntuaciones totales del instrumento, las de las subescalas temáticas (EA y PA) y las puntuaciones específicas de cada sesgo. Adicionalmente se correlacionarán estos factores con las puntuaciones totales de PANSS-p, IDB, IAB.

Así, se estableció la confiabilidad por análisis de correlaciones de consistencia interna y fiabilidad prueba-re prueba

No se realizó la validación de constructo dado que no existen los instrumentos usados por el grupo de Peters o similares validados en población mexicana. De la misma forma, el análisis factorial del instrumento no se realizó por el tamaño de la muestra.

Con respecto a la validez concurrente, en el estudio original (Peters et al., 2014), se utiliza la escala PSYRATS, IDB e IAB para evaluar la presencia y la gravedad de los síntomas positivos. En México están validados el IDB (en su primera versión) y el IAB (en su primera versión) que



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



se usarán en este estudio, pero no están validadas las propiedades psicométricas de PSYRATS.

El grupo japonés, por su parte, (Ishikawa et al., 2017) ha utilizado el instrumento PANSS con el fin de relacionar síntomas positivos y negativos con las puntuaciones del CBQp, con resultados favorables para la correlación con síntomas positivos, sin encontrar correlación significativa con síntomas negativos.

PANSS un instrumento con validez concurrente replicada en México (Fresán et al., 2005) que es útil y suficiente para los mismos fines de PSYRATS, en la subescala de síntomas positivos (PANSS-p).

6.4 Población y muestra.

No probabilística, por conveniencia, de casos consecutivos en individuos que acuden al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” y que han sido captados en urgencias, hospitalización y consulta externa. Se incluyeron tres grupos: una muestra de 20 pacientes con esquizofrenia, 24 controles sanos y 13 pacientes con depresión y sin comorbilidad neurológica. Además, se obtuvo una submuestra (13 personas con esquizofrenia) con una segunda evaluación en dos a seis semanas después, para determinar la fiabilidad prueba-reprueba. El grupo de controles se captó en familiares de pacientes atendidos en INNMVS.

6.5 Criterios de selección

- Criterios de inclusión generales:



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- ✓ Sujetos mexicanos de ambos sexos, atendidos en INNNMVS o familiar de personas atendidas.
 - ✓ Mayores de 18 años y menores de 65 años.
 - ✓ Que sepan leer y escribir; con capacidad de responder cuestionarios.
 - ✓ Que acudan con acompañante, cuidador o informante, en el caso de esquizofrenia o depresión.
 - ✓ Que acepte participar en el estudio y firme un consentimiento informado.
 - Criterios de inclusión específicos a los grupos:
 - ✓ Grupo 1 (Esquizofrenia):
 - Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios de DSM-V. (American Psychiatric Association, 2016), captado en consulta externa, hospitalización o urgencias.
 - ✓ Grupo 2 (Trastorno depresivo mayor):
 - Diagnóstico de Trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios de DSM-V. (American Psychiatric Association, 2016), captado en consulta externa, hospitalización o urgencias.
 - ✓ Grupo 3 (Controles sanos):
 - Desempeño cognitivo sin alteraciones en el momento de evaluación.
 - Sin antecedentes familiares de primer grado de depresión o esquizofrenia.
 - MMSE mayor a 27.
- Nota: Se procurarán a los familiares de pacientes en otras áreas clínicas con folio de familiar.
- Criterios de exclusión generales:



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- ✓ Enfermedad neurológica asociada.
Negativa a la participación en el estudio.
- ✓ Incapacidad o indisposición para responder los instrumentos de investigación.
- ✓ Antecedente de deterioro cognitivo o déficit intelectual en la historia clínica.
- ✓ Trastorno por consumo de sustancias/ Trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos.
- ✓ Trastorno bipolar; trastorno esquizoafectivo.
- ✓ Grupo de personas con trastorno depresivo: Antecedente de psicosis
- ✓ Grupo de controles: Antecedente personal o familiar (primer grado) de psicosis o depresión.
- Criterios de eliminación generales:
 - ✓ No completar el CBQp.
 - ✓ Retiro de consentimiento informado.

6.6 Definición de variables

Se resumen las definiciones de variables en la tabla 7.

Tabla 7. Definición de variables.				
<u>Variable</u>	<u>Definición Operacional</u>	<u>Instrumento de Medición</u>	<u>Tipo</u>	<u>Codificación, unidades de medición.</u>
1. Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de	Entrevista y revisión del expediente clínico.	Discreta	Años.


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


	la inclusión en el estudio.			
2. Sexo	Sexo del paciente de acuerdo a su historia clínica.	Entrevista y revisión del expediente clínico.	Nominal. Dicotómica.	Hombre Mujer.
3. Escolaridad	Años en educación escolar.	Entrevista y revisión del expediente clínico.	Dimensional Discreta	Años de escolaridad.
4. Evolución de la enfermedad.	Años desde el diagnóstico	Entrevista y revisión del expediente clínico.	Dimensional discreta.	Años
5. Diagnóstico	Criterios DSM-V	Historia clínica, entrevista y evaluación diagnóstica (DSM-V)	Nominal compuesta	<ul style="list-style-type: none"> ● Esquizofrenia ● Trastorno depresivo mayor ● Controles sanos
6. Sesgos cognitivos en psicosis. -Puntuación total (PT) -Puntuación específica por sesgo (JTC,PD,INT,RE y CT) (PE) -Puntuación de subesclas (EA y PA)	(Moritz et al., 2013)	CBQ	Dimensional Discreta	PT: 30 a 90. P. PA y EA: 15 a 45. P.E: 6 a 18.


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


7. Síntomas positivos en psicosis: -Puntuación total: -Puntuación específica: 1. Delirios 2. Desorganización 3. Comportamiento alucinatorio 4. Excitación 5. Grandiosidad 6. Susplicacia/perjuicio 7. Hostilidad	(Fresán et al., 2005)	PANSS-P (subescala de síntomas positivos)	<ul style="list-style-type: none"> ● Dimensional / Discreta. ● Categorical. 	-Puntuación total: 7-49 -Puntuación específica: 1. Delirios: 1-7. 2. Desorganización: 1-7. 3. Comportamiento alucinatorio: 1-7. 4. Excitación: 1-7. 5. Grandiosidad: 1-7. 6. Susplicacia/perjuicio: 1-7. 7. Hostilidad: 1-7.
8. Diagnóstico y severidad en depresión	Criterios DSM-V	Inventario de depresión de Beck	Dimensional discreta.	Por ítem: 0- 3 puntos. Rango potencial total: 0 a 63.
9. Diagnóstico y severidad en ansiedad	Criterios DSM-V	Inventario de ansiedad de Beck	Dimensional discreta.	Por ítem: 0- 3 puntos. Rango potencial total: 0 a 63.



6.7 Instrumentos de medición

6.7.1 El cuestionario de sesgos cognitivos:

Nota: Ver sección previa para características generales del CBQp

El rango potencial de puntuaciones totales es de 30 a 90. De 15 a 45 para cada tema (PA y EA) y de 6 a 18 para cada sesgo de pensamiento. El orden de los ítems y sus respuestas se aleatorizaron para reducir el sesgo.

Una vez que el equipo acordó la lista de elementos e instrucciones, basados en su experiencia clínica, se determinó la **factibilidad** del mismo. Se aleatorizaron los elementos del cuestionario y se administró a 10 pacientes con psicosis (5 hombres y 5 mujeres). La retroalimentación obtenida fue altamente positiva, con solo algunas modificaciones menores en la redacción de algunos de los elementos requeridos.

6.7.1.1 Las propiedades psicométricas, la metodología de validación y el análisis estadístico de CBQp.

Para la **validación** del CBQp, se utilizaron los datos de tres grupos, reclutados de manera multicéntrica: personas con psicosis (n=265), personas con depresión (n=34) y personas sanas (n=33). Ninguno había sufrido una lesión cerebral o enfermedad neurológica, ni había tenido un uso indebido de sustancias en el diagnóstico primario. Una submuestra 1, que constó de 30 pacientes con psicosis y 30 controles, estuvo disponible para la fiabilidad prueba-reprueba. Una



submuestra 2, de 42 individuos con psicosis, estuvo disponible para los análisis de validez de constructo.

Dado que el análisis factorial confirmatorio (CFA) es el método de elección para examinar la estructura de los factores, se usó para evaluar los modelos, proporcionando cargas factoriales individuales para los elementos de los modelos alternativos, más el ajuste general de los datos a la estructura hipotética. Los resultados se expresan de 2 formas:

- (1) el modelo global χ^2 para probar el ajuste del modelo hipotético con los datos, que no deben ser significativos (aunque los otros índices generalmente se favorecen, ya que puede ser demasiado conservador);
- (2) índices de ajuste: el índice de ajuste comparativo en forma robusta utilizando la corrección de Satorra-Bentler puede variar de 0 a 1, con valores por encima de 0.9 que indican modelos aceptables, y el error cuadrático medio de aproximación debe ser inferior a 0.05. Por otro lado, se utilizaron correlaciones de consistencia interna y prueba-prueba para demostrar confiabilidad.
 - Consistencia interna: el alfa de Cronbach del total de CBQp fue de 0.89, mostrando una buena consistencia interna.
 - Fiabilidad Test-Retest. (promedio de 11.5 semanas [SD = 9.3] entre administraciones). La correlación intraclase entre las puntuaciones totales de CBQp en los momentos 1 y 2 fue de 0,96 (IC 95%: 0,93-0,98; $p < 0,001$; grupo de psicosis = 0,94; IC = 0,88-0,97; $p < 0,001$; controles saludables) = 0.70, CI = 0.36–0.86; $P = .001$), lo que indica una buena confiabilidad test-retest.



Los autores satisfacen tres tipos de validez, de acuerdo a Barker: (Barker et al., 2016)

1. **La validez nominal**, fue establecida por la construcción de artículos originados por clínicos expertos y el estudio de factibilidad, esto para garantizar que los elementos muestren los diferentes aspectos del constructo que se mide.
2. **La validez de constructo (n=42)**, o el grado en que un instrumento mide el constructo objetivo y se cumple con la demostración de que la escala está relacionada con medidas equivalentes validadas del mismo constructo o similar. Esto se investigó mediante la correlación de los puntajes de CBQ totales y puntaje temático con el CST, y cada uno de los 5 sesgos cognitivos con una tarea / cuestionario equivalente.
 - Prueba de estilo cognitivo CST (Blackburn et al., 1986) evalúa los sesgos de pensamiento en la depresión. Tiene buena consistencia interna y validez nominal. Las puntuaciones totales (rango potencial: 30–120) se utilizaron para evaluar la convergencia Validez con puntaje total y temático de CBQp. Las puntuaciones en los ítems de uno mismo (rango potencial: 10-30) también se usaron como una medida proxy del **razonamiento emocional**.
 - Tarea de razonamiento probabilístico: La Tarea de razonamiento probabilístico («Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task. - PubMed - NCBI», s. f.) evaluó el sesgo de **salto a conclusiones**.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- Entrevista catastrofista: (H. M. Startup & Davey, 2001; Vasey & Borkovec, 1992) Para evaluar el sesgo de catastrofismo.
- Respuesta extrema (Philippa A. Garety et al., 2005; Teasdale et al., s. f.) en la escala de actitudes disfuncionales [DAS]) (Weissman & Beck, 1978) El **pensamiento dicotómico** se evaluó con esta prueba.
- Cuestionario de hostilidad e intenciones ambiguas (AIHQ, por sus siglas en inglés) (Combs et al., 2007) Se pidió a los participantes que calificaran el grado en que los escenarios negativos se cometieron a propósito, es decir, la **intencionalización**. Solo se incluyeron los escenarios accidentales y ambiguos.

Resultados:

- ✓ Ninguno de los puntajes de sesgo individual de CBQp se relacionó con su equivalente de tarea, aparte del "razonamiento emocional" y los elementos de autoevaluación CST ($r = .62, P < .001$), sin embargo, todos los sesgos también se relacionaron significativamente con los ítems autobasados y las puntuaciones totales de CST ($r = .60 - .85$).
- ✓ Los puntajes de catastrofismo se correlacionaron con el número de pasos catastróficos en la entrevista de catastrofismo;
- ✓ Los puntajes de intencionalidad se correlacionaron con los puntajes de "propósito" en los escenarios de AIHQ;
- ✓ Los puntajes de razonamiento emocional se correlacionaron con los puntajes de escenarios basados en sí mismos en el CST;



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- ✓ Las puntuaciones de JTC de los individuos que mostraron un sesgo de recopilación de datos en la tarea.
- ✓ Las puntuaciones de pensamiento dicotómico se correlacionaron con el número de respuestas extremas en el DAS. Se adoptó un nivel de significación de $p < 0,01$ para tener en cuenta las pruebas múltiples.
- ✓ Puntuaciones totales de CBQp ($r = .85$, $P < .001$) y ambos temas (AP: $r = .77$, $P < .001$; TE: $r = .85$, $P < .001$; $N = 35$) estaban altamente correlacionados con las puntuaciones del CST.

3. **La validez concurrente** se estableció de dos maneras:

- a) Para determinar si la escala está correlacionada con un criterio actual:
 - Se compararon 2 muestras clínicas (psicóticas y depresivas) con una muestra sana, y se compararon individuos sintomáticos con psicosis con sus homólogos no sintomáticos.
- b) Para determinar si el instrumento puede separar 2 grupos de criterios:
 - Las puntuaciones totales y temáticas de la CBQp se correlacionaron con las puntuaciones de los síntomas psicóticos y las puntuaciones de los trastornos emocionales.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Escalas de calificación psicótica: Para la calificación de los síntomas positivos se utilizó PSYRATS, que es una entrevista semiestructurada que mide las dimensiones psicológicas de los delirios y las alucinaciones. Los ítems se califican en una escala de 5 puntos, con un



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



rango potencial de puntajes para la subescala de alucinaciones de 0 a 44, y 0 a 24 para la subescala de delirios. (Haddock et al., 1999)

- Escalas de calificación para depresión y ansiedad: El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) son cuestionarios autoaplicables de 21 ítems ampliamente utilizados que evalúan la gravedad de la depresión y la ansiedad en las poblaciones clínicas. Los ítems se califican en una escala de 4 puntos, con un rango potencial de puntajes de 0 a 63. (A. T. Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Wu, 2017)

Resultados:

- Comparación entre psicóticos, deprimidos y sanos (**Se adoptó un nivel de significación de $p < 0,01$ para tener en cuenta las pruebas múltiples**)
- ✓ Un ANOVA de una vía mostró un efecto de grupo significativo ($F(2,329) = 17.8, P < .001$). Las pruebas post hoc de LSD revelaron que los controles sanos obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los grupos deprimidos y psicóticos (ambos $p < 0,001$), que no difirieron entre sí ($p = 0,31$).
- ✓ Se obtuvo el mismo patrón de resultados para TE, y para catastrofismo, pensamiento dicotómico y JTC
- ✓ El grupo de psicosis obtuvo una puntuación más alta que el grupo deprimido en Razonamiento emocional ($P = .009$) e Intencionalización ($P = .006$), y en el nivel de tendencia en AP ($P = .03$). La intencionalización fue el único sesgo en el que el grupo deprimido no se diferenció de los controles sanos ($P = .5$).



- Comparación entre los individuos sintomáticos y los no sintomáticos con media de la psicosis y las desviaciones estándar para las puntuaciones totales y temáticas de la CBQp en los grupos sintomáticos y no sintomáticos **(Se adoptó un nivel de significación de $p < 0,01$ para tener en cuenta la prueba múltiple)**
 - ✓ Las pruebas T mostraron que los pacientes con alucinaciones obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el CBQ total que aquellos que obtuvieron 0 en las voces de PSYRATS ($t(215) = 3.1, P = .002$). Se encontró el mismo patrón para PSYRATS-Delusions ($t(256) = 3.3, P = .001$).
 - ✓ Los grupos sintomáticos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las puntuaciones EA y PA y significativamente más altas (6 comparaciones en $P < .01$) o en el nivel de tendencia (3 en $P < .05$) en todos los sesgos individuales, excepto en el JTC, donde ambos grupos obtuvieron la misma puntuación. Altamente para alucinaciones ($t(215) = 1.4, P = .18$).
- Correlaciones entre los puntajes de CBQp y los puntajes de síntomas psicóticos
 - ✓ Los puntajes de CBQp se correlacionaron con los puntajes de PSYRATS en pacientes con alucinaciones / delirios,
 - ✓ Parcializando los puntajes de BDI y BAI. Debido a que los números eran más bajos (los puntajes BDI / BAI no estaban disponibles para todos los participantes), esto se hizo solo para el tema y los puntajes totales.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- ✓ Las puntuaciones de alucinación fueron modestas pero significativamente relacionadas con todas las puntuaciones de CBQp (CBQp total: $rp = .35$, $P = .01$; PA: $rp = .33$, $p = .02$; EA: $rp = .33$, $P = .02$; $N = 50$);
- ✓ las puntuaciones de delirio se correlacionaron con la puntuación temática PA ($rp = .26$, $P = .036$), a nivel de tendencia con las puntuaciones totales ($rp = .24$, $P = .055$), pero no con TE ($rp = .19$; $P = .14$; $N = 64$).

Este instrumento se ha traducido a distintos idiomas y los resultados se han replicado.

En términos de la consistencia interna, se reporta alpha de Cronbach del CBQ total fue 0.89, el ítem total las correlaciones variaron de 0.32 a 0.65.* De la prueba-reprueba, la correlación intraclase entre las puntuaciones totales en los momentos 1 y 2 fue de 0,96 (IC del 95%: 0,93-0,98; $p < 0,001$; grupo de psicosis = 0,94; IC = 0,88-0,97; $p < 0,001$; controles sanos). = 0.70, IC = 0.36-0.86; $P = .001$). En los estudios posteriores, se reportaron rangos de consistencia interna entre .722 y .783, fiabilidad prueba-reprueba de 0.664 a .825. (Bastiaens et al., 2013; Erawati et al., 2014; Ishikawa et al., 2017)

Como CBQp tiene buenas propiedades psicométricas y aparente sensibilidad a los síntomas positivos, se puede utilizar para estudiar los sesgos cognitivos en personas con trastornos psicóticos y en otras investigaciones psicopatológicas sobre trastornos relacionados con la esquizofrenia.



6.7.2 El inventario de depresión de Beck/ Inventario de ansiedad de Beck

Sabemos que el inventario de depresión de Beck (IDB), así como el inventario de ansiedad de Beck son algunas de las escalas más utilizadas para la medición de la severidad de los síntomas depresivos y ansiosos en muestras clínicas y no clínicas alrededor del mundo

Son cuestionarios autoaplicables de 21 ítems que evalúan la gravedad de la depresión y la ansiedad en las poblaciones clínicas. Los ítems se califican en una escala de 4 puntos, con un rango potencial de puntajes de 0 a 63. (A. T. Beck et al., 1988; Wu, 2017).

Las propiedades psicométricas, tanto del IDB como del IAB han sido replicadas con éxito en población mexicana (González, Reséndiz Rodríguez, & Reyes-Lagunes, 2015; Jurado et al., 1998; «Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas», s. f.) por lo que se deduce con evidencia que sus resultados son válidos mexicanos.

6.7.3 La escala de síntomas positivos y negativos (PANSS)

Dado que en México no hay estudios de validación referentes a PSYRATS, se utilizará la subescala PANSS-p (Dominio de síntomas positivos) que evalúa los mismos fines (presencia y severidad de síntomas positivos)

La Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) se desarrolló en un intento de proporcionar una evaluación más completa de los síntomas de la esquizofrenia. (Kay et al., 1987) Esta escala fue diseñada para evaluar tres dominios principales: positivo (7 ítems), negativo (7 ítems) y psicopatología general (14 ítems). La PANSS es una de las escalas clínicas más



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



utilizadas y refleja un enfoque basado en las consideraciones de un perfil más amplio de la psicopatología esquizofrénica y han generado una variedad de modelos que varían de cuatro a siete factores.

El uso generalizado de la PANSS en entornos clínicos de todo el mundo llevó a investigadores mexicanos a replicar sus propiedades psicométricas, en específico, la validez concurrente en población mexicana de sujetos con esquizofrenia y resultó exitoso. (Fresán et al., 2005) por ello se deduce con evidencia que sus resultados son válidos en esta población.

6.7.4 Evaluación breve del estado mental (MMSE)

MMSE (Evaluación breve del estado mental, o Mini-Mental State Examination de Folstein, por sus siglas en inglés) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) es frecuentemente utilizado para medir el funcionamiento cognitivo. Evalúa y puntúa: orientación tiempo/espacio, registro de información, atención y cálculo, evocación, lenguaje y visoconstrucción. Su consistencia interna se ha confirmado con un alpha de Cronbach entre 0.65 y 0.96, un índice *Kappa* de confiabilidad inter-evaluador de 0.83 y entre 0.79 y 0.99 para prueba- re prueba. (Folstein et al., 1975; Jorm, Scott, & Jacomb, 1989)

Este instrumento ha sido validado en población mexicana y tiene un ajuste de puntaje para el sujeto evaluado presenta un nivel escolar bajo. (de Beaman et al., 2004; Franco-Marina et al., 2010; Ostrosky-Solis, López-Arango, & Ardila, 2000)

6.8 Actividades a realizar

En la tabla 8 se describen las actividades a realizar en el presente trabajo, así como el personal



encargado.

Tabla 8. Actividades a realizar		
Actividad	Personal encargado	Fecha tentativa
1. Contactar autores del instrumento original	José Alberto Pacheco Osornio	Enero de 2019
2. Formación de comité de adaptación	José Alberto Pacheco Osornio Daniel Crail Melendez	Enero de 2019
3. Exposición y evaluación conceptual del instrumento y sus componentes	Comité de adaptación	Enero de 2019
4. Traducciones independientes del instrumento (3)	José Alberto Pacheco Osornio Guillermo R. Delgado García Juan Carlos Huerta Galindo	Enero de 2019
5. Reconciliación de las traducciones independientes	Comité de adaptación	Enero de 2019
6. Prueba piloto	José Alberto Pacheco Osornio y otros clínicos evaluadores, multidisciplinario.	Enero de 2019


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD


7. Síntesis del instrumento adaptado	Comité de adaptación.	Enero de 2019
8. Retrotraducción al idioma original y presentación a los autores del instrumento	Patrick Weill	Enero de 2019
9. Aplicación de instrumento y validación	José Alberto Pacheco Osornio y otros clínicos evaluadores, multidisciplinario.	Enero- marzo de 2019.
10. Análisis estadístico	José Alberto Pacheco Osornio Guillermo R. Delgado García Comité de adaptación	Marzo-junio de 2019
11. Reporte de resultados	José Alberto Pacheco Osornio Comité de adaptación	Marzo-junio de 2019.

6.8 Análisis estadístico tentativo

(En conveniencia con los resultados obtenidos)

1. Se utilizaron correlaciones de consistencia interna (Alfa de Cronbach) y fiabilidad prueba-prueba (Coeficiente de correlación intraclase) para demostrar confiabilidad.

De acuerdo a Barker, autor referido en el estudio original (Barker et al., 2016), la validez se obtiene en tres dimensiones, la validez nominal, validez de constructo como validez concurrente.



Así, las puntuaciones totales y temáticas de la CBQp se correlacionarán con las puntuaciones de PANNSp.

7 Consideraciones éticas

El estudio se realiza de acuerdo con los principios y el conjunto de reglas éticas expresadas por la Asociación Mundial de Médicos en su declaración de Helsinki, titulada “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, la cual fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, en Finlandia (1964), y tomando en cuenta las enmiendas sucesivas, incluyendo la más reciente, realizada en Edimburgo (2000).

En su apartado C, titulado “PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA”, el párrafo 31 afirma que: “El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.” En el párrafo 32, se afirma: “Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente.”

En todos los sujetos, se realiza las mediciones necesarias para el estudio mediante la previa lectura y firma de la carta de consentimiento informado, por parte del paciente y/o su familiar. En todos los casos se protege la confidencialidad de los participantes.



8 Consideraciones financieras

- Aporte Financiero: El costo de papelería será financiado por investigadores, y las evaluaciones todos los datos a considerar son de instrumentos diagnósticos y de gabinete previamente aplicados por lo que no se estima ningún gasto extraordinario.
- Recursos con los que se cuenta: Recursos de papelería y equipo de cómputo.
- Recursos a solicitar: Ninguno.
- Costo por paciente: Ninguno.

9 Cronograma de actividades

Ver “Tabla 4. Actividades a realizar”

10 RESULTADOS

10.1 Resultados de la adaptación transcultural

El tesista y el equipo tradujo y adaptó transculturalmente el instrumento clinimétrico (CBQp) (Peters et al., 2014) siguiendo las recomendaciones de Epstein y colaboradores (Epstein et al., 2015) y apoyados, por conveniencia cultural, en la metodología de los grupos posteriores que validaron el instrumento en sus poblaciones. (Bastiaens et al., 2013; Erawati et al., 2014; Ishikawa et al., 2017).



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



1. Para esto, se constituyó el comité para la adaptación transcultural por médicos de origen mexicano, bilingües y hablantes nativos de español:

-El dr. Edgar Daniel Crail Melendez, neuropsiquiatra, psicoterapeuta, miembro del sistema Nacional de Investigadores I y médico adscrito en la división de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”. Tutor de este trabajo.

-El dr. Leo Bayliss Amaya, neurólogo, neuropsiquiatra y especialista en envejecimiento cognitivo y demencias. Médico adscrito en la división de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.

2. También por médicos de origen mexicano, bilingües y hablantes nativos de español, se realizó la primera traducción, consensuada con una primera versión al español (Ve1) (Corral L, Labad J, & Ochoa S, s. f.) no validada y traducida por españoles, con el objetivo de agregar o cambiar palabras que se adapten al idioma y cultura mexicana. Los traductores fueron:

- José Alberto Pacheco Osornio, parte del programa único de especialización en medicina (PUEM) de UNAM en psiquiatría (4to año de especialización) con sede en INNN. Tesista y primer autor del presente trabajo.

-Guillermo Rubén Delgado García, médico internista, parte del programa único de especialización en medicina (PUEM) de UNAM en neurología (3er año de especialización) con



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



sede en INNN.

-Juan Carlos Huerta Galindo, Internal Medicine PGY-2, Interfaith Medical Center, New York City, U.S.A.

3. Estas traducciones fueron puestas en consenso por el comité de traducción y adaptación, obteniendo una primera versión en español por mexicanos (Ve2)
4. Ve2 se entregó a un traductor hablante nativo del idioma original del instrumento (inglés) para la retrotraducción (Vi2). Este fue Patrick Weill, quien es un traductor oficial y certificado por la American Translators Association.
5. Esta versión retrotraducida (Vi2) se envió a la autora del instrumento original (Emmanuelle Peters) para verificar que los enunciados se refirieran a lo mismo.
6. Se agregaron los comentarios del autor al cuestionario por el comité de adaptación y se obtiene la versión Ve3.
7. Se realia una prueba piloto ara determinar la comprensión del instrumento (por dos aplicadores (Guillermo R.Delgado García y José A. Pacheco Osornio) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velazco Suárez”)

En esta prueba piloto no se identificaron observaciones al cuestionario, por ello no fue modificado y se obtuvo la versión mexicana del CBQp o CBQpMX, que es, de acuerdo a la metodología aquí citada, una traducción adaptada transculturalmente.

Puede verse el instrumento traducido y adaptado en los anexos de este documento.



b) Resultados de la validación del instrumento adaptado transculturalmente

Se reclutaron entre los meses de enero y julio de 2019 a 57 sujetos para la aplicación del instrumento traducido y adaptado transculturalmente (CBQpMx). Todos ellos se capturaron en las instalaciones del Instituto Nacional de Neurología “Manuel Velasco Suárez”

De estos 57 pacientes: 25 son controles sanos reclutados en las salas de espera del instituto bajo los criterios ya mencionados en metodología. 13 son pacientes con trastorno depresivo mayor captados en consulta externa y hospitalización. 21 son pacientes con esquizofrenia, captados en consulta externa y hospitalización.

Todos los sujetos aceptaron participar en el estudio, previa explicación del mismo, firmando el consentimiento informado.

1. En la **tabla R1**, se exponen las características sociodemográficas de la muestra:

Tabla R1. Información sociodemográfica de la muestra			
Grupos	Esquizofrenia	Trastorno depresivo mayor	Controles sanos
N	20	13	24
Sexo	Mujeres: 12 Hombres: 8	Mujeres: 8 Hombres: 5	Mujeres: 14 Hombres: 10
Edad en años	44.15 (14.9)	52.4 (17.5)	47.6 (14.9)
Años de diagnóstico	17.69 (13.4)	10.81 (7.8)	0 (0)


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD


Años de escolaridad	11.1 (4)	9.6 (5.2)	13.5 (3.7)
MMSE	28 (.79)	28 (0.79)	28.3 (0.82)
IDB	10.20 (11.3)	19.4 (10.6)	5.5 (4.7)
IDA	10.8 (11.9)	18.1 (12.8)	5.4 (4.1)
PANSS-p	15.4 (5.45)	7 (0)	7 (0)
CBQpMXTotal	52.15 (9.4)	44.2 (6)	38.1 (3.2)
CBQpMXEA	26.16 (5.6)	23.3 (3.7)	20.2 (2)
CBQpMXPA	26 (4.7)	18.1 (12.8)	19.9 (1.9)

Acotaciones: MMSE: Mini-mental state examination, IDB: Inventario de depresión de Beck, IDA: Inventario de Ansiedad de Beck, PANSS-p: Subescala de síntomas positivos en psicosis, CBQpMX Total: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, puntuación total, CBQpMXEA: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, subescala de eventos amenazantes, CBQpMXPA: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, subescala de percepciones anómalas.

2. Con respecto a la evaluación de confiabilidad del instrumento, se resumen los resultados en la tabla R2 y R3:

Tabla R2. Sobre consistencia interna por Alpha de Cronbach en el grupo con esquizofrenia (n=20)	
CBQpMXTotal	0.81
CBQpMXEA	0.74
CBQpMXPA	0.61
Acotaciones: CBQpMX Total: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, puntuación total, CBQpMXEA: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, subescala de eventos amenazantes, CBQpMXPA: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, subescala de percepciones anómalas.	



Tabla R3. Sobre fiabilidad prueba y re prueba por coeficiente de coorelación de Pearson, en el grupo con esquizofrenia, submuestra 1 (n=13)	
CBQpMXTotal	1.0
CBQpMXEA	1.0
CBQpMXPA	0.99
<p>Acotaciones: CBQpMX Total: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, puntuación total, CBQpMXEA: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, subescala de eventos amenazantes, CBQpMXPA: Cuestionario de sesgos cognitivos en psicosis mexicano, subescala de percepciones anómalas.</p>	

3. Con respecto a correlaciones preliminares de la muestra:

Es importante resaltar que se encontraron distintas correlaciones significativas en el grupo de esquizofrenia, sin embargo no se encontraron en los grupos de sujetos con trastorno depresivo mayor y en los sujetos controles.

- En el grupo de esquizofrenia, se puede establecer una correlación significativa entre la gravedad de los síntomas positivos de esquizofrenia y la puntuación total del CBQpMX (R de Pearson de 0.45 con $p=0.045$), así como en la subescala de percepciones anómalas (R de Pearson de 0.47 con $p=0.035$), sin embargo, no fue así con la subescala de eventos amenazantes (R de Pearson de 0.36 con $p=0.123$).
- Los años de evolución de la enfermedad no se correlacionaron con PANSS-p, CBQpMX total ni las subescalas.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- Los años de escolaridad se correlacionaron inversamente con las puntuaciones de CBQpMX Total (R de Pearson de -0.66 con $p=0.002$), CBQpMXEA (R de Pearson de -0.67 con $p=0.001$), CBQpMXPA (R de Pearson de -0.51 y $p=0.021$)
- Los puntajes de IDB (Inventario de depresión de Beck), se correlacionaron significativamente con CBQpMX Total (R de Pearson de 0.52 con $p=0.019$) y CBQpMX EA (R de Pearson de 0.67 con $p=0.014$)

Por las características de la muestra en este momento, se obvió el análisis factorial y la búsqueda de propiedades discriminativas entre grupos diagnósticos para el instrumento. Son las mediciones que se continuarán en el proyecto.

11 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

El propósito de este estudio fue adaptar y validar transculturalmente el Cuestionario de Sesgos Cognitivos en Psicosis (CBQp) para su uso en población mexicana. Como ya se comentó, consideramos que este instrumento es de gran utilidad para la práctica e investigación clínica, ya que identifica y mide sesgos cognitivos presentes en psicosis, en específico, esquizofrenia. Estos sesgos requieren ser estudiadas con mayor profundidad y establecer su definición por consenso.

Si bien, la metodología usada para la traducción, adaptación y validación transcultural fue la recomendada por diversas guías y consensos, recordamos lo que el grupo de Epstein (Epstein,



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



Santo, & Guillemin, 2015) resalta sobre que no existe un método universalmente aceptado para llevar a cabo esto. Como estos autores declaran, el proceso formal de adaptación transcultural no se realiza de manera frecuente y existen pocos trabajos publicados que ejemplifiquen los procesos necesarios para estas adaptaciones de manera rigurosa.

La traducción y adaptación transcultural de CBQp, la consideramos de buena calidad. Aunado a esto, el poder presentar nuestra versión al equipo que la elaboró y validó originalmente, pudo darnos de primera mano la confianza de tener un instrumento mide el mismo constructo.

En el entendido de nuestra metodología y lo referido en la misma, obtuvimos validez nominal, validez por confiabilidad y validez de constructo de caracter concurrente. En este último respecto, la severidad de los síntomas positivos (PANSS-p) se correlacionó de manera significativa con la escala completa y una de las subescalas, que asemeja los resultados encontrados por grupos previos (Ishikawa et al., 2017; Peters et al., 2014)

También notamos que la correlación entre las puntuaciones del inventario de depresión de Beck y CBQpMx es mayor que la que tiene con la escala de severidad de síntomas positivos PANSS-p. Esto, si bien no era esperado por las referencias a estudios previos, tiene plausibilidad teórica. Ello en el entendido de los estados afectivos como efectos de los esquemas dsfuncionales y a sabiendas que el IDB comparte objetivos de medición con CBQpMx.

Otras novedades en sentido científico, investigamos la relación inversa entre escolaridad y la presencia de sesgos cognitivos, que fue importantemente significativo, lo que puede representar un camino a investigaciones futuras.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



De la misma manera, el estudio tiene varias limitaciones. Para empezar, los grupos de pacientes, en especial el grupo con esquizofrenia fue menor de lo planeado, ello se debe en parte al tipo de población atendida en nuestro centro hospitalario, que tiende a presentarse con comorbilidades neurológicas, criterio de exclusión para este estudio. Por otro lado, solamente se ha podido establecer confiabilidad y validez concurrente con la severidad del constructo. Las capacidades discriminativas del instrumento para los grupos no pudo ser correctamente calculada por el tamaño de muestra. Por ello se espera ampliar el número de sujetos del estudio con el objetivo de hacer su análisis factorial y así tener mayor información sobre la validez de constructo. Por el momento, este instrumento adaptado y validado transculturalmente es una herramienta útil en el sentido clínico y en futuras investigaciones. Con él podrán estudiarse con mayor profundidad los sesgos cognitivos en población mexicana con psicosis de manera confiable y válida.

12 Referencias

- 1 Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., Aaronson, N., & European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. (2008). Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(3), 509-521. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x>
- 2 American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



- 3 Asociación Psiquiátrica Mexicana, & Laboratorios Pfizer (México). (2003). *Programa de actualización continua en psiquiatría*. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana : Pfizer : Intersistemas.
- 4 Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-1139.
- 5 Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology: an introduction for students and practitioners* (Third edition). Malden, MA: Wiley Blackwell.
- 6 Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Wachter, D., van der Gaag, M., & De Hert, M. (2013). The Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (CBQ-P) and the Davos Assessment of Cognitive Biases (DACOBS): validation in a Flemish sample of psychotic patients and healthy controls. *Schizophrenia Research, 147*(2-3), 310-314.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.037>
- 7 Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: *Spine, 25*(24), 3186-3191.
<https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- 8 Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
- 9 Beck, Aaron T. (1991). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Harmondsworth,



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



Middlesex: Penguin Books.

- 10 Beck, Aaron T, Brown, G., & Steer, R. A. (s. f.). Differentiating Anxiety and Depression: A Test of the Cognitive Content-Specificity Hypothesis, 5.
- 11 Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001).
 PERSECUTORY DELUSIONS: A REVIEW AND THEORETICAL INTEGRATION.
Clinical Psychology Review, 21(8), 1143-1192.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00106-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00106-4)
- 12 Bentall, R. P., Fernyhough, C., Morrison, A. P., Lewis, S., & Corcoran, R. (2007). Prospects for a cognitive-developmental account of psychotic experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 155-173. <https://doi.org/10.1348/014466506X123011>
- 13 Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 331-341. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90131-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90131-7)
- 14 Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. J. P. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 25(4), 241-251.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1986.tb00704.x>
- 15 Broome, M. R., Johns, L. C., Valli, I., Woolley, J. B., Tabraham, P., Brett, C., ... McGuire, P. K. (2007). Delusion formation and reasoning biases in those at clinical high risk for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 191(S51), s38-s42.
<https://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s38>



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



- 16 Buchanan, A. (1996). Delusions: investigations into the psychology of delusional reasoning. By Philippa A. Garety and David R. Hemsley. Maudsley Monographs No.36. OUP/Institute of Psychiatry. January 1995. 186 pp. ISBN 0-19-262547-0. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6(2), 185-186. <https://doi.org/10.1002/cbm.87>
- 17 Chadwick, P. D., & Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 355-367.
- 18 Colbert, S. M., & Peters, E. R. (2002). NEED FOR CLOSURE AND JUMPING-TO-CONCLUSIONS IN DELUSION-PRONE INDIVIDUALS: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), 27-31.
<https://doi.org/10.1097/00005053-200201000-00007>
- 19 Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M., & Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(2), 128-143.
<https://doi.org/10.1080/13546800600787854>
- 20 Corral L, Labad J, & Ochoa S. (s. f.). CUESTIONARIO DE SESGOS COGNITIVOS (Peters et al) Versión española. *CTRA. DE L'INSTITUT PERE MATA*. Recuperado de www.peremata.com
- 21 de Beaman, S. R., Beaman, P. E., Garcia-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A., & Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1), 1-11.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



<https://doi.org/10.1076/anec.11.1.1.29366>

- 22 Drury, V., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. 3. Five-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 8-14.
- 23 Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & Macmillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 169(5), 593-601.
- 24 Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R. V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D., & Macdonald, R. R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 303-311.
- 25 Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435-441. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
- 26 Erawati, E., Keliat, B., & Daulima, N. (2014). The validation of the Indonesian version of psychotic symptoms ratings scale (PSYRATS), the Indonesian version of cognitive bias questionnaire for psychosis (CBQP) and metacognitive ability questionnaire (MAQ). *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 3(2), 97-100.
<https://doi.org/10.14419/ijans.v3i2.3132>
- 27 Fennell, M. J. V., & Campbell, E. A. (1984). The Cognitions Questionnaire: Specific



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- thinking errors in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 23(2), 81-92.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1984.tb00631.x>
- 28 Fine, C., Gardner, M., Craigie, J., & Gold, I. (2007). Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(1), 46-77. <https://doi.org/10.1080/13546800600750597>
- 29 Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- 30 Franco-Marina, F., García-González, J. J., Wagner-Echeagaray, F., Gallo, J., Ugalde, O., Sánchez-García, S., ... García-Peña, C. (2010). The Mini-mental State Examination revisited: ceiling and floor effects after score adjustment for educational level in an aging Mexican population. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 72-81.
<https://doi.org/10.1017/S1041610209990822>
- 31 Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425-457. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>
- 32 Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331-347.
<https://doi.org/10.1348/014466502760387461>
- 33 Freeman, D., Garety, P. A., & Phillips, M. L. (2000). An Examination of Hypervigilance for External Threat in Individuals with Generalized Anxiety Disorder and Individuals with



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- Persecutory Delusions Using Visual Scan Paths. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, 53(2), 549-567. <https://doi.org/10.1080/713755896>
- 34 Fresán, A., De la Fuente-Sandoval, C., Lozaga, C., García-Anaya, M., Meyenberg, N., Nicolini, H., & Apiquian, R. (2005). A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 72(2-3), 123-129.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.03.021>
- 35 Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(02).
<https://doi.org/10.1017/S0033291701003312>
- 36 Garety, Philippa A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D. G., ... Dudley, R. (2005). Reasoning, Emotions, and Delusional Conviction in Psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 373-384. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.373>
- 37 González, D. A., Reséndiz Rodríguez, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- 38 Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- 39 Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33(3), 419-431.
- 40 Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879-889.
- 41 Hyman, S. E., & Jenike, M. A. (1992). *Manual de problemas clínicos en psiquiatría*. Barcelona: Ed. Científicas y Técnicas.
- 42 Ishikawa, R., Ishigaki, T., Kikuchi, A., Matsumoto, K., Kobayashi, S., Morishige, S., ... Haga, D. (2017). Cross-Cultural Validation of the Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis in Japan and Examination of the Relationships Between Cognitive Biases and Schizophrenia Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 41(2), 313-323.
<https://doi.org/10.1007/s10608-016-9807-8>
- 43 Jolley, S., Garety, P., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., Kuipers, E., ... Hemsley, D. (2006). Attributional style in psychosis—The role of affect and belief type. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1597-1607. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.002>
- 44 Jorm, A. F., Scott, R., & Jacomb, P. A. (1989). Assessment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(1), 35-39.
<https://doi.org/10.1002/gps.930040109>
- 45 Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- 46 Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- 47 Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7027), 345-349.
- 48 Keshavan, M. S., Tandon, R., Boutros, N. N., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, «just the facts»: what we know in 2008 Part 3: neurobiology. *Schizophrenia Research*, 106(2-3), 89-107. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.07.020>
- 49 Kinderman, P., & Bentall, R. P. (s. f.). Causal Attributions in Paranoia and Depression: Internal, Personal, and Situational Attributions for Negative Events, 5.
- 50 Kingdon, D., & Turkington, D. (1998). Cognitive behaviour therapy of schizophrenia. En *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 59-79). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- 51 Krantz, S., & Hammen, C. (s. f.). Assessment of Cognitive Bias in Depression, 9.
- 52 Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D., & Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 171, 319-327.
- 53 Lefebvre, M. F. (s. f.). Cognitive Distortion and Cognitive Errors in Depressed Psychiatric



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



- and Low Back Pain Patients, 9.
- 54 Lincoln, T. M., Mehl, S., Exner, C., Lindenmeyer, J., & Rief, W. (2010). Attributional Style and Persecutory Delusions. Evidence for an Event Independent and State Specific External-Personal Attribution Bias for Social Situations. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 297-302. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9284-4>
- 55 Lovatt, A., Mason, O., Brett, C., & Peters, E. (2010). Psychotic-Like Experiences, Appraisals, and Trauma: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 813-819. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f97c3d>
- 56 Minas, I. H., Stuart, G. W., Klimidis, S., Jackson, H. J., Singh, B. S., & Copolov, D. L. (1992). Positive and negative symptoms in the psychoses: Multidimensional scaling of SAPS and SANS items. *Schizophrenia Research*, 8(2), 143-156. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(92\)90031-Y](https://doi.org/10.1016/0920-9964(92)90031-Y)
- 57 Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., ... de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 19(4), 539-549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- 58 Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., ... Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 61-69.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.007>

- 59 Morrison, A. P., French, P., & Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2241-2246.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.002>

- 60 Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., ... Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)

- 61 Moss-Morris, R., & Petrie, K. J. (1997). Cognitive distortions of somatic experiences: Revision and validation of a measure. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 293-306.

[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00020-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00020-2)

- 62 Ostrosky-Solís, F., López-Arango, G., & Ardila, A. (2000). Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in a Spanish-speaking population. *Applied Neuropsychology*, 7(1), 25-31. https://doi.org/10.1207/S15324826AN0701_4

- 63 Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- 64 Peters, E. R., Moritz, S., Schwannauer, M., Wiseman, Z., Greenwood, K. E., Scott, J., ... Garety, P. A. (2014). Cognitive Biases Questionnaire for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(2), 300-313. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs199>
- 65 Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), 287-299. <https://doi.org/10.1007/BF01173577>
- 66 Portillo, D. R. G. (s. f.). Editado por: Dr. Héctor Ortega Soto y Dr. Marcelo Valencia Collazos, 4.
- 67 Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance and guidelines | NICE. (s. f.). Recuperado 11 de julio de 2018, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- 68 Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task. - PubMed - NCBI. (s. f.). Recuperado 1 de enero de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2007889>
- 69 Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2011). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. Guilford Press.
- 70 Sachdev, P. (1998). Schizophrenia-Like Psychosis and Epilepsy: The Status of the Association. *American Journal of Psychiatry*, 155(3), 325-336. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.3.325>
- 71 Sadock, B. J., Sadock, V. A., Kaplan, H. I., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría:*



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. Barcelona: Wolters Kluwer.

- 72 Savulich, G., Shergill, S., & Yiend, J. (2012). Biased Cognition in Psychosis. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(4), jep.016711. <https://doi.org/10.5127/jep.016711>
- 73 Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., ... Barnes, T. R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 165-172.
- 74 So, S. H., Freeman, D., Dunn, G., Kapur, S., Kuipers, E., Bebbington, P., ... Garety, P. A. (2012). Jumping to conclusions, a lack of belief flexibility and delusional conviction in psychosis: A longitudinal investigation of the structure, frequency, and relatedness of reasoning biases. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 129-139. <https://doi.org/10.1037/a0025297>
- 75 Startup, H., Freeman, D., & Garety, P. A. (2007). Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: Developing the understanding of delusion distress and persistence. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 523-537. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.006>
- 76 Startup, H. M., & Davey, G. C. (2001). Mood as input and catastrophic worrying. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 83-96.
- 77 Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, «Just the Facts»: what we know in 2008 part 1: overview. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 4-19. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.01.022>



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



- 78 TARRIER, N., YUSUPOFF, L., KINNEY, C., MCCARTHY, E., GLEDHILL, A., HADDOCK, G., & MORRIS, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 317(7154), 303-307.
- 79 Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (s. f.). How Does Cognitive Therapy Prevent Relapse in Residual Depression? Evidence From a Controlled Trial, 11.
- 80 Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- 81 Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W. J. G., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(4), 651-657. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1>
- 82 The Brief Psychiatric Rating Scale - John E. Overall, Donald R. Gorham, 1962. (s. f.). Recuperado 1 de enero de 2019, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- 83 Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 365-373.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.365>

- 84 Van Dael, F., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Data Gathering: Biased in Psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 341-351.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj021>

- 85 Vasey, M. W., & Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16(5), 505-520.

<https://doi.org/10.1007/BF01175138>

- 86 Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. (s. f.). Recuperado 1 de enero de 2019, de

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/version-mexicana-d-el-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>

- 87 Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation*. Recuperado de

<https://eric.ed.gov/?id=ED167619>

- 88 Wild, D., Eremenco, S., Mear, I., Martin, M., Houchin, C., Gawlicki, M., ... Molsen, E. (2009). Multinational trials-recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: the ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force report. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 12(4), 430-440.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00471.x>

89 Wilkinson, I. M., & Blackburn, I. M. (1981). Cognitive style in depressed and recovered depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(4), 283-292.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1981.tb00528.x>

90 Wu, J. (2017, agosto 4). Beck Depression Inventory-Second Edition [Text]. Recuperado 1 de enero de 2019, de <https://www.nctsn.org/measures/beck-depression-inventory-second-edition>



11. Apéndices

11.1 Criterios diagnósticos utilizados en el presente trabajo

11.1.1 Esquizofrenia 295.90 (F20.9) (American Psychiatric Association, 2016)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si: Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de



evolución diagnósticos.

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que de- finen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión to- tal* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial Episodios múltiples, actualmente en remisión total
- Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
- No especificado
- *Especificar* si: Con catatonía



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



- *Especificar* la gravedad actual: La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

11.1.2 Trastorno de depresión mayor 296.x (F32.x) (American Psychiatric Association, 2016)

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.

4. Insomnio o hipersomnía casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



Notas:

- Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.
 - Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.



Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión.

La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente*
Leve (pág. 126)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado (pág. 127)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (pág. 127)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas** (pág. 123)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial (pág. 126)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total (pág. 126)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Notas:

*Para un episodio que se considera recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor. Las definiciones de los especificadores se encuentran en las páginas indicadas.

**Si existen características psicóticas, codificar el especificador “con características psicóticas”



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



independientemente de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/ remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar:

- **Con ansiedad.**
- **Con características mixtas.**
- **Con características melancólicas.**
- **Con características atípicas.**
- **Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.**
- **Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.**
- **Con catatonía.**
- **Con inicio en el periparto.**
- **Con patrón estacional** (solo episodio recurrente).
- **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



11.2 Formato de consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Traducción, adaptación y validación transcultural del Cuestionario de Sesgos Cognitivos en psicosis (CBQp) en población mexicana”, con número de registro:

Autorización:

Yo, _____, declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio titulado **“Traducción, adaptación y validación transcultural del Cuestionario de Sesgos Cognitivos en psicosis (CBQp) en población mexicana”**, que se realiza en esta institución y cuyos objetivos, procedimientos y riesgos ya conozco.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee, y que puedo solicitar información adicional sobre los riesgos y beneficios de mi participación.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



 Firma y nombre del participante.

 Firma y nombre del representante legal.

 Firma y nombre del testigo.

 Firma y nombre del investigador.

Ccp. Paciente y familiar.

Ccp. Investigadores.

Ciudad de México a ____ de ____ de ____

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Invitación a participar:

Si usted ha sido invitado a participar en este estudio, seguramente se le ha dado el diagnóstico de esquizofrenia, epilepsia, depresión en algún momento de su atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. En otro caso, usted no tiene estos diagnósticos y se quiere contar con su ayuda como control sano.

El objetivo principal de este estudio es identificar sesgos cognitivos en personas con los diagnósticos mencionados, o sea, maneras de pensar que llevan a conclusiones erróneas en situaciones cotidianas. Este tipo de síntomas ya han sido atendidos con psicoterapia cognitiva exitosamente, pero hay muy poca evidencia para proceder con la misma en población mexicana. La psicoterapia cognitiva es un procedimiento terapéutico con pláticas planeadas que buscan



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



mejorar la manera de pensar de las personas, sobre todo cuando afecta su salud emocional. Esto en general, repercute directamente en su condición como paciente. Con su participación, tendremos un mayor fundamento científico para determinar el uso de psicoterapia cognitiva en casos de este tipo en México.

Este proyecto no implica riesgo alguno para los participantes, respeta los principios básicos de beneficencia y autonomía, y se mantiene en estricto apego a lo estipulado por en la Ley General de Salud (capítulo 5) y en los principios éticos enmarcados en la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial.

Nos gustaría que aclarara todas sus dudas con los responsables del estudio, con el fin de procurar su tranquilidad y tenga la seguridad de que no corre ningún riesgo.

Procedimiento: Inicialmente se hará una breve entrevista donde valoraremos si es candidato a participar en el estudio. Posteriormente, responderá sobre su edad, sexo, estado civil, escolaridad, entre otros datos generales. Se le aplicarán tres cuestionarios CBQp, IDB e IAB, esto con el fin de **determinar la comprensión del instrumento y determinar su viabilidad en el campo clínico y analizar los datos que arrojen los cuestionarios.** Toda la información recabada será manejada con estricta confidencialidad.

Usted puede decidir no continuar con el estudio en el momento que quiera. De ser así, no afectará su atención dentro del hospital de ninguna manera.

Efectos indeseables y riesgos:



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Tanto la entrevista, como la aplicación de los cuestionarios son procedimientos completamente seguros en sí mismos. En este protocolo no se implica la aplicación de ningún medicamento. En cualquier momento usted puede suspender el procedimiento y siempre estará acompañado de un médico y su familiar.

Beneficios de participar en el estudio:

Si bien, la participación en este estudio no beneficia de manera directa su atención, sí lo hará indirectamente, al apoyar la investigación de estos aspectos de su condición y brindará elementos para la búsqueda de nuevos diagnósticos y tratamientos no convencionales.

Confidencialidad:

Los datos generados durante el estudio serán completamente confidenciales y en ningún momento se revelará su identidad a personas ajenas al equipo de investigación, quienes seremos los únicos con acceso a la información del proyecto.

Para cualquier duda o aclaración con respecto a su participación en el proyecto, tenga la confianza de contactar a los responsables de la investigación.

Dr. Daniel Crail danielcrail@yahoo.com

Dr. Alberto Pacheco jalbertopacheco@gmail.com Tel. 5512459854.



11.3 Versión original del Cuestionario de Sesgos Cognitivos en Psicosis.

Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (Peters et al., 2014)

Instructions: In this questionnaire you will find a number of descriptions of everyday events.

After each situation are different ways that people might react, labeled A, B, or C. *Please imagine yourself in each situation as vividly as possible.* Once you have imagined that the event is happening to you, *please choose the option that best describes how you might think about the situation.* If none of the options matches completely how you might react, choose the one which is the closest. If more than 1 option applies, choose the one which would run through your mind most often. When you have decided which option you are most likely to think, put a circle around the letter next to it. *There are no right or wrong answers.* Work through the questions fairly quickly, making sure you pick the option that is nearest to what your *immediate* reaction might be.

1. Imagine you receive a letter and you notice it is not sealed. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: Someone has deliberately opened this letter already

B: I wonder if this may have been opened again after it was written

C: I don't think anything of it.

2. Imagine that you are walking down the street when you hear your name being called, but when you look around you don't see anybody. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: Something strange is going on


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


<p>B: There is something really dangerous about this</p> <p>C: I must be imagining things.</p>
<p>3. Imagine your food tastes different from usual. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: Someone may have done something to my food on purpose</p> <p>B: This food must have been prepared with a different ingredient today</p> <p>C: Someone has deliberately spiked my food.</p>
<p>4. Imagine that on your way to work you notice that all the traffic lights turn red as you approach them. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: It's going to take me longer to get in this morning</p> <p>B: That's all I need, I'm going to be really late now</p> <p>C: My day is going to be ruined.</p>
<p>5. Imagine you are standing at a bus stop when the bus you have been waiting for drives past half empty without stopping. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: People are always so nasty</p> <p>B: People aren't very nice sometimes</p> <p>C: The driver must be in a bad mood today</p>
<p>6. Imagine you have a really bad pain in your head. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: There must be something wrong with me</p> <p>B: There's lots of different reasons why I might have this pain</p> <p>C: I must have something really serious, like a brain tumour</p>
<p>7. Imagine that while on the bus you notice a stranger staring at you. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


A: The way this person is staring at me is a bit worrying

B: This person must mean me harm to be staring at me that way

C: This person is being really rude to be staring at me in that way.

8. Imagine you are sitting at home and suddenly you feel very odd. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: I wonder why I feel odd, could something sinister be going on somewhere

B: This feeling is proof that there is something bad happening somewhere to someone I know

C: I must be overtired or something.

9. Imagine you applied for a job and did not get it. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: Perhaps I can get some feedback about why I did not get the job

B: I wonder if I did not do very well at the interview

C: I'll never be able to get a job.

10. Imagine that you are on a train when you suddenly have a strong feeling you have been there before. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: This is some kind of premonition that something awful has happened or will happen

B: I wonder whether this is some kind of premonition

C: This is a weird, but common experience.

11. Imagine you get turned down to go out by someone you like or a friend. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: I quite often get rejected in this situation

B: You win some, you lose some

C: I always get rejected for anything I try

12. Imagine that one day you enter a shop and you hear people laughing. *I am most likely*


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


<p><i>to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: They must be laughing at me</p> <p>B: I wonder if they are laughing at me</p> <p>C: The laughing is probably nothing to do with me</p>
<p>13. Imagine there are police cars outside your house. You suddenly realise you feel uncomfortable. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: Funny how just seeing the police has this unsettling effect on people</p> <p>B: I wonder why I feel so uncomfortable, could the cars be something to do with me</p> <p>C: I must have done something wrong to feel so uncomfortable, they've come to get me</p>
<p>14. Imagine you are watching television, and suddenly the screen goes blank. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: Weird things are always happening</p> <p>B: This sort of thing seems to happen quite a lot</p> <p>C: There must be something wrong with the TV today</p>
<p>15. Imagine two people in a queue at a supermarket both look your way at the same time and then immediately start to talk to each other. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: This is not the first time this has happened</p> <p>B: This sort of thing can happen in queues</p> <p>C: This always happens wherever I go</p>
<p>16. Imagine you are waiting in a café for an acquaintance to arrive, and you suddenly feel a strange shivery feeling inside. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: Feeling shivery is a bad omen, I don't think I should meet this person</p> <p>B: I must be nervous about meeting this person</p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


<p>C: I wonder if feeling shivery means something bad might happen</p>
<p>17. Imagine you think you see a shadowy figure moving across the wall of an empty room. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: I wonder what that was</p> <p>B: My eyes must be playing tricks on me</p> <p>C: There must have been someone or something there</p>
<p>18. Imagine that the phone rings. When you answer, the other party hangs up. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: I wonder if there's something suspicious about this</p> <p>B: Somebody is definitely checking up on me</p> <p>C: Someone's probably got the wrong number</p>
<p>19. Imagine you are watching the news on TV about a recent disaster, and you find yourself feeling guilty. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: If I feel guilty I must be responsible in some way</p> <p>B: It's normal to feel guilty when a disaster has happened to someone else.</p> <p>C: I wonder why I feel guilty, maybe I'm unwittingly responsible in some way</p>
<p>20. Imagine you are listening to the radio and suddenly there is crackling interference. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>
<p>A: Someone has deliberately tampered with my radio so that it is no longer tuned properly</p> <p>B: I wonder if someone has been fiddling with my radio</p> <p>C: There is some sort of interference on the radio waves</p>
<p>21. Imagine that you are sitting on a train, and you think you can hear two people behind you talking about you. When you look round they are reading their papers and not talking to each other. <i>I am most likely to think: (please circle A, B, or C)</i></p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


A: They were definitely talking about me, they're just pretending to be reading their paper

B: I'm sure I heard them talking about me, maybe I was wrong

C: I should find out if anyone else ever has this kind of experience before deciding what really happened

22. Imagine you are at home; everything is quiet when you hear a sudden fast banging on the walls. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: The neighbours are doing this deliberately to upset me

B: The neighbours could be doing some kind of home improvements

C: The neighbours might be trying to tell me something.

23. Imagine you are reading a newspaper or magazine, and you read an article which has some special relevance to you. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: This article seems to have been written with people like me in mind

B: I wonder if someone may have written this article for me

C: Someone has definitely written this article for me specifically

24. Imagine you notice that a person you don't know is looking at you. You suddenly find yourself feeling unsettled. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: Feeling this unsettled means this person intends to do me harm

B: I wonder why I feel this unsettled, could this mean this person is thinking bad things about me

C: Being looked at can make people feel unsettled, I don't worry about it

25. Imagine that one evening you are sitting at home alone when a door suddenly slams by itself in another room. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: Someone or something must have got into the house

B: I wonder if somebody or something's there

C: It's probably a draught


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


26. Imagine someone you know calls you just as you were thinking about them. As you pick up the phone you suddenly realise you are feeling upset. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: It's odd that I should feel upset, but I don't read too much into it

B: I wonder why I feel upset, could there be something peculiar about this call

C: Feeling upset means something, it must be bad news.

27. Imagine you are walking down the road when you suddenly notice a careers poster which seems to stand out from your surroundings. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: I wonder why my eyes seem so drawn to that poster

B: Maybe I'm noticing it because my career isn't such a success

C: It's a sign that my life is such a failure

28. Imagine you are on a bus; the driver keeps stopping abruptly, so that you stumble each time. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: I wonder if he's doing it on purpose to wind people up

B: This bus driver can't drive properly

C: He's doing it on purpose to humiliate me

29. Imagine you hear that a friend is having a party and you have not been invited. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: I wonder if they don't like me as much as I thought they did

B: Perhaps I can try to find out a bit more about the situation before making any assumptions

C: They obviously don't like me

30. Imagine you are dozing on the sofa in front of the TV and you suddenly wake up startled. *I am most likely to think: (please circle A, B, or C)*

A: I tend to always wake up startled when I'm dozing



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



B: The TV must have woken me

C: I can never get any sleep

Scoring: The questionnaire consists of 30 statements, covering 2 separate themes of vignettes: 15 relating to *AP* and 15 relating to *TE*. Each group of statements covers 5 cognitive biases: *intentionalising; catastrophising; dichotomous thinking; jumping to conclusions; and emotional reasoning*. There are 3 statements per bias for each theme, ie, 6 statements per bias in total. The statements and responses are randomly listed. Each statement is rated on a 3-point scale ranging from 1 to 3 (1 = absence of bias; 2 = presence of bias with some qualification; and 3 = presence of bias). The maximum total score for each theme is 45, with a total overall score of 90.

1. TE/I A = 3 B = 2 C = 1	2. AP/C A = 2 B = 3 C = 1	3. AP/I A = 2 B = 1 C = 3	4. TE/C A = 1 B = 2 C = 3
5. TE/DT A = 3 B = 2 C = 1	6. AP/JTC A = 2 B = 1 C = 3	7. TE/C A = 2 B = 3 C = 1	8. AP/ER A = 2 B = 3 C = 1
9. TE/JTC A = 1 B = 2 C = 3	10. AP/C A = 3 B = 2 C = 1	11. TE/DT A = 2 B = 1 C = 3	12. TE/C A = 3 B = 2 C = 1
13. TE/ER A = 1 B = 2 C = 3	14. AP/DT A = 3 B = 2 C = 1	15. TE/DT A = 2 B = 1 C = 3	16. AP/ER A = 3 B = 1 C = 2
17. AP/JTC A = 2 B = 1 C = 3	18. TE/JTC A = 2 B = 3 C = 1	19. TE/ER A = 3 B = 1 C = 2	20. AP/I A = 3 B = 2 C = 1
21. AP/JTC A = 3 B = 2 C = 1	22. TE/I A = 3 B = 1 C = 2	23. AP/I A = 1 B = 2 C = 3	24. TE/ER A = 3 B = 2 C = 1
25. AP/C A = 3 B = 2 C = 1	26. AP/ER A = 1 B = 2 C = 3	27. AP/DT A = 1 B = 2 C = 3	28. TE/I A = 2 B = 1 C = 3
29. TE/JTC A = 2 B = 1 C = 3	30. AP/DT A = 2 B = 1 C = 3	— — —	— — —



Key: TE, threatening event; AP, anomalous perception; I, intentionalising; C, catastrophising; DT, dichotomous thinking; JTC, jumping to conclusions; ER, emotional reasoning.

30.1 Versión de PANSS-p en español

Nombre:

Folio:

Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia, Subescala de síntomas positivos. (PANSS-p)

- **Administración:** Ha de ser administrada por un/a clínico/a, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada. El tiempo aproximado de administración es de 30-40 minutos.
- **Puntuación:** Se utilizará sólo una de las puntuaciones dimensionales, la de síndrome positivo.

La puntuación en la escala positiva (PANSS-P) se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que estas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. En la siguiente tabla se representan las puntuaciones directas que corresponden a los percentiles 5, 25, 50, 75 y 95.

Escala Positiva (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-P							

Puntos:

Percentil:



Percentil	Puntuación en la PANSS-P
5	12
25	21
50	26
75	31
95	38

30.2 Versión de PANSS-p en español

Pl. **DELIRIOS**. Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas.

Bases para la valoración: los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y en la conducta.

- 1) **Ausente:** No aplicable.
- 2) **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3) **Leve:** Presencia de uno o dos delirios vagos, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- 4) **Moderado:** Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados e inestables, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- 5) **Moderadamente grave:** Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- 6) **Grave:** Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.

- 7) **Extremo:** Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos, y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente, esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden incluso poner en peligro la vida del o de la paciente o la de otras personas.

P2. **DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL.** Proceso desorganizado de pensamiento

caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento.

Bases para la valoración: Los procesos cognitivo-verbales observados durante la entrevista.

- 1) **Ausente:** No aplicable.
- 2) **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3) **Leve:** El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Existen algunas dificultades para dirigir el pensamiento hacia un objetivo, y puede manifestarse, bajo situaciones de presión, una cierta debilitación de las asociaciones.
- 4) **Moderado:** Es capaz de concretar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero pasa a ser vago o incoherente al afrontar comunicaciones más complejas o en situaciones de una mínima presión.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



- 5) **Moderadamente grave:** Generalmente tiene dificultades para organizar los pensamientos, como se pone de manifiesto en frecuentes incoherencias, inconsistencias o debilitación de las asociaciones incluso en ausencia de presión.
- 6) **Grave:** El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce grandes incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento, fenómenos que aparecen casi constantemente.
- 7) **Extremo:** Los pensamientos están perturbados hasta el punto de que el/la paciente resulta incoherente. Existe una notable debilitación de las asociaciones, cosa que origina una total imposibilidad de comunicación, por ejemplo, la ‘ensalada de palabras’ o el mutismo.

P3. CONDUCTA ALUCINATORIA. Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático.

Bases para la valoración: Las explicaciones verbales y las manifestaciones físicas durante la entrevista. Así como las informaciones sobre la conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

- 1) **Ausente:** No aplicable.
- 2) **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3) **Leve:** Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o bien una serie



de percepciones difusas y anormales que no provocan distorsiones del pensamiento o de la conducta.

- 4) **Moderado:** Las alucinaciones se producen de manera frecuente pero no continua, y la capacidad de pensamiento y la conducta del o de la paciente se ven afectadas sólo en menor medida.
- 5) **Moderadamente grave:** Las alucinaciones son frecuentes, puede intervenir en ellas más de un sentido, y tienden a distorsionar el pensamiento y/o a perturbar la conducta. El/la paciente puede plantear una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y, en ocasiones, también verbalmente.
- 6) **Grave:** Las alucinaciones se producen de manera casi continua y causan grandes perturbaciones del pensamiento y la conducta. El/la paciente reacciona ante estas alucinaciones como si fueran percepciones, y su funcionamiento se ve dificultado por frecuentes respuestas emocionales y verbales a dichas alucinaciones.
- 7) **Extremo:** El/la paciente está casi totalmente obsesionado con las alucinaciones, las cuales virtualmente dominan el pensamiento y la conducta. Se da a las alucinaciones una interpretación rígida y delirante y provocan respuestas verbales y de conducta, que incluyen la obediencia a órdenes presuntamente recibidas durante las alucinaciones.

P4. EXCITACIÓN.

Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo.

Bases para la valoración: La conducta manifestada durante la entrevista, así como las informaciones sobre su conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

- 1) **Ausente:** No aplicable.
- 2) **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3) **Leve:** Tiende a sentirse ligeramente inquieto, en un excesivo estado de alerta, o moderadamente sobre-estimulado durante toda la entrevista, pero sin episodios claros de excitación ni una gran inestabilidad de ánimo. El habla puede ser ligeramente nerviosa.
- 4) **Moderado:** El nerviosismo o sobre-estimulación es claramente evidente a lo largo de la entrevista, y afectan al habla y la movilidad general, o se producen esporádicamente accesos episódicos.
- 5) **Moderadamente grave:** Se observa un grado significativo de hiperactividad o frecuentes accesos de la actividad motriz. En cualquier momento, al/ a la paciente le resulta difícil permanecer sentado y sin moverse durante más de unos pocos minutos.
- 6) **Grave:** Un notable nerviosismo domina la entrevista, limita la atención y, hasta cierto punto, afecta las funciones personales, como la alimentación y el sueño.
- 7) **Extremo:** Un notable nerviosismo interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace virtualmente imposibles los contactos interpersonales. La aceleración del habla y la



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



actividad motriz puede producir incoherencia y agotamiento físico.

P5. GRANDIOSIDAD. Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidad extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral.

Bases para la valoración: Los pensamientos expresados durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.

- 1) **Ausente:** No aplicable.
- 2) **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3) **Leve:** Es evidente una cierta expansividad y ostentación, pero sin delirios de grandeza bien definidos.
- 4) **Moderado:** Se siente clara e ilusoriamente superior a los demás. Pueden existir algunos delirios poco definidos sobre una condición social o unas capacidades especiales, pero el/la paciente no se ve afectado/a.
- 5) **Moderadamente grave:** Se expresan delirios bien definidos sobre unas capacidades y un poder y condición social extraordinarios que influyen en la actitud, pero no en la conducta.
- 6) **Grave:** Se expresan delirios definidos sobre una superioridad extraordinaria que se refieren a más de un parámetro (riqueza, conocimientos, fama, etc.) e influyen en las interacciones, que pueden verse afectados.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



- 7) **Extremo:** El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominados por múltiples delirios sobre capacidades, riqueza, conocimientos, fama, poder y/o talla moral extraordinarios, que pueden tomar un cariz extravagante.

P6. SUSPICACIA/PERJUICIO. Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretendan hacerle daño.

Bases para la valoración: Los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia sobre la conducta.

- 1) **Ausente:** No aplicable.
- 2) **Mínimo:** Patología dudosa; pueda estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3) **Leve:** Presenta una actitud recelosa o incluso abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta se ven mínimamente afectados.
- 4) **Moderado:** La desconfianza es claramente evidente y se manifiesta en la entrevista y/o en la conducta, pero no hay pruebas de delirios persecutorios. Alternativamente, puede haber indicios de delirios persecutorios poco definidos, pero éstos no parecen afectar la actitud ni las relaciones interpersonales del o de la paciente.
- 5) **Moderadamente grave:** El/la paciente muestra una notable desconfianza, lo que perturba gravemente las relaciones interpersonales, o bien existen delirios persecutorios bien definidos que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la



conducta.

- 6) **Grave:** Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones interpersonales.
- 7) **Extremo:** Una red de delirios persecutorios sistematizados domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del o de la paciente.

P7. HOSTILIDAD. Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física.

Bases para la valoración: La conducta interpersonal observada durante la entrevista y las informaciones aportadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

- 1) **Ausente:** No aplicable.
- 2) **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3) **Leve:** Manifestaciones indirectas o reprimidas de ira, como sarcasmos, faltas de respeto, expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.
- 4) **Moderado:** Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.
- 5) **Moderadamente grave:** El/la paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.
- 6) **Grave:** La falta de cooperación y los insultos o amenazas se manifiestan notablemente durante la entrevista y tienen un serio impacto sobre las relaciones sociales. El/la paciente puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.
- 7) **Extremo:** La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 0913012



la interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.



30.3 Versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck.

Tiempo de aplicación: los últimos tres días.

Inventario de depresión de Beck (BAI)
<p>Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de ideas comunes en la depresión. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique la oración que más se identifique con usted.</p>
<p>1. Tristeza:</p> <p>0 = No me siento triste.</p> <p>1 = Me siento triste y melancólico.</p> <p>2a = Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.</p> <p>2b = Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.</p>
<p>2. Pesimismo:</p> <p>0 = No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.</p> <p>1 = Me siento desalentado por el futuro.</p> <p>2a = Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.</p> <p>2b = Siento que nunca saldré de mis problemas.</p> <p>3 = Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.</p>
<p>3. Sensación de fracaso:</p> <p>0 = No me siento como un fracasado.</p> <p>1 = Siento que he fracasado más que el promedio.</p> <p>2a = Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.</p> <p>2b = Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.</p> <p>3 = Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, esposo, esposa, etc.).</p>
<p>4. Insatisfacción:</p> <p>0 = No estoy particularmente insatisfecho.</p> <p>1a = Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.</p> <p>1b = No gozo cosas de la manera que acostumbraba.</p> <p>2 = Nunca siento satisfacción de nada.</p> <p>3 = Estoy insatisfecho de todo.</p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD


<p>5. Culpas:</p> <p>0 = No me siento particularmente culpable.</p> <p>1a = Me siento mal o indigno gran parte del tiempo.</p> <p>1b = Me siento algo culpable.</p> <p>2 = Me siento mal o indigno casi siempre.</p> <p>3 = Siento que soy muy malo o inútil.</p>
<p>6. Expectativas de castigo:</p> <p>0 = No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 = He tenido la sensación de que algo malo me pueda ocurrir.</p> <p>2 = Siento que soy castigado o que seré castigado.</p> <p>3 = Creo que merezco ser castigado.</p>
<p>7. Autodesagrado:</p> <p>0 = No me siento decepcionado de mí mismo.</p> <p>1a = Estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p>1b = No me agrado.</p> <p>2 = Estoy disgustado conmigo mismo.</p> <p>3 = Me odio.</p>
<p>8. Autoacusaciones:</p> <p>0 = No creo ser peor que cualquier otro.</p> <p>1 = Me critico por mi debilidad y errores.</p> <p>2 = Me reprocho mis culpas.</p> <p>3 = Me reprocho todo lo malo que ocurre.</p>
<p>9. Llanto:</p> <p>0 = No lloro más de lo usual.</p> <p>1 = Lloro más de lo que acostumbraba.</p> <p>2 = Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo.</p> <p>3 = Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera hacerlo.</p>
<p>10. Ideas suicidas:</p> <p>0 = No tengo ninguna intención de hacerme daño.</p> <p>1 = Tengo intenciones de hacerme daño pero no las llevaría a cabo.</p> <p>2a = Siento que estaría mejor muerto.</p> <p>2b = Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.</p> <p>3 = Tengo planes definidos para suicidarme.</p> <p>3b = Me mataría si pudiera.</p>
<p>11. Irritabilidad:</p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


<p>0 = No estoy más irritado de lo habitual. 1 = Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual. 2 = Me siento irritado siempre. 3 = Me irrito con las cosas que usualmente no me irritaban.</p>
<p>12. Separación social: 0 = No he perdido interés por la gente. 1 = Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba a estar. 2 = He perdido casi totalmente el interés por las demás personas. 3 = He perdido todo interés por las demás personas, y no me importa lo que les ocurra.</p>
<p>13. Indecisión: 0 = Tomo decisiones tan bien como siempre. 1 = Trato de evitar el tomar decisiones. 2 = Tengo grandes dificultades para tomar decisiones. 3 = No puedo tomar ninguna decisión.</p>
<p>14. Cambios en la autoimagen: 0 = No siento que luzca peor de lo acostumbrado. 1 = Me preocupa parecer viejo o desagradable. 2 = Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia. 3 = Siento que luzco feo o repulsivo.</p>
<p>15. Retardo laboral: 0 = Puedo trabajar tan bien como antes. 1 = Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo. 1b = Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa. 3 = No puedo hacer ningún trabajo.</p>
<p>16. Insomnio: 0 = No puedo dormir tan bien como siempre. 1 = Despierto por la mañana más cansado que de costumbre. 2 = Despierto una o dos horas más temprano que lo usual y me es difícil volver a dormir. 3 = Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de 5 horas.</p>
<p>17. Fatigabilidad: 0 = No me canso más de lo normal. 1 = Me canso más fácilmente que lo usual.</p>



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



<p>2 = Me canso de no hacer nada. 3 = Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.</p>
<p>18. Anorexia: 0 = Mi apetito no excede a lo normal. 1 = Mi apetito no es tan bueno como de costumbre. 2 = Mi apetito es deficiente. 3 = No tengo apetito.</p>
<p>19. Pérdida de peso: 0 = No he perdido mucho peso o nada últimamente. 1 = He perdido más de 2 ½ Kg. 2 = He perdido más de 5 Kg. 3 = He perdido más de 7 Kg.</p>
<p>20. Preocupación somática: 0 = No estoy más interesado en mi salud que lo usual. 1 = Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación. 2 = Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos. 3 = Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.</p>
<p>21. Pérdida de la libido: 0 = No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual. 1 = Tengo poco interés en el sexo. 2 = Mi interés en el sexo es casi nulo. 3 = He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
<p>Puntuación total ()</p>



30.4 Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)				
<p>Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy con una cruz.</p> <p>1) “levemente, no me molesta mucho, 2) “moderadamente”, fue muy desagradable pero podía soportarlo, 3) “severamente”, casi no podía soportarlo.</p>				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1) Torpe o entumecido.				
2) Acalorado.				
3) Con temblor en las piernas.				
4) Incapaz de relajarse.				
5) Con temor a que ocurra lo peor.				
6) Mareado. O que se le va la cabeza.				
7) Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8) Inestable.				
9) Atemorizado o asustado.				
10) Nervioso.				
11) Con sensación de bloqueo.				
12) Con temblores en las manos				
13) Inquieto, inseguro				
14) Con miedo a perder el control				



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD



15) Con sensación de ahogo				
16) Con temor de morir				
17) Con miedo				
18) Con problemas digestivos				
19) Con desvanecimientos				
20) Con rubor facial				
21) Con sudores fríos o calientes				

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

0 a “en absoluto” . La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- Más de 36 - Ansiedad severa



11.7 VERSIÓN MEXICANA DE CBQp (CBQpMX)

Cuaderno para el paciente:

Fecha:

Folio:

CUESTIONARIO DE SESGOS COGNITIVOS p. (Peters et al)

Versión mexicana: Crail-Meléndez ED, Pacheco-Osornio JA, Delgado-García GR, Huerta-Galindo JC.

Instrucciones:

- En este cuestionario, encontrará distintas descripciones de eventos cotidianos. Después de estos eventos, se puede reaccionar de diferentes maneras, denominadas A, B o C.
- Imagínese en esta situación de la forma más vívida posible y marque la opción (A, B o C) que mejor describa lo que pensaría en dicha situación.
- Si ninguna de las opciones coincide completamente con su reacción, elija la más cercana.
- Si se aplica más de una opción, elija la que más se le ocurra.
- **No hay respuestas correctas o incorrectas.**
- **Analice las preguntas con rapidez, asegurándose de elegir la opción más cercana a su reacción inmediata.**

1 *+ -	<p>Imagine que recibe una carta y se da cuenta que está abierta. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Alguien debió abrir esta carta a propósito. B: Me pregunto si la han abierto nuevamente después de escribirla. C: No pienso nada al respecto.</p>
2 +* -	<p>Imagine que está caminando por la calle y escucha su nombre, pero cuando voltea a su alrededor, no hay nadie. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Algo extraño está pasando. B: Hay algo muy peligroso con esto. C: Debo estar imaginando cosas.</p>
3 + -*	<p>Imagine que su comida tiene un sabor y raro diferente al habitual. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Tal vez, alguien le hizo algo a mi comida a propósito. B: Seguramente hoy prepararon la comida con un ingrediente diferente. C: Alguien le ha puesto algo a mi comida a propósito.</p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


4 -+*	<p>Imagine que va en camino al trabajo y todos los semáforos se ponen en rojo cuando se va acercando a ellos. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Me tardaré más tiempo en llegar hoy. B: ¡Lo que me faltaba!, ahora sí voy a llegar tarde. C: Esto me va a echar a perder el día.</p>
5 *+-	<p>Imagine que está en la parada de autobús y el autobús que espera pasa medio vacío sin detenerse. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: La gente siempre es tan desagradable. B: La gente a veces no es muy amable. C: El conductor debe andar de mal humor hoy.</p>
6 +-*	<p>Imagine que le duele mucho la cabeza. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Algo debe estar mal conmigo. B: Hay muchas razones diferentes por las que podría tener este dolor. C: Debo tener algo realmente grave, como un tumor cerebral.</p>
7 +*-	<p>Imagine que mientras está en el autobús ve a un extraño que lo está mirando fijamente. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: La manera en que esta persona me está mirando me preocupa un poco. B: La manera en que esta persona me está mirando debe significar que me quiere hacer daño. C: Esta persona está siendo muy maleducada al mirarme de esa manera.</p>
8 +*-	<p>Imagine que está sentado/a en casa y de repente se siente muy extraño/a. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Me pregunto por qué me siento raro/a, será que algo malo está ocurriendo en el algún lugar B: Este sentimiento es la prueba de algo malo que le está sucediendo a alguien que conozco. C: Debo de estar muy cansado/a o algo así.</p>
9 -+*	<p>Imagine que solicitó un trabajo y no lo consiguió. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Tal vez pueda obtener algunos comentarios sobre el por qué no conseguí el trabajo. B: Me pregunto si no me fue muy bien en la entrevista. C: Nunca podré conseguir un trabajo.</p>
10 *+-	<p>Imagine que está en un autobús cuando de repente tiene una fuerte sensación de haber estado allí antes. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Esto es algún tipo de premonición de algo horrible que ha ocurrido o va a ocurrir.</p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD


	<p>B: Me pregunto si esto es algún tipo de premonición.</p> <p>C: Esto es una experiencia extraña, pero habitual.</p>
11 +-*	<p>Imagine que alguien que le gusta o un amigo rechaza salir con usted.</p> <p><i>Lo más probable que yo pensaría sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: En esta situación me rechazan bastante a menudo.</p> <p>B: A veces ganas, a veces pierdes.</p> <p>C: Siempre que intento algo soy rechazado/a.</p>
12 *+-	<p>Imagine que un día entra en una tienda y oye a la gente riéndose. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Deben estar riéndose de mí.</p> <p>B: Me pregunto si se están riendo de mí.</p> <p>C: Es probable que las risas no tengan nada que ver conmigo.</p>
13 -*+	<p>Imagine que hay patrullas afuera de su casa y de repente se da cuenta que se siente incómodo/a.</p> <p><i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Es curioso cómo solo ver a la policía tiene este efecto perturbador en las personas.</p> <p>B: Me pregunto por qué me siento incómodo/a, quizá las patrullas tienen alguna cosa que ver conmigo.</p> <p>C: Seguramente hice algo malo para sentirme tan incómodo/a, los policías vinieron por mí.</p>
14 *+-	<p>Imagine que está viendo la televisión y de repente la pantalla se queda en blanco.</p> <p><i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Siempre pasan cosas extrañas.</p> <p>B: Parece que este tipo de cosas suceden muy a menudo.</p> <p>C: Debe haber algo mal con la televisión hoy.</p>
15 +-*	<p>Imagine que dos personas en una fila de un supermercado miran hacia usted al mismo tiempo y luego hablan entre ellas inmediatamente.</p> <p><i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Esta no es la primera vez que esto sucede.</p> <p>B: Es normal que este tipo de cosas ocurra en las filas.</p> <p>C: Esto me pasa siempre en todos lados.</p>
16 *+-	<p>Imagine que usted está esperando a un/a conocido/a en un café y de repente siente un escalofrío raro por dentro.</p> <p><i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Sentir escalofríos es un mal presagio, creo que no debería de ver a esta persona.</p> <p>B: Seguramente estoy nervioso/a de ver a esta persona.</p> <p>C: Me pregunto si sentir escalofríos significa que algo malo podría suceder.</p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


17 +-*	Imagine que cree ver una sombra de una figura moviéndose por la pared de una habitación vacía. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Me pregunto qué era eso. B: Mis ojos me deben estar jugando una mala pasada. C: Debe de haber alguien o algo allí.
18 +*-	Imagine que suena el teléfono. Cuando descuelga, cuelgan. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Me pregunto si hay algo sospechoso en esto. B: Alguien definitivamente me está vigilando. C: Alguien probablemente se equivocó al marcar.
19 *-*	Imagine que está viendo las noticias en TV sobre una catástrofe reciente, y se da cuenta que se siente culpable. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Si me siento culpable, debo ser responsable de alguna manera. B: Es normal sentirse culpable cuando un desastre le sucede a alguien más. C: Me pregunto por qué me siento culpable, tal vez soy involuntariamente responsable de alguna manera.
20 *+-	Imagine que está escuchando el radio y de repente se oyen interferencias. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Alguien ha manipulado mi radio a propósito para que ya no esté sintonizada correctamente. B: Me pregunto si alguien habrá estado jugando con mi radio. C: Hay algún tipo de interferencia en las ondas de radio.
21 *+-	Imagine que está sentado en un autobús y cree oír detrás a dos personas hablando sobre usted. Cuando voltean están leyendo sus periódicos y no hablan entre ellas. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Seguro que hablaban de mí, sólo fingen estar leyendo su periódico. B: Estoy seguro de haberles escuchado hablar sobre mí, aunque quizás estaba equivocado. C: Debería averiguar si alguien más ha tenido alguna vez este tipo de experiencia antes de decidir lo que realmente ha pasado.
22 *-*	Imagine que está en su casa; todo está tranquilo y escucha un repentino golpeteo rápido en las paredes. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Los vecinos están haciendo este ruido a propósito para molestarme. B: Probablemente los vecinos estén haciendo reparaciones en su casa. C: Probablemente los vecinos están intentando decirme algo.


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD


23 -+*	<p>Imagine que está leyendo un periódico o una revista y lee un artículo que tiene una especial relevancia para usted. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Este artículo parece haber sido escrito pensando en personas como yo. B: Me pregunto si alguien puede haber escrito este artículo para mí. C: Estoy seguro que alguien escribió este artículo específicamente para mí.</p>
24 *+-	<p>Imagine que se da cuenta que una persona que no conoce lo está mirando y de repente se siente inquieto/a. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Que me sienta incómodo/a significa que esta persona quiere hacerme daño. B: Me pregunto por qué me siento incómodo/a, esto podría significar que esta persona está pensando cosas malas sobre mí. C: Ser observado/a puede hacer que las personas se sientan incómodas, no me preocupo por ello.</p>
25 *+-	<p>Imagine que una noche está sentado solo en casa cuando de repente, una puerta se cierra sola de un portazo en otra habitación. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Alguien o algo debe haber entrado en casa. B: Me pregunto si hay alguien o algo allí. C: Probablemente sea una corriente de aire.</p>
26 -+*	<p>Imagine que alguien que conoce lo llama justo en el momento en el que está pensando en él. Cuando descuelga el teléfono, de repente se da cuenta que se está sintiendo molesto/a. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Es raro que me sienta incomodo/a, pero no le doy importancia. B: Me pregunto por qué me siento molesto/a, podría haber algo peculiar en esta llamada. C: Sentirse molesto/a significa algo, deben ser malas noticias.</p>
27 -+*	<p>Imagine que está caminando en la calle cuando de repente nota un cartel de carreras profesionales que parece sobresalir de su entorno.</p> <p><i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Me pregunto por qué mis ojos parecen tan atraídos por ese cartel. B: Tal vez lo estoy notando porque mi carrera no es tan exitosa. C: Es una señal de que mi vida es un fracaso.</p>
28 +-*	<p>Imagine que está en un autobús; el conductor no para de frenar bruscamente, de modo que cada vez vas dando tumbos.</p> <p><i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i></p> <p>A: Me pregunto si lo está haciendo a propósito para molestar a la gente.</p>


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012

SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD


	B: Este chofer no sabe manejar. C: Lo está haciendo a propósito para humillarme.
29 +-*	Imagine que oye que un amigo está teniendo una fiesta y no lo invitó. <i>Lo más probable que usted pensaría en este caso sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Me pregunto si no les caigo tan bien como yo creía. B: Quizás pueda averiguar algo más sobre la situación antes de sacar conclusiones. C: Obviamente no les caigo bien.
30 +-*	Imagine que está dormitando en el sofá frente a la televisión y de repente se levanta sobresaltado/a. <i>Lo más probable que yo pensaría sería: (dibuje un círculo alrededor de la A, B o C)</i> A: Tiendo a despertarme siempre asustado/a cuando estoy dormitando. B: La televisión debe haberme despertado. C: Nunca consigo dormirme.

Gracias por tomarse el tiempo de leer y contestar este cuestionario.