



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Caracterización del Vagabundeo de la Mente en Pacientes con Esquizofrenia

Catherine Meneses Mayor

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Bogotá D.C., Colombia

2019

Caracterización del Vagabundeo de la Mente en Pacientes con Esquizofrenia

Catherine Meneses Mayor

Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Director:

Doctor Hernando Santamaría-García MD, MSc, PhD

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Bogotá D.C., Colombia

2019

Agradecimientos

El presente trabajo de investigación se completó gracias a una labor conjunta con diferentes personas, quienes amablemente me ayudaron en este proceso.

Inicialmente quisiera agradecer al Doctor Hernando Santamaría-García, quien no solo dirigió este proyecto, sino que me apoyó y asesoró en la elaboración del documento escrito.

Infinitas gracias también a Hermann David Ospina, psicólogo de la Universidad del Bosque y maestrante en psicología de la universidad de Los Andes, y a Camila Andrea Castellanos, psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes me ayudaron en la consecución de la muestra.

Y, finalmente, quisiera agradecer a mi amiga Leidy Andrea Suárez Malaver, médica y magíster en epidemiología de la Universidad del Tolima, por su valioso apoyo y asesoría en el área estadística.

Resumen

Antecedentes: En los pacientes con esquizofrenia se ha descrito una alteración en funciones neuropsicológicas específicas, principalmente en funciones ejecutivas, y un menor grado de capacidad de mentalización, proceso que está asociado directamente con el vagabundeo mental. El presente estudio evalúa los correlatos conductuales del vagabundeo mental, las funciones ejecutivas y la mentalización en adultos con esquizofrenia comparado con un grupo de controles sanos. **Métodos:** Se escogieron 20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 20 controles sanos pareados por edad y escolaridad. A los pacientes y a los controles se les realizó la evaluación neuropsiquiátrica del vagabundeo de la mente, a través de una escala autoaplicada y una tarea experimental; una prueba para funciones ejecutivas y una prueba que rastrea la capacidad de mentalización o elementos afectivos de cognición conocida como el índice de reactividad interpersonal. Al grupo de pacientes con esquizofrenia, además, se les aplicó una medición de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia por medio de la escala PANSS. **Resultados:** Los pacientes con esquizofrenia muestran una menor frecuencia de vagabundeo mental que los controles sanos en una tarea experimental. Asimismo, se encontró que la frecuencia del vagabundeo mental no se explica por la presencia de síntomas psicóticos ni por las alteraciones en habilidades ejecutivas, pero sí está correlacionada con su capacidad de mentalización. **Conclusión:** Los pacientes con esquizofrenia presentan una menor capacidad de producción de pensamientos espontáneos y no relacionados con una tarea, esto asociado con su desempeño en procesos de mentalización. Además, en la esquizofrenia, el grado de frecuencia de vagabundeo mental no está explicado por la presencia de síntomas positivos o negativos ni con las alteraciones presentadas en el funcionamiento ejecutivo.

Palabras clave: (Vagabundeo mental, esquizofrenia, funciones ejecutivas, mentalización).

Abstract

Background: Alteration in specific neuropsychological functions has been described in patients with schizophrenia. Mainly in executive functions and a lower degree of mentalization capacity, process that is directly associated with mind-wandering. The present study aims to assess the behavioral correlates of mind-wandering, executive functions and mentalization in adults with schizophrenia compared to a group of healthy controls. **Methods:** 20 patients with diagnosis of schizophrenia and 20 healthy controls matched for age and schooling were chosen. Patients and controls underwent a neuropsychiatric evaluation of mind-wandering, through a self-applied scale and an experimental task; a test for executive functions and a test that tracks the ability of mentalization or affective elements of cognition known as the interpersonal reactivity index. For patients with schizophrenia a measurement of the positive and negative symptoms through the PANSS scale was also applied. **Results:** Patients with schizophrenia show a lower frequency of mental wandering than healthy controls in an experimental task. Likewise, there was no significant correlation between the frequency of mind wandering and psychotic symptoms, but there was a correlation with the capacity for mentalization. **Conclusion:** Patients with schizophrenia have a lower ability to produce spontaneous thoughts that are not related to a task. This is associated with their performance in mentalization processes. In addition, mind wandering in schizophrenia is not related to the presence of psychotic symptoms or alterations in executive functions.

Keywords: (Mind-wandering, schizophrenia, executive functions, mentalization)

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Lista de figuras	XI
Lista de tablas	XII
Introducción.....	1
1. Marco Referencial	3
1.1. Justificación.....	3
1.2. Objetivos.....	4
1.2.1. Objetivo general.....	4
1.2.2. Obejtivos específicos.....	5
2. Marco Conceptual	7
3. Diseño Metodológico	13
3.1. Tipo de estudio.....	13
3.2. Población y muestra.....	13
3.2.1. Criterios de inclusión.....	14
3.2.2. Criterios de exclusión.....	14
3.3. Instrumentos.....	15
3.4. Fuentes y selección de datos.....	17
3.5. Análisis estadístico.....	18
3.6. Consideraciones éticas.....	18
4. Resultados.....	21

4.1. Características sociodemográficas.....	21
4.2. Comparaciones entre el grupo de pacientes con esquizofrenia y grupo de controles sanos.....	22
4.3. Correlación de las pruebas realizadas a los casos respecto a los resultados de vagabundeo mental.....	25
4.4. Correlación de las pruebas realizadas a los controles sanos respecto a los resultados de vagabundeo mental.....	27
5. Discusión.....	29
6. Conclusiones y recomendaciones	35
6.1. Conclusiones.....	35
6.2. Recomendaciones.....	35
A. Anexo: Cuestionario de vagabundeo de la mente.....	37
B. Anexo: Interpersonal Reactivity Index.	39
C. Anexo: INECO Frontal Screening.	41
D. Anexo: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS).....	43
E. Anexo: Tarea para evaluar el vagabundeo mental.....	55
F. Anexo: Tabla de operacionalización de variables.....	57
G. Anexo: Consentimiento informado.....	59
H. Anexo: Asentimiento informado.....	63
I. Anexo: Aceptación para participar.....	65
Bibliografía.....	67

Lista de figuras

	<u>Pág.</u>
Figura 4-1: Comparación de los resultados en el IFS para el grupo control y los pacientes con esquizofrenia.....	24
Figura 4-2: Comparación de la presencia de vagabundeo mental entre el grupo control y el grupo de pacientes con esquizofrenia.....	25
Figura 4-3: Comparación de la fluidez en el relato en la tarea de vagabundeo mental entre el grupo control y el grupo de pacientes con esquizofrenia.....	26
Figura 4-4: Comparación de la carga afectiva en el relato de la tarea de vagabundeo mental entre el grupo control y el grupo de pacientes con esquizofrenia.....	27

Lista de tablas

Pág.

Tabla 4-1: Comparación de variables entre los sujetos control y los pacientes con esquizofrenia.....21

Tabla 4-2: Correlación entre MWQ/MW Tarea con las variables sociodemográficas, el puntaje en las subescalas del IRI y el PANSS en pacientes con esquizofrenia.26

Tabla 4-3: Correlación entre MWQ/MW Tarea con las variables sociodemográficas, el IFS y el puntaje en las subescalas del IRI en controles sanos.28

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que se caracteriza por graves alteraciones en el pensamiento, el comportamiento y las interacciones sociales, además de cambios en el funcionamiento cognitivo y social, que impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

Las alteraciones en los procesos cognitivos que pueden subyacer o asociarse a la presentación clínica de los pacientes con esquizofrenia se han explorado poco y, de interés particular, en el último tiempo se ha iniciado la investigación en un proceso cognitivo conocido como vagabundeo mental, este dominante en los estados mentales conscientes, en el que aparece un cambio en la atención de las circunstancias externas hacia los pensamientos, imágenes mentales y estados afectivos personales. Aunque hasta la fecha son pocos los estudios que se hayan dedicado a explorar el vagabundeo mental, se considera que este proceso cognitivo puede asociarse a la capacidad humana de generar imágenes mentales, conocida como la capacidad de mentalización y la capacidad que se tiene de planear y de tener memoria de trabajo.

El estudio del vagabundeo mental ha empezado a crecer activamente en el campo de la cognición y la neurociencia y, más recientemente, en el campo de la psiquiatría, ya que, al parecer, este proceso mental, que ocupa una significativa proporción de todos los procesos cognitivos humanos conscientes, se muestra alterado en distintos trastornos mentales. Por ejemplo, se sabe que los pacientes que presentan síntomas de ansiedad y preocupaciones constantes reportan mayor vagabundeo mental, posiblemente relacionado con la expectativa aprensiva, un síntoma que surge de un aumento de la generación de pensamientos espontáneos centrados en la posibilidad de que una situación particular tenga un desenlace que genere perturbación.

Conociendo que en la esquizofrenia se presentan como síntomas cardinales alteraciones en el origen y el contenido del pensamiento, además que estudios previos han mostrado

que estos pacientes presentan alteraciones en la capacidad de mentalización, planeación y de memoria de trabajo, es posible que estos pacientes también presenten alteraciones en los procesos de vagabundeo mental. A pesar de que la asociación entre síntomas cardinales en esquizofrenia y cambios en el vagabundeo mental resulta comprensible, hasta la fecha existen pocos estudios que hayan explorado cómo funciona el vagabundeo mental en los pacientes con esquizofrenia y la asociación que se puede presentar entre este proceso cognitivo y la generación de síntomas en este trastorno, particularmente los síntomas que afectan el pensamiento.

En este estudio, estudiamos cómo ocurre y qué características conductuales tiene el vagabundeo mental en los pacientes con esquizofrenia. Además, estudiamos la asociación que presenta el vagabundeo mental con procesos de mentalización, planeación y memoria de trabajo en pacientes con este trastorno. Considerando que hasta el momento existen pocos estudios que hayan evaluado a profundidad la asociación entre vagabundeo mental y otros procesos cognitivos (particularmente la mentalización, la planeación y la memoria de trabajo), evaluamos también la asociación entre estos procesos cognitivos en sujetos sin esquizofrenia, logrando diseñar un patrón de relación entre el funcionamiento de estos.

1. Marco Referencial

1.1 Justificación

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que comprende una gran variedad de síntomas en las áreas cognitivas, conductuales y emocionales, que conllevan a un deterioro en el funcionamiento laboral o social (American Psychiatric Association, 2013). Es un trastorno frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida generalmente estimada de un 1% y se cataloga como una de las 15 principales causas de discapacidad en todo el mundo ("Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016," 2017).

La descripción sintomatológica del trastorno se ha dividido en tres categorías: síntomas positivos, negativos y cognitivos (Liddle, 1987), siendo estos últimos los que han tenido una caracterización más reciente, ya que pueden ser difíciles de reconocer y, con frecuencia, solo se detectan cuando se realizan pruebas específicas. Las deficiencias cognitivas en la esquizofrenia incluyen alteración en las funciones ejecutivas, memoria de trabajo, atención, velocidad de procesamiento y mentalización. Se sugiere que estas alteraciones cognitivas hacen parte del eje central de la presentación de los síntomas psicóticos.

Conociendo que en la esquizofrenia se presentan como síntomas cardinales alteraciones en el origen y el contenido del pensamiento, además que estudios previos han mostrado que estos pacientes presentan alteraciones en la capacidad de mentalización, planeación y de memoria de trabajo (Gavilán & García-Albea, 2015) (Savla, Vella, Armstrong, Penn, & Twamley, 2013), es posible que estos pacientes también presenten alteraciones en los procesos de vagabundeo mental.

El vagabundeo mental se ha convertido en un importante tema de estudio en el área de las neurociencias en los últimos años, iniciándose una investigación correlativa de este fenómeno mental en los trastornos psiquiátricos que están marcados por alteraciones en el pensamiento espontáneo, como la depresión, la ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo, sin embargo, hay pocos estudios publicados donde se evalúe y caracterice en trastornos neurocognitivos y del neurodesarrollo.

En esquizofrenia, por ejemplo, encontramos dos estudios publicados, en los que se evaluaron la tasa de vagabundeo mental y esta se correlacionó con la presencia de síntomas positivos y negativos. En la primera investigación se midió la frecuencia de vagabundeo mental a través de una escala autoaplicada, encontrándose que los pacientes con esquizofrenia presentaban una frecuencia más alta de vagabundeo mental y esto se relacionaba significativamente con la gravedad de los síntomas positivos (Shin et al., 2015). Contrario a estos resultados, el segundo estudio, que evaluó la frecuencia de vagabundeo mental a través de un experimento, encontró que los pacientes con esquizofrenia presentaban una menor frecuencia de este y no encontró una correlación significativa comparándolo con los síntomas psicóticos (Chen et al., 2019).

Es evidente que es necesario estudiar más a fondo la presentación de este proceso mental en las patologías psiquiátricas, por consiguiente, con la presente investigación nos proponemos estudiar la frecuencia y tipo de presentación del vagabundeo mental en los pacientes con esquizofrenia, en comparación con un grupo control, a través de dos métodos: una escala autoaplicada y una tarea experimental diseñada para medirlo; correlacionándolo, igualmente, con otros procesos cognitivos mucho más estudiados en este trastorno, como son las funciones ejecutivas y la mentalización, esto con el fin de brindar una mayor comprensión en la fenomenología de la enfermedad.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General:

Estudiar los correlatos conductuales del vagabundeo mental, las funciones ejecutivas y la mentalización en adultos con esquizofrenia y controles sanos.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Evaluar el desempeño de pacientes con esquizofrenia en pruebas de vagabundeo mental en comparación con un grupo control.
- Comparar la frecuencia del vagabundeo mental en pacientes con esquizofrenia y los del grupo control.
- Correlacionar las mediciones del vagabundeo mental con la presencia de síntomas positivos y negativos en pacientes con esquizofrenia.
- Asociar las mediciones del vagabundeo mental y el desempeño en las pruebas de funciones ejecutivas en pacientes con esquizofrenia en comparación con controles sanos.
- Relacionar el desempeño en las pruebas de vagabundeo mental y de mentalización en pacientes con esquizofrenia en comparación con controles sanos.

2. Marco Conceptual

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que comprende una gran variedad de síntomas en las áreas cognitivas, conductuales y emocionales, estos ampliamente estudiados y caracterizados, que conllevan a un deterioro en el funcionamiento laboral o social (American Psychiatric Association, 2013). Los principales síntomas presentados son la alteración en el juicio de realidad, alucinaciones, ideas delirantes y trastornos cognitivos (Sadock, 2015). Este trastorno tiene una prevalencia a lo largo de la vida generalmente estimada de un 1%, sin embargo, una revisión sistemática encontró un riesgo de por vida de 4.0 por 1000 habitantes (Ayano, 2016).

Actualmente hay una distinción frente a las características sintomatológicas en las fases premórbida, prodrómica y psicótica de la esquizofrenia (K Larsen, McGlashan, & C Moe, 1996). Fenomenológicamente, en la fase prodrómica se encuentra la atmósfera delirante, ésta a menudo descrita como primer síntoma de esquizofrenia, la cual consiste en una sensación de tensión, el paciente experimenta todo aquello que lo rodea como extraño en un modo imposible de definir, considera que se encuentra involucrado en algo, pero no sabe explicar cómo (Oyebode, 2016). Junto con la atmósfera delirante, se han descrito una serie de síntomas básicos en la esquizofrenia, estos definidos como molestias experimentadas subjetivamente y reconocidas como anómalas por el propio paciente, lo que las distingue de los síntomas positivos y negativos (Miret, Fatjo-Vilas, Peralta, & Fananas, 2016). Se caracterizan por ser alteraciones subclínicas principalmente de la volición, la afectividad, el pensamiento, el lenguaje, la percepción, la memoria, la psicomotricidad, las funciones vegetativas centrales, el control de procesos cognitivos automáticos y la tolerancia al estrés (Schultze-Lutter, 2009).

En cuanto a la fase psicótica del trastorno, históricamente los síntomas se han dividido en tres categorías amplias: síntomas positivos, negativos y cognitivos (Liddle, 1987). Entre los

síntomas positivos encontramos las alucinaciones, las cuales, de acuerdo con Cutting, se definen como una percepción sin objeto o una aparición de una experiencia individual en el mundo sin ningún encuentro material correspondiente (Cutting, 1997). En la esquizofrenia, se ha descrito como síntoma característico el oír voces, las cuales pueden ser individuales o múltiples y se experimentan como procedentes de fuera de su cabeza (Oyebode, 2016). Otro síntoma que configura el síndrome positivo son los delirios, habitualmente definidos como juicios falsos, que son mantenidos con convicción, son irrefutables y cuyo contenido es imposible (Jaspers, 1963). Hacen parte también de los síntomas positivos aquellos procesos de pensamiento trastornado, dados por alteración en la asociación de las ideas (Oyebode, 2016) y trastornos del comportamiento, los cuales pueden aparecer de múltiples formas, desde conductas catatónicas, movimientos repetitivos, hasta agitación psicomotora.

Los síntomas negativos fueron descritos de forma inicial por Bleuler (1911), quien identificó en los pacientes esquizofrénicos alteraciones en la iniciativa motora, descrito como pérdida de voluntad, y alteraciones en la expresión afectiva. Actualmente el síndrome negativo de la esquizofrenia se caracteriza por apatía emocional, lentitud del pensamiento, hipoactividad, aislamiento social y, como se dijo antes, pobreza en la expresión y falta de impulso (Oyebode, 2016).

Como se dijo previamente, en la esquizofrenia también se presenta una alteración de procesos cognitivos específicos, los cuales posiblemente están a la base de los síntomas positivos y negativos antes mencionados. Las deficiencias cognitivas incluyen alteración en las funciones ejecutivas, memoria de trabajo, atención, velocidad de procesamiento y cognición social. Con las investigaciones realizadas, se ha vuelto cada vez más evidente que el trastorno está, en un grado variable, acompañado de un deterioro cognitivo (Abraham Reichenberg, 2010). Este deterioro, medido en general por el coeficiente intelectual, se ha reportado como sustancial y muy severo en el trastorno y parece ser casi tan grave como el déficit observado en funciones neuropsicológicas más específicas, sugiriendo que cualquiera de estos déficits se encuentran en el contexto de un deterioro intelectual (A. Reichenberg & Harvey, 2007).

Entre las funciones neuropsicológicas específicas alteradas en la esquizofrenia, se han documentado trastornos en la atención, la cual está comprometida en un grado de

moderado a severo (Fioravanti, Carlone, Vitale, Cinti, & Clare, 2005); alteración en la memoria, siendo la memoria declarativa la más estudiada, encontrándose deficiencias permanentes en esta (Cirillo & Seidman, 2003); compromiso en la velocidad de procesamiento, mostrando un deterioro grave y sustancial en la ejecución desde tareas simples a complejas (Abraham Reichenberg, 2010); y presencia, en menor medida, de alteraciones del lenguaje y la velocidad motora.

Así mismo, se ha evidenciado un compromiso en las funciones ejecutivas asociado a la esquizofrenia (Gavilán & García-Albea, 2015), las cuales involucran procesos como la planeación, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio. La disfunción ejecutiva en estos pacientes está caracterizada por una falta de inhibición de conductas erróneas, ineficacia en la solución de algunas tareas y poca calidad de las mismas y una baja habilidad en la solución de problemas (Díaz, 2018).

Entre los perfiles neuropsicológicos documentados para esquizofrenia, se encuentra alteración en tareas de cognición social, principalmente en teoría de la mente y reconocimiento de emociones (Bora, Veznedaroglu, & Vahip, 2016). La teoría de la mente es la habilidad de atribuir los estados mentales (sentimientos, creencias e intenciones) hacia otros y comprender y predecir el comportamiento de los demás en función de sus estados mentales (Sergi et al., 2007); esta se ha visto alterada en todos los pacientes con esquizofrenia, encontrándose una deficiencia más severa fuertemente influenciada por la psicosis aguda (Bora, Yucel, & Pantelis, 2009).

Dentro de los procesos de cognición social, uno de los que más estudios ha tenido en el último tiempo es la mentalización, entendido como el proceso que permite generar imágenes o representaciones mentales del mundo (Lieberman, 2007), así como la habilidad de inferir los estados mentales de los demás, tales como creencias, pensamientos y emociones (Chung, Barch, & Strube, 2014). En las diferentes investigaciones, se ha revelado un peor desempeño en pacientes con esquizofrenia, con un déficit específico en las tareas de evaluación de animaciones que involucran una interacción que requiere atribuir estados mentales (Martin, Dzafic, Robinson, Reutens, & Mowry, 2016) y un mayor déficit en el procesamiento de emociones asociado a una evolución de la enfermedad más larga (Savla et al., 2013).

Se ha considerado que el proceso de mentalización está asociado con el de tener vagabundeo mental, ya que parece que la mentalización es una parte inicial y constitutiva del proceso de vagabundeo, sin embargo, existen pocos estudios que así lo confirman. El vagabundeo mental se ha entendido como el tener continuas imágenes mentales que llevan a un divagar mental (Jonathan Smallwood & Jonathan W. Schooler, 2015), en este la atención cambia de una tarea actual a pensamientos y sentimientos no relacionados. Los humanos tenemos la capacidad de tener una importante cantidad de tiempo mental, en el que se presentan, de forma concatenada, distintas imágenes mentales sobre las experiencias vividas o sobre los imaginarios que se tienen sobre experiencias posibles, tal como en la producción de procesos creativos o en la planeación del futuro. A este proceso de imágenes mentales enlazadas, que representan la realidad, se le ha denominado vagabundeo mental. Los episodios de vagabundeo mental se caracterizan por contener elementos tanto estratégicos como deliberados y espontáneos o no intencionales (Wang et al., 2018).

De esta forma, en la mayoría de las investigaciones sobre alteración en los procesos mentales, han caracterizado al vagabundeo mental como un estado con contenidos que no están relacionados con la tarea o son independientes de los estímulos externos (Wang et al., 2018), sin embargo, la Doctora Kalina Christoff (2016) y su equipo proponen una definición de vagabundeo mental más estructurada, entendiéndolo como un fenómeno que se encuentra en la dinámica de los pensamientos espontáneos, que tiende a estar más restringido que el soñar, pero menos deliberadamente restringido que el pensamiento creativo y el pensamiento dirigido hacia un objetivo, además que se puede distinguir claramente de la rumiación y otros tipos de pensamiento, los cuales están marcados por un alto grado de restricciones automáticas, como es el caso del pensamiento obsesivo (Christoff, C. Irving, Fox, Spreng, & Andrews-Hanna, 2016).

El vagabundeo mental se ha convertido en un importante tema de estudio en el área de las neurociencias, principalmente porque este ocupa una significativa proporción de nuestro tiempo en vigilia (Christoff, Gordon, Smallwood, Smith, & Schooler, 2009) y porque la frecuencia relativamente alta de esta experiencia sugiere que es un proceso normal más que un aspecto patológico de la condición humana (Jonathan Smallwood & Jonathan W. Schooler, 2015), ya que según el contexto en el que se produce, y el contenido de esta experiencia en sí, puede determinar las consecuencias funcionales de este estado

cognitivo. Por ejemplo, se ha sugerido que el control ejecutivo efectivo puede suprimir los episodios de vagabundeo mental cuando las demandas externas son altas; sin embargo, cuando las demandas de la tarea son bajas, el control ejecutivo aprovechará el exceso de recursos de la persona y se dedicará a vagar. Esto se ha estudiado en modelos pedagógicos, donde se han observado alteraciones en la comprensión de lectura relacionados con episodios de vagabundeo mental (Franklin, Smallwood, & Schooler, 2011). Así como se ha investigado los costos del vagabundeo mental, también se ha generado múltiples hipótesis acerca de los posibles beneficios de este, llegándose a hallar una relación de la frecuencia de episodios de vagabundeo con mejoría en la prospección, ya que durante este proceso los pensamientos espontáneos y autogenerados frecuentemente están enfocados en el imaginario del futuro (Smallwood & Andrews-Hanna, 2013); también se ha relacionado con una mayor capacidad de generar pensamientos creativos, así como brindar un espacio mental que alivie los estados anímicos desagradables generados por actividades monótonas (Baird, Smallwood, & Schooler, 2011).

Asociado a que existe un creciente interés en la comprensión de las condiciones cognitivas basales, o esos periodos en los que los sujetos no se encuentran realizando ninguna tarea experimental, actualmente se está analizando la posible asociación del vagabundeo mental con la red neuronal por defecto (RND), esto debido a la hipótesis inicial de la proporcionalidad directa del reclutamiento en esta red y la frecuencia de pensamientos no relacionados con una tarea (Raichle et al., 2001). En cuanto a esto, se han encontrado evidencias empíricas sólidas que vinculan las funciones de la RND y el vagabundeo de la mente, dadas por la evidencia en resonancia funcional del reclutamiento de la corteza prefrontal medial, el giro cingulado posterior / precúneo y el córtex temporoparietal posterior, durante periodos de vagabundeo mental (Christoff et al., 2009).

Junto con la caracterización del vagabundeo mental y la red neuronal por defecto, se ha iniciado la investigación correlativa de este fenómeno mental en los trastornos psiquiátricos que están marcados por alteraciones en el pensamiento espontáneo, como la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la esquizofrenia. Por ejemplo, en la depresión, varios estudios han provisto evidencia del vagabundeo mental como una consecuencia del cambio anímico (Ottaviani et al., 2014), sin embargo este no es visto como un evento maladaptativo sino que,

contrario a la rumiación depresiva, puede estar asociado a una serie de resultados positivos, tales como mejoría en las tareas de resolución de problemas y en la consecución de una adecuada prospección (J. Smallwood & J. W. Schooler, 2015). En el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), se han examinado las tasas de vagabundeo mental con la intensidad de los síntomas del trastorno, encontrándose que, aunque el vagabundeo mental no se relaciona directamente con la sintomatología del TOC, sí hay una proporcionalidad directa en la presentación de ambos (Seli, Risko, Purdon, & Smilek, 2017). En un estudio reciente, se demostró que los pacientes con síntomas ansiosos tienden a reportar mayor vagabundeo mental, menor capacidad de memoria de trabajo y deterioro en el control atencional (Robison, Gath, & Unsworth, 2017).

A pesar del reciente aumento de interés en la investigación del vagabundeo mental, pocos estudios han intentado evaluar este fenómeno en trastornos neurodegenerativos o del neurodesarrollo, a pesar de que en un estudio reciente se encontró que los pacientes con Enfermedad de Alzheimer reportan mayores tasas de vagabundeo mental y esto fue correlacionado significativamente con la presencia de síntomas depresivos (El Haj et al., 2019).

En cuanto a los trastornos del neurodesarrollo, creemos relevante estudiar el vagabundeo mental en la esquizofrenia, ya que nos permitiría conocer los estados mentales más presentes en estos pacientes, en quienes, como se ha dicho, se presume unos procesos cognitivos alterados, brindándonos una mayor comprensión en la fenomenología de la enfermedad. Respecto a este tema, encontramos solo dos artículos en los que se evaluaron la tasa de vagabundeo mental y se correlacionó con la presencia de síntomas positivos y negativos. En el primero, realizado por Shin et al., (2015), se encontró que los pacientes con esquizofrenia presentaban una frecuencia más alta de vagabundeo mental y esto se relacionaba significativamente con la gravedad de los síntomas positivos. Los autores sugieren que los resultados en la medición del vagabundeo mental pueden explicar la desconexión de la esquizofrenia con el mundo externo, entendida como la pérdida del juicio de realidad, lo que lleva a la manifestación de síntomas psicóticos positivos (Shin et al., 2015). El segundo, a diferencia de su antecesor, no encontró una correlación significativa entre la frecuencia de vagabundeo mental y la presencia de síntomas psicóticos en los pacientes con esquizofrenia (Chen et al., 2019).

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de Estudio

Este estudio es de tipo transversal, analítico, de casos y controles.

3.2 Población y Muestra

La selección de la muestra se hizo por conveniencia. Se escogieron 20 pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con los criterios del DSM-5, sin discapacidad intelectual ($CI > 85$) o del lenguaje, sin comorbilidad con otros trastornos neurológicos o psiquiátricos y que se encontraban en tratamiento farmacológico con antipsicóticos, garantizándose que en el momento el trastorno se encontraba en remisión parcial o total y que no cursaban con un episodio agudo. Para el grupo control, se seleccionaron 20 sujetos sanos, excluyendo aquellos que presenten antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas (según criterios del DSM-5). Todos los participantes eran tenían entre 18 y 60 años. Se aplicó la evaluación neuropsiquiátrica del vagabundeo de la mente, la prueba para funciones ejecutivas y el índice de reactividad interpersonal a todos ellos, y al grupo de esquizofrenia se realizó una medición de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad por medio de la escala PANSS. En ningún grupo participaron sujetos con antecedentes médicos que pudiesen producir deterioro cognitivo, incluyendo enfermedad renal, respiratoria, hepática, endocrina o hematológica y se excluyeron también los sujetos con antecedentes de consumo crónico de alcohol o sustancias psicoactivas. Los dos grupos pertenecieron a la misma zona geográfica, específicamente la ciudad de Bogotá, y fueron pareados por edad, género y nivel educativo. La participación fue voluntaria, con previa autorización expresa por consentimiento y asentimiento informado, de acuerdo con la declaración de Helsinki y el comité de ética.

3.2.1 Criterios de Inclusión

- **Grupo Esquizofrenia:**
 - Individuos diagnosticados con esquizofrenia de acuerdo con los criterios del DSM-5.
 - Tener más de 18 años.
 - Estar en tratamiento farmacológico con antipsicóticos.

- **Grupo Control:**
 - Individuos sin antecedente o diagnóstico de trastornos neurológicos o psiquiátricos.
 - Tener más de 18 años.

3.2.2 Criterios de Exclusión

- **Grupo Esquizofrenia:**
 - Tener discapacidad intelectual (CI<85) o del lenguaje.
 - Individuos que cumplan criterios de episodio agudo de esquizofrenia o que se encuentren en crisis de su enfermedad.
 - Comorbilidad con otros trastornos neurológicos o psiquiátricos.
 - Antecedentes médicos que puedan producir deterioro cognitivo, incluyendo enfermedad renal, respiratoria, hepática, endocrina o hematológica.
 - Antecedentes de consumo crónico de alcohol o sustancias psicoactivas.

- **Grupo Control:**
 - Tener discapacidad intelectual (CI<85) o del lenguaje.
 - Antecedente o diagnóstico de trastornos neurológicos o psiquiátricos.
 - Antecedentes médicos que puedan producir deterioro cognitivo, incluyendo enfermedad renal, respiratoria, hepática, endocrina o hematológica.
 - Antecedentes de consumo crónico de alcohol o sustancias psicoactivas.

3.3 Instrumentos

La responsabilidad de la aplicación de los siguientes instrumentos fue de una de los residentes de Psiquiatría y la revisión de los resultados estuvo a cargo del Investigador Principal.

- **Tarea para evaluar el vagabundeo mental (MW):** Para evaluar la presencia de vagabundeo mental, y el contenido de dicha experiencia mental, usamos una adaptación de la tarea diseñada por Smallwood & Schooler 2011, para realizar el “Muestreo de Experiencia” (ME). En esta tarea, los participantes fueron invitados a reportar la presencia de vagabundeo mental que surgía mientras realizaban una tarea cognitiva atencional (Franklin, Smallwood, & Schooler, 2011; Smallwood & Schooler, 2015; Wang et al., 2018). Esta tarea estaba compuesta de dos fases de evaluación:
 - Fase de la tarea atencional: Los participantes debían realizar una tarea atencional que consistía en pensar en posibles sustantivos, verbos o adjetivos asociados a la aparición de una letra determinada que salía en una pantalla. En algunos ensayos los participantes debían reportar verbalmente las palabras generadas en un lapso de 20 segundos, pero en otros ensayos no era necesario. Se realizaron 17 ensayos de la tarea atencional y en cada uno de estos se presentó una letra distinta.
 - Fase de muestreo de experiencia: Mientras los participantes realizan la tarea atencional, se les mostraba en pantalla un letrero rojo solicitando detener la realización de la tarea y reportar lo que el o la participante se encontraba pensando en ese momento. El muestreo de experiencia se realizó de manera aleatoria durante el transcurso de toda la tarea atencional un total de 14 veces.
 - Se realizó una grabación del reporte de experiencia y luego estos reportes fueron calificados por tres evaluadores expertos diferentes de acuerdo a tres categorías: presencia de vagabundeo mental (MW Tarea), fluidez del reporte (capacidad de generar ideas y contenidos en el reporte) (MW Fluidez) y presencia de componentes afectivos (MW Afecto). Cada

categoría se puntuó de 1 a 7 en cada una de las 14 veces que se realizó el muestreo de experiencia, siendo 7 considerado como alta presencia de la categoría y 1 como baja presencia de la categoría, con un puntaje máximo total posible de 98 y un mínimo total posible de 14 para cada una. Luego se obtuvo un promedio para cada sujeto entre las calificaciones de los tres evaluadores para cada una de las tres categorías.

- **Mind-Wandering Questionnaire (MWQ):** Se aplicó la versión traducida al español del Cuestionario de vagabundeo de la mente, diseñado por Mrazek en el 2013 (Mrazek, Phillips, Franklin, Broadway, & Schooler, 2013) (Salavera, Urcola-Pardo, Usán, & Jarie, 2017). Este es un instrumento de auto reporte, compuesto por 5 ítems que evalúa el nivel y frecuencia del vagabundeo mental. Es una escala tipo Likert de 6 puntos que va de 1 (casi nunca) a 6 (casi siempre). La puntuación total de MWQ es la suma de los cinco elementos dentro de un rango de 5 a 30.

- **Interpersonal Reactivity Index (IRI):** Usamos la versión del IRI traducida y adaptada al español (perez-albeniz, Paúl, Torres, Paz Montes, & Etxebarria, 2003), la cual ha sido validada para la aplicación en contexto colombiano (Bernal Alvarez, Cetina Avila, & Romero Torroledo, 2017). Este instrumento es de autoinforme y se usó para evaluar diferentes variables de la empatía desde una perspectiva multidimensional que agrupa factores cognitivos y emocionales, distribuyéndose en 4 subescalas: Toma de perspectiva (PT), Fantasía (FS), Preocupación empática (EC) y Malestar personal (PD) (Frías-navarro, Samper, & Mestre, 2004). Se compone de 28 ítems y se responde en una escala Likert de 5 puntos donde 1 corresponde a “no me describe” y 5 a “me describe bastante bien”. La calificación de cada una de las dimensiones se obtiene por medio de la sumatoria de los puntajes de los ítems y lo que denominamos “IRI total” corresponde al promedio de los puntajes de las 4 subescalas.

- **INECO Frontal Screening (IFS):** Se usó la versión traducida y validada para la población colombiana del IFS (romero-vanegas, Vargas-Gonzalez, Arboleda, Lopera, & Pardo, 2014). Esta herramienta de screening está específicamente diseñada para medir el funcionamiento ejecutivo, es heteroaplicada y consta de 8 subpruebas, las cuales evalúan la programación motora, el control inhibitorio, el

seguimiento de instrucciones, el trabajo numérico, la memoria, la memoria de trabajo verbal, la memoria de trabajo espacial, la conceptualización y el control inhibitorio verbal (Torralva, Roca, Gleichgerrcht, Lopez, & Manes, 2009).

- **Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS):** Los pacientes con esquizofrenia fueron evaluados con la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) (Kay Sr Fau - Fiszbein, Fiszbein A Fau - Opler, & Opler), la cual se encuentra validada para la población colombiana (Quintero & Alzate, 2009). Esta consta de 30 ítems que evalúan la gravedad del síndrome esquizofrénico y lo categoriza en positivo, negativo y mixto. Se administra utilizando la técnica de entrevista estructurada. Cada ítem se puntúa según una escala de 7 grados de intensidad o gravedad, en los que el 1 equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema.

3.4 Fuentes y selección de datos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron fuentes de datos primarios, recogiéndolos por medio de los instrumentos antes mencionados. La información obtenida se registró en una base de datos utilizando el programa de Excel de Microsoft Office, que se realizó con base a un instrumento elaborado por los autores, donde se filtró la información de interés de acuerdo a las variables obtenidas de los objetivos planteados. Se utilizó el programa de Excel de Microsoft Office ya que es un «formato versátil y aceptado mundialmente por la mayoría de los programas de análisis estadístico» (Londoño Fernández, 2014). También se utilizaron fuentes bibliográficas y artículos especializados en el tema de esquizofrenia, funciones ejecutivas y vagabundeo mental que ayudaron a complementar el marco teórico.

Después de realizar la recolección de la información y su registro en la base de datos en Excel, aplicando los criterios de inclusión y exclusión para depurar datos que no se usaron en el estudio, se ordenaron las variables definidas previamente, en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 23, para su análisis estadístico.

3.5 Análisis Estadístico

En el análisis estadístico se exploró la distribución de las variables, utilizando medidas de tendencia central y dispersión.

Se realizaron análisis para buscar relación entre las variables y los dos grupos de sujetos, utilizando pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para evaluar diferencias entre ambos grupos, según los objetivos del presente estudio.

Se realizó un análisis de Pearson para evaluar la correlación entre variables y, por medio de modelos de regresión, se evaluaron posibles factores que expliquen el resultado en una variable dependiente, la cual fue el desempeño en el MWQ y en la tarea experimental para evaluación de vagabundeo mental.

En todo el procesamiento se utilizó un nivel de significancia menor a 0.05, ($p < 0.05$), y para las correlaciones se tuvo en cuenta que el coeficiente de correlación fuera mayor a 0.44.

3.6 Consideraciones Éticas

De acuerdo a las normas establecidas por la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud), este estudio se cataloga como “investigación con riesgo mayor al mínimo”, dado que se administraron pruebas neuropsicológicas y escalas de auto reporte, que son de tipo no invasivo. Todos los procedimientos ya han sido usados en otras investigaciones en pacientes con trastornos psiquiátricos y no se han reportado efectos adversos. En caso de malestar o inconformidad por parte de los participantes, éstos podían decidir si deseaban continuar dentro del estudio. Adicionalmente, los investigadores tenían la capacidad de suspender la aplicación de los instrumentos si detectaban riesgo en la estabilidad emocional o física de los participantes.

La investigación fue realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud y que cuenta con los recursos humanos y materiales para garantizar la seguridad de los sujetos de investigación. Todos los procedimientos fueron de tipo no invasivos y no involucraron la integridad física de los participantes.

Para garantizar el respeto de los derechos de los participantes, así como el pleno conocimiento de éstos, se les informó sobre la naturaleza, beneficios y riesgos del programa, así como sobre la posibilidad de retirarse en el momento en el que lo deseaban.

Las bases de datos están bajo custodia del investigador principal, quien garantiza anonimato y seguridad de la información. La información personal que pueda identificar a los participantes se encuentra enmascarada para proteger su privacidad y confidencialidad y los datos serán publicados solamente de manera global. Igualmente, se garantiza que los datos obtenidos tendrán un fin exclusivamente académico e investigativo.

La participación de cada sujeto fue de forma voluntaria, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En el consentimiento y el asentimiento informado, se especifican los objetivos de la investigación y el protocolo de pruebas que se aplicaron, así como los riesgos del estudio.

Se explicó a los sujetos que no hay beneficios de tipo económico por la participación en el estudio. Se informó a los participantes sobre la duración de cada estudio, las características de las tareas que deben realizar y la metodología empleada, utilizando un lenguaje comprensible.

Para el desarrollo óptimo de la investigación, la Universidad de Nacional de Colombia otorgó a los investigadores el aval académico para desarrollar el estudio.

4. Resultados

4.1 Características Sociodemográficas

La muestra obtenida en el presente estudio se conformó por un total de 20 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia y 20 controles sanos, el 5 % de los sujetos fueron del género femenino, los demás sujetos de la muestra pertenecen al género masculino.

La edad media fue de 33,4 años en el grupo de casos (\pm SD 11,53) y de 32,7 años en el grupo de controles (\pm SD 11,46) (Tabla 4-1). La escolaridad media del grupo de esquizofrenia fue de 13,75 años (\pm SD 2,51) y el de grupo de controles tuvo un promedio de escolaridad de 15,35 años (\pm SD 2,43) (Tabla 4-1).

Tabla 4-1: Comparación de variables entre los sujetos control y los pacientes con esquizofrenia.

Variable	Controles		Pacientes con Esquizofrenia		U de Mann-Whitney	Z valores	+ p valores
	Media	\pm SD	Media	\pm SD			
Edad	32,70	11,46	33,40	11,53	191,50	-0,23	< 0,82 NS
Escolaridad	15,35	2,43	13,75	2,51	127,50	-1,98	< 0,05*
IFS	25,03	2,60	22,65	3,82	122,50	-2,11	<0,03*
PANSS	0,00	0,00	45,80	16,81	0,00	-5,78	< 0,00*
MWQ	15,35	5,24	17,35	7,51	179,00	-0,57	< 0,57 NS
IRI Total	29,86	41,32	22,44	3,39	170,50	-0,80	< 0,42 NS
IRI PT	25,00	4,40	22,05	5,83	139,00	-1,66	< 0,10 TS
IRI FS	18,85	4,86	19,95	4,03	183,50	-0,45	< 0,65 NS
IRI EC	23,25	4,53	26,05	4,22	138,50	-1,67	< 0,10 TS
IRI PD	15,45	4,19	21,70	5,96	78,00	-3,31	< 0,00*
MW Frecuencia	34,44	13,44	26,10	13,08	126,50	-1,99	<0,05*
MW Fluidez	61,63	15,40	48,60	11,54	101,50	-2,67	<0,01*
MW Afecto	33,63	11,51	21,90	12,13	64,00	-3,69	< 0,00*
MW Total	43,35	12,84	32,30	11,44	98,50	-2,75	< 0,01*

SD: desviación estándar; +: Significación asintótica bilateral; *p<0.05; NS: no significativa; TS: tendencia significativa;

IFS: INECO Frontal Screening; PANSS: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia; MWQ: Mind-Wandering Questionnaire;

IRI: Interpersonal Reactivity Index; PT: Subescala Toma de Perspectiva; FS: Subescala Fantasía; EC: Subescala Preocupación Empática;

PD: Subescala Malestar Personal; MW: Tarea experimental para evaluar el vagabundeo mental.

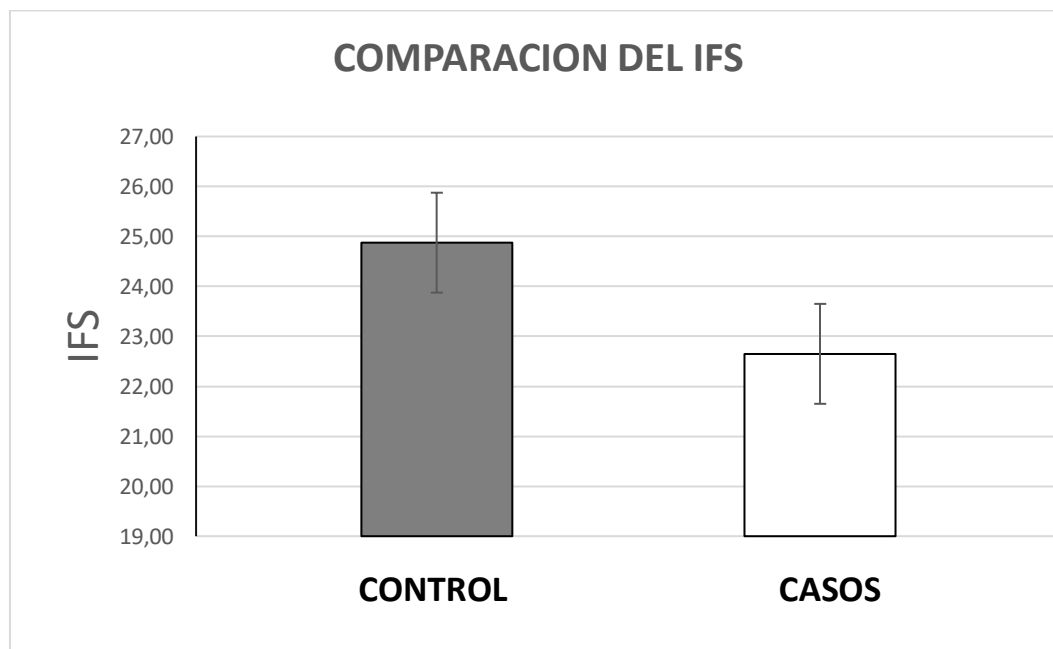
Como se muestra en la tabla 4-1, los dos grupos no mostraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas.

4.2 Comparaciones entre el grupo de pacientes con esquizofrenia y grupo de controles sanos

Se realizó prueba de Mann Whitney para evaluar diferencias significativas entre el grupo de casos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y controles sanos en el resultado de las diferentes variables estudiadas.

Al comparar el puntaje obtenido en la prueba de funciones ejecutivas, el IFS, entre los casos y controles, se encontró una diferencia significativa ($Z = -2,11$; $p < 0,03$). Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia obtuvieron resultados más bajos, con una media de 22,65 puntos ($\pm SD 3,83$) (Tabla 4-1) en comparación con los controles sanos, quienes en promedio obtuvieron un puntaje de 24,88 ($\pm SD 2,46$) (Figura 4-1, Tabla 4-1).

Figura 4-1: Comparación de los resultados en el IFS para el grupo control y los pacientes con esquizofrenia.

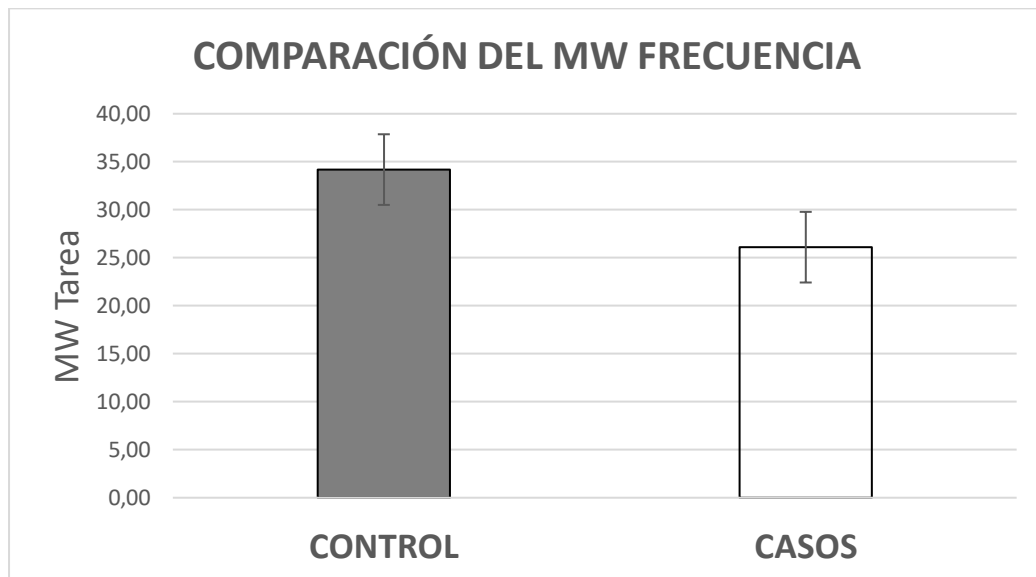


Fuente: Autores. 2019.

No se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre el desempeño en la prueba de cognición social, el IRI, de ambos grupos ($Z = -0,80$; $p < 0,42$) (Tabla 4-1). Sin embargo, en la subescala de esta prueba que valora específicamente mentalización, llamada Toma de Perspectiva, se encontró una diferencia con tendencia significativa ($Z = -1,66$; $p < 0,10$). En esta, los pacientes presentaron un peor desempeño que el grupo de controles (Tabla 4-1).

En cuanto a la tarea experimental diseñada para evaluar el vagabundeo mental, de forma global se encontró un peor desempeño en el grupo de pacientes, con una diferencia estadísticamente significativa ($Z = -2,75$; $p < 0,01$) (Tabla 4-1). Este resultado se refleja en las tres mediciones que componen esta prueba, pues se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de vagabundeo mental ($Z = -1,99$; $p < 0,05$), presentándose un menor puntaje promedio en el grupo de pacientes (media 26,10; $\pm SD 13,08$) (Figura 4-2, Tabla 4-1).

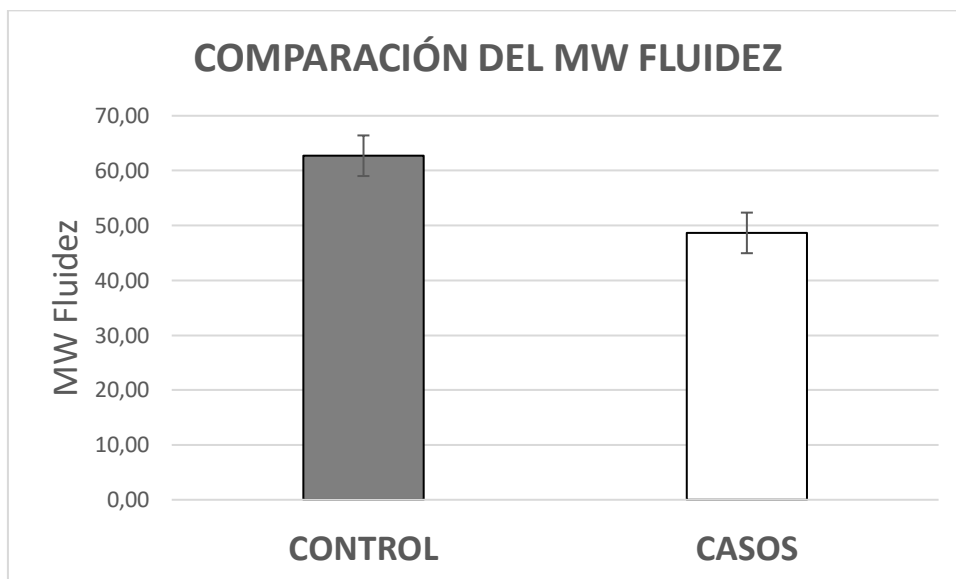
Figura 4-2: Comparación de la frecuencia de vagabundeo mental en la tarea experimental entre el grupo control y el grupo de pacientes con esquizofrenia.



Fuente: Autores. 2019.

Continuando con los resultados obtenidos en la tarea experimental para la evaluación de vagabundeo mental, se encontró igualmente una diferencia significativa en la fluidez del relato entre los dos grupos ($Z = -2,67$; $p < 0,01$), presentándose una menor fluidez promedio en el grupo de pacientes con esquizofrenia, siendo de 48,60 puntos ($\pm SD 11,54$) (Figura 4-3, Tabla 4-1).

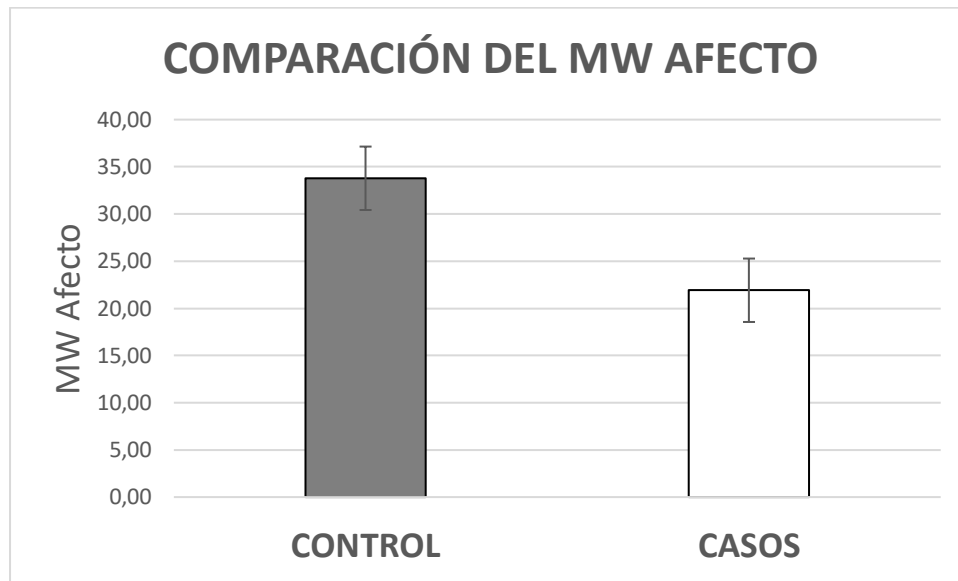
Figura 4-3: Comparación de la fluidez en el relato en la tarea de vagabundeo mental entre el grupo control y el grupo de pacientes con esquizofrenia.



Fuente: Autores. 2019.

El puntaje de carga afectiva en los relatos de la tarea de vagabundeo mental tuvo, igualmente, una diferencia significativa entre los dos grupos ($Z = -3,69$; $p < 0,00$), siendo considerado por los evaluadores un menor componente afectivo en los relatos pertenecientes al grupo de pacientes con esquizofrenia, obteniendo en promedio 21,90 puntos ($\pm SD 12,13$), menor que el obtenido por el grupo de controles, quienes presentaron un promedio de 33,63 puntos ($\pm SD 11,51$) (Figura 4-4, Tabla 4-1).

Figura 4-4: Comparación de la carga afectiva en el relato de la tarea de vagabundeo mental entre el grupo control y el grupo de pacientes con esquizofrenia.



Fuente: Autores. 2019.

En cuanto a la evaluación subjetiva de vagabundeo mental, realizada a través del MWQ, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes obtenidos entre ambos grupos ($Z = -0,57$; $p < 0,57$). Se evidenció que los pacientes con esquizofrenia obtuvieron un puntaje con media de $17,35 \pm SD 7,51$ y el grupo control media de $15,35 \pm SD 5,24$. (Tabla 4-1).

4.3 Correlación de las pruebas realizadas a los casos respecto a los resultados de vagabundeo mental

La tabla 4-2 muestra la correlación entre las variables sociodemográficas y las pruebas aplicadas al grupo de pacientes con esquizofrenia y la presencia de vagabundeo mental.

En el grupo de casos se encontró una relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional, entre la edad y el puntaje obtenido en el MWQ ($r = 0,45$; $p < 0,05$). Igualmente, se evidenció una correlación con tendencia significativa entre la edad y el desempeño global en la tarea experimental para evaluar vagabundeo mental ($r = 0,38$; $p < 0,10$) (Tabla 4-2).

Tabla 4-2: Correlación entre MWQ/MW Tarea con las variables sociodemográficas, el puntaje en las subescalas del IRI y el PANSS en pacientes con esquizofrenia.

Variable	MWQ r	p<	MW Frecuencia r	p<	MW Fluidez r	p<	MW Afecto r	p<	MW Total r	p<
Edad	0,45	0,05*	0,25	0,30 NS	0,50	0,02*	0,36	0,12 NS	0,38	0,10 TS
Escolaridad	-0,20	0,41 NS	-0,36	0,12 NS	-0,09	0,70 NS	0,10	0,68 NS	-0,14	0,56 NS
IFS	-0,27	0,25 NS	0,02	0,94 NS	0,12	0,63 NS	0,29	0,21 NS	0,15	0,53 NS
PANSS	-0,02	0,92 NS	-0,03	0,91 NS	-0,02	0,94 NS	-0,16	0,51 NS	-0,07	0,76 NS
IRI Total	0,59	0,01*	0,51	0,02*	0,50	0,02*	0,29	0,21 NS	0,47	0,03*
IRI PT	0,55	0,01*	0,53	0,02*	0,50	0,02*	0,45	0,05*	0,53	0,02*
IRI FS	0,44	0,05*	0,32	0,17 NS	0,41	0,07 TS	0,26	0,28 NS	0,36	0,12 NS
IRI EC	0,15	0,53 NS	0,37	0,11 NS	0,32	0,17 NS	0,14	0,54 NS	0,30	0,20 NS
IRI PD	0,45	0,05*	0,19	0,43 NS	0,17	0,48 NS	-0,03	0,89 NS	0,12	0,60 NS
MWQ	1,00		0,02	0,94 NS	0,18	0,45 NS	-0,19	0,43 NS	0,00	0,99 NS
MW Frecuencia	0,02	0,94 NS	1,00		0,81	0,00*	0,82	0,00*	0,95	0,00*
MW Fluidez	0,18	0,45 NS	0,81	0,00*	1,00		0,76	0,00*	0,92	0,00*
MW Afecto	-0,19	0,43 NS	0,82	0,00*	0,76	0,00*	1,00		0,92	0,00*
MW Total	0,00	0,99 NS	0,95	0,00*	0,92	0,00*	0,92	0,00*	1,00	

r: Coeficiente de Correlación de Pearson; *p<0.05; NS: no significativa; TS: tendencia significativa; MWQ: Mind-Wandering Questionnaire; MW Tarea: Tarea para evaluar el vagabundeo mental; MW Fluidez: fluidez del reporte de la tarea para evaluar vagabundeo mental; MW Afecto: presencia de componentes afectivos en el reporte de la tarea para evaluar vagabundeo mental; IRI: Interpersonal Reactivity Index; PT: Toma de perspectiva; FS: Fantasía; EC: Preocupación empática; PD: Malestar personal.

No se encontró una correlación significativa entre el desempeño en la prueba de funciones ejecutivas (IFS) y la presencia de vagabundeo mental, tanto a través del MWQ como de la tarea experimental (Tabla 4-2).

Así mismo, no se halló una correlación significativa entre el puntaje del PANSS en los pacientes y las pruebas de vagabundeo mental (Tabla 4-2).

En cambio, se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre el desempeño en la prueba de cognición social (IRI) y el puntaje obtenido en el MWQ ($r = 0,59$; $p < 0,01$). Igualmente, se presentó una correlación significativa entre el IRI y el puntaje global en la tarea experimental ($r = 0,47$; $p < 0,03$) (Tabla 4-2).

No se evidenció una correlación entre la presencia de vagabundeo mental, evaluado a través de la tarea experimental, y el puntaje obtenido en las subescalas del IRI, excepto en la subescala de esta prueba que valora específicamente mentalización, llamada Toma de Perspectiva, ya que se evidenció una correlación positiva estadísticamente significativa entre esta y las pruebas de vagabundeo mental (Tabla 4-2).

En cambio, el puntaje en el MWQ se correlacionó de forma significativa tanto con el desempeño en la subescala de fantasía ($r = 0,44$; $p < 0,05$) como en la de malestar personal ($r = 0,45$; $p < 0,05$) (Tabla 4-2).

Las categorías de frecuencia, fluidez y afecto, evaluadas en la tarea experimental de vagabundeo mental, no presentaron una correlación estadísticamente significativa con respecto al puntaje en el MWQ. De la misma forma, el puntaje global de la tarea experimental no se correlacionó con el resultado obtenido en el MWQ ($r = 0,00$; $p < 0,99$) (Tabla 4-2).

Se evidenció que los distintos puntajes en las categorías de la tarea experimental (frecuencia, fluidez y afecto), tienen una asociación lineal positiva y estadísticamente significativa (Tabla 4-2).

4.4 Correlación de las pruebas realizadas a los controles sanos respecto a los resultados de vagabundeo mental

La tabla 4-3 muestra la correlación entre las variables sociodemográficas y las pruebas aplicadas al grupo de controles sanos y la presencia de vagabundeo mental.

En este grupo, se encontró una relación lineal estadísticamente significativa e inversamente proporcional, entre la edad y el puntaje obtenido en el MWQ ($r = -0,52$; $p < 0,02$). Igualmente, se evidenció una correlación significativa e inversamente proporcional entre la edad y el desempeño global en la tarea experimental para evaluar vagabundeo mental ($r = -0,46$; $p < 0,04$) (Tabla 4-3).

Al igual que los resultados observados en el grupo de casos, en el grupo de controles sanos no se encontró una correlación significativa entre los años de escolaridad y los puntajes en las pruebas de vagabundeo mental.

Tabla 4-3: Correlación entre MWQ/MW Tarea con las variables sociodemográficas, el IFS y el puntaje en las subescalas del IRI en controles sanos.

Variable	MWQ r	p<	MW Frecuencia r	p<	MW Fluidez r	p<	MW Afecto r	p<	MW Total r	p<
Edad	-0,52	0,02*	-0,47	0,04*	-0,39	0,09 TS	-0,45	0,05*	-0,46	0,04*
Escolaridad	0,28	0,23 NS	-0,09	0,72 NS	0,05	0,85 NS	-0,03	0,91 NS	-0,02	0,94 NS
IFS	0,39	0,09 TS	0,10	0,67 NS	0,15	0,52 NS	0,00	0,99 NS	0,10	0,66 NS
IRI Total	-0,19	0,42 NS	-0,07	0,78 NS	-0,48	0,03*	-0,32	0,17 NS	-0,32	0,17 NS
IRI PT	-0,07	0,76 NS	0,15	0,53 NS	0,27	0,26 NS	0,20	0,40 NS	0,22	0,36 NS
IRI FS	0,50	0,03*	0,35	0,12 NS	0,14	0,55 NS	0,18	0,46 NS	0,22	0,34 NS
IRI EC	-0,13	0,59 NS	-0,34	0,14 NS	-0,13	0,60 NS	-0,21	0,37 NS	-0,24	0,31 NS
IRI PD	-0,23	0,34 NS	-0,06	0,81 NS	-0,20	0,41 NS	-0,25	0,30 NS	-0,18	0,44 NS
MWQ	1,00		0,37	0,10 TS	0,41	0,07 TS	0,21	0,37 NS	0,36	0,12 NS
MW Frecuencia	0,37	0,10 TS	1,00		0,83	0,00*	0,88	0,00*	0,95	0,00*
MW Fluidez	0,41	0,07 TS	0,83	0,00*	1,00		0,87	0,00*	0,96	0,00*
MW Afecto	0,21	0,37 NS	0,88	0,00*	0,87	0,00*	1,00		0,96	0,00*
MW Total	0,36	0,12 NS	0,95	0,00*	0,96	0,00*	0,96	0,00*	1,00	

r: Coeficiente de Correlación de Pearson; *p<0.05; NS: no significativa; TS: tendencia significativa; MWQ: Mind-Wandering Questionnaire; MW Tarea: Tarea para evaluar el vagabundeo mental; MW Fluidez: fluidez del reporte de la tarea para evaluar vagabundeo mental; MW Afecto: presencia de componentes afectivos en el reporte de la tarea para evaluar vagabundeo mental; IRI: Interpersonal Reactivity Index; PT: Toma de perspectiva; FS: Fantasía; EC: Preocupación empática; PD: Malestar personal.

De la misma forma, la presencia de vagabundeo mental en este grupo de controles no se correlacionó con el desempeño obtenido en la prueba de funciones ejecutivas (IFS) (Tabla 4-3).

En este grupo no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el desempeño total en la prueba de cognición social (IRI) y el puntaje obtenido en las pruebas de vagabundeo mental, tanto en el MWQ como en la tarea experimental (Tabla 4-3). De igual manera, los puntajes en las pruebas de divagación mental no se correlacionaron con aquellos presentados en las subescalas del IRI, excepto la subescala específica para evaluación de capacidad fantasía, la cual mostró una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional con los resultados del MWQ ($r = 0,50$; $p < 0,03$) (Tabla 4-3).

De la misma forma que en el grupo de casos, las categorías de frecuencia, fluidez y afecto, evaluadas en la tarea experimental de vagabundeo mental, y el puntaje global de esta, no presentaron una correlación estadísticamente significativa con respecto al puntaje en el MWQ en el grupo de controles (Tabla 4-3).

5. Discusión

El presente estudio evaluó la capacidad de vagabundeo mental en adultos con esquizofrenia comparado con un grupo de controles sanos. En particular, el vagabundeo mental fue valorado a través de una tarea experimental diseñada por los autores, basada en un modelo denominado “Muestreo de Experiencia” (Franklin, Smallwood, & Schooler, 2011; Smallwood & Schooler, 2015; Wang et al., 2018), así como a través de una escala autoaplicada que ha sido previamente usada en un grupo de pacientes con esquizofrenia en otras investigaciones. De igual manera, evaluamos posibles variables mediadoras de dicha capacidad, por lo que analizamos, además, tanto en pacientes como en controles, las funciones ejecutivas, la capacidad de mentalización y, en pacientes, la presencia de síntomas positivos y negativos.

Los resultados encontrados muestran que los pacientes con esquizofrenia presentaron una menor frecuencia de vagabundeo mental en la tarea experimental, en comparación con los controles sanos. Además de esto, los pacientes mostraron un desempeño significativamente peor en la prueba de funciones ejecutivas y una tendencia significativa a una menor capacidad de mentalización, comparado con los controles sanos. Por otra parte, por medio de análisis de asociación, se evidenció que los resultados en las pruebas de vagabundeo mental en el grupo de pacientes no eran explicados por la presencia de síntomas psicóticos ni por las alteraciones presentadas en las pruebas ejecutivas, pero sí están relacionados con su capacidad de mentalización.

Respecto a los resultados obtenidos en las pruebas de vagabundeo mental, observamos que los pacientes con esquizofrenia tienen una menor presencia de este fenómeno en la tarea experimental comparados con el grupo control. Además, en la evaluación del reporte de la tarea experimental, se encontró una menor fluidez y carga afectiva del relato en los pacientes con esquizofrenia, en comparación con controles, con diferencias significativas

en las tres categorías valoradas. Por otro lado, se observó que no hubo una diferencia significativa en la evaluación subjetiva a través del MWQ.

En relación a la literatura especializada, primero hay que destacar que hay una escasez significativa de investigaciones relacionadas con el tema de vagabundeo mental en general, y en su relación particular con la esquizofrenia, tal como lo han señalado los autores Shin et al., (2015) y Chen et al., (2019). Con respecto a trabajos que apoyan los resultados encontrados en la presente investigación, se encontró únicamente aquellos reportados en un estudio reciente realizado por Chen et al., (2019), en el que se evaluó el vagabundeo mental en pacientes con esquizofrenia y controles sanos a través de una prueba experimental, encontrándose una menor frecuencia de vagabundeo en los casos, sin una correlación significativa con la presencia de síntomas psicóticos. Tanto en nuestro trabajo como en el estudio de Chen et al., las personas evaluadas realizaron una tarea experimental, ambos estudios tienen muestras parecidas, además de similares criterios de inclusión, pues se evaluaban solo pacientes estables y con menor nivel de síntomas psicóticos. Estas similitudes en la muestra y en el tipo de evaluación del vagabundeo mental pueden justificar la presencia de resultados similares entre nuestro estudio y el estudio de Chen y cols. La coincidencia entre nuestros resultados y los de Chen, podrían explicarse debido a dificultades en el funcionamiento ejecutivo y en la capacidad de generar imágenes y contenidos mentales, más allá de los contenidos sintomáticos en los pacientes con esquizofrenia. Esta posibilidad estaría respaldada por los estudios que revelan que los pacientes con esquizofrenia presentan dificultades para generar imágenes mentales y teoría de la mente (Green, Horan, & Lee, 2015). Además, esta posibilidad se ve igualmente apoyada por otro grupo de hallazgos en nuestro estudio, pues las dificultades en vagabundeo mental en los pacientes se asociaron a su capacidad de mentalización en comparación con controles sanos.

Por otro lado, nuestros resultados no fueron consistentes con los del estudio realizado por Shin et al., (2015), en el que los pacientes con esquizofrenia mostraron una frecuencia de vagabundeo mental significativamente alta respecto al grupo control, y encontraron una correlación también significativa con la presencia de síntomas psicóticos. Sin embargo, en el estudio descrito, la evaluación de vagabundeo mental solo se hizo a través de una medida de autorreporte, el MWQ. Este instrumento es un cuestionario autoaplicado, con una medición netamente subjetiva, en la que sus ítems no diferencian claramente entre los

tipos de pensamientos espontáneos de los que es familia el vagabundeo mental (Christoff et al., 2016). Estudios previos han revelado problemas en la capacidad de detectar síntomas o comportamientos particulares a través de medidas de autorreporte pues tienden a sobrestimar los constructos evaluados (Austin, Deary, Gibson, McGregor, & Dent, 1998; Balakrishnan, 1999).

Esto es de gran importancia debido a que los pacientes con esquizofrenia presentan usualmente dificultades en la construcción de la opinión sobre sí mismo, sobre sus propios fallos o cambios. Asunto que se relaciona con la falta de introspección o anosognosia predominante en este trastorno psiquiátrico (Lehrer & Lorenz, 2014; Shad, Tamminga, Cullum, Haas, & Keshavan, 2006). Además, la evaluación de comportamientos a través de medidas de autorreporte podría generar sesgos de respuesta en pacientes con esquizofrenia, quienes tienen muchas dificultades para estimar sus estados mentales, sus cambios y procesos psicológicos y sus comportamientos, además de los problemas de introspección (Harvey, 2015; Lehrer & Lorenz, 2014; Shad et al., 2006). Estas dificultades pueden explicarse por aquellas presentadas en procesos necesarios para la autoevaluación y metacognición, como lo es la capacidad de mentalizar e inferir estados mentales propios (Green et al., 2015). Es por esto que en nuestro estudio decidimos evaluar el constructo de vagabundeo mental haciendo uso de medidas subjetivas, por medio de cuestionario de autorreporte MWQ, y medidas objetivas, con la adaptación de la tarea experimental de Schooler y cols., teniendo una batería de evaluación más robusta de estos procesos en pacientes con esquizofrenia.

En cuanto a la evaluación de las funciones ejecutivas, el grupo de pacientes con esquizofrenia presentó un peor desempeño, lo cual coincide con lo reportado en la literatura respecto a la alteración de dichas funciones neuropsicológicas presentada en personas con este diagnóstico (Gavilán & García-Albea, 2015). Igualmente, los resultados en la prueba de mentalización concuerdan con las diferentes investigaciones que muestran que la generación de imágenes mentales y, en general, los aspectos tanto afectivos como cognitivos de la empatía, se encuentran alterados en las personas con esquizofrenia (Green et al., 2015; Martin et al., 2016; Savla et al., 2013).

De forma llamativa, en nuestro estudio encontramos que, tanto en los pacientes con esquizofrenia como en los controles sanos, la presencia de vagabundeo mental no se

correlacionó con el desempeño que obtuvieran en la prueba de funciones ejecutivas. Este resultado discrepa con los planteamientos de algunas investigaciones, en las que se sugiere una relación entre un mayor vagabundeo mental con un peor desempeño en tareas que tienen altas demandas de control ejecutivo (McVay & Kane, 2009; Wang et al., 2018), pero apoya los autores que consideran que un fenómeno tan complejo como el pensamiento autogenerado requiere de explicaciones que sean, de igual forma, lo suficientemente complejas, reconociendo que el vagabundeo mental depende de múltiples procesos cognitivos, no solo de alteraciones en las funciones ejecutivas (Smallwood & Andrews-Hanna, 2013).

Por otro lado, en el grupo de pacientes, se encontró una correlación significativa entre el puntaje de la prueba de cognición social (IRI), particularmente la subescala que valora la mentalización, y la presencia de vagabundeo mental, tanto a través de la tarea experimental como con el MWQ. Esto concuerda con el planteamiento de Smallwood & Schooler (2015), el cual señala que la actividad de mentalización puede ser una parte inicial y constitutiva del proceso de vagabundeo, pudiendo sugerir que las alteraciones en el vagabundeo mental están relacionadas también con variaciones en otras habilidades cognitivas. Lo anterior nos hace suponer que las alteraciones en las funciones cognitivas relacionadas con la capacidad de producción de imágenes mentales, que presentan las personas con diagnóstico de esquizofrenia, pueden estar en la misma línea de resultados que muestran las dificultades que tiene este grupo de pacientes en funciones de planeación, organización y anticipación (Baird et al., 2011; Seter, Giovannetti, Kessler, & Worth, 2011). Conclusiones que son apoyadas tanto por nuestros resultados como por los de Chen et al. (2019).

También se podría considerar que las alteraciones en la generación de contenidos mentales encontradas en nuestra muestra, pueden ser un efecto cognitivo del compromiso en los circuitos prefrontales dopaminérgicos y glutamatérgicos (Coyle, 2006; Lewis & Levitt, 2002), por lo que es relevante desarrollar nuevas investigaciones en este campo que indaguen sobre esta posibilidad. Así mismo, otro punto a reflexionar, podría ser que los pacientes con esquizofrenia les cueste divagar mentalmente porque se encuentran muy centrados en las alteraciones en la regulación emocional típicas que ocurren en estos pacientes (Henry et al., 2007; O'Driscoll, Laing, & Mason, 2014; van der Meer et al., 2014), para lo que es necesario plantear investigaciones que evalúen esta relación.

Ahora bien, es valioso resaltar que, de acuerdo al rastreo de antecedentes, el presente es uno de los primeros trabajos que evalúan el vagabundeo mental en pacientes con esquizofrenia a través de evaluaciones complejas, por cuanto hicimos uso de diversos instrumentos, que comprenden tanto tareas subjetivas como experimentales. Igualmente, en tanto que evaluamos funciones de la línea de planeación y de mentalización, nuestros resultados también ayudan a clarificar la relación entre el vagabundeo mental y los diversos procesos asociados a la generación de imágenes mentales. En este sentido, la evaluación de estos correlatos cognitivos también es importante porque en los procesos de diagnóstico y seguimiento de pacientes con esquizofrenia, existe una tendencia a centrarnos en la presencia o no de los síntomas positivos y negativos, pero a través de este estudio se demuestra la existencia de otro grupo de alteraciones que deberían tenerse en cuenta y estudiarse con mayor profundidad. Esto abre la puerta a nuevas formas de evaluación e intervención, ya que se plantea la posibilidad de hacer tratamientos psicoterapéuticos y cognitivos centrados en la rehabilitación de estas funciones.

Nuestro estudio, sin embargo, tiene algunas limitaciones, entre las principales cabe anotar que contó con una muestra no muy alta y la mayoría de pacientes incluidos fueron del género masculino, por lo tanto, los resultados pueden presentar sesgos de género que no hayan sido reportados previamente en otras investigaciones. En ese sentido, para fortalecer el análisis estadístico, es importante que futuros estudios cuenten con un muestreo más extenso, heterogéneo y preferiblemente aleatorizado. A pesar de estas dificultades, en nuestro estudio procuramos seguir un método de muestreo riguroso, la muestra escogida fue pareada por género, edad, escolaridad y procedencia. Adicionalmente, redujimos los posibles factores de confusión excluyendo sujetos con discapacidad intelectual asociada ($CI < 85$) y aplicando una prueba para funciones ejecutivas y una prueba para valorar la capacidad de mentalización. Asimismo, con el fin de disminuir sesgos de observador, el muestreo de experiencia fue valorado por tres diferentes evaluadores, quienes, de forma independiente, asignaron calificaciones respecto a tres categorías: frecuencia de vagabundeo mental, fluidez del relato y carga afectiva de este.

Por otro lado, no existen pruebas estandarizadas para evaluar el vagabundeo mental (Smallwood & Schooler, 2015; Smallwood & Andrews-Hanna, 2013), por lo que es

necesario que, para continuar ampliando el conocimiento sobre estas capacidades cognitivas, existan nuevos estudios sobre el vagabundeo mental y combinen diferentes formas de evaluación, preferiblemente protocolizadas y validadas. Asimismo, es importante anotar que todos los sujetos incluidos en el grupo de casos se encontraban en tratamiento con antipsicóticos, por lo que no se puede descartar un efecto de estos medicamentos tanto en el rendimiento cognitivo como en el afectivo. Debido a esto, se sugiere que futuras investigaciones cuenten con una estrategia de control para este sesgo de confusión, pudiéndose plantear un estudio que evalúe los efectos de los psicofármacos en el vagabundeo mental.

Otra limitación fue la no inclusión de pacientes que se encontraran en una fase aguda de la enfermedad, situación que pudo afectar los resultados obtenidos con relación a la prueba PANSS. En virtud de lo anterior, se consideran necesarios futuros estudios que permitan la evaluación del vagabundeo mental y los procesos cognitivos implicados en la generación de imágenes mentales, en diferentes estadios de la esquizofrenia, con el fin de brindar una mayor comprensión fenomenológica de esta patología. Igualmente, son necesarios estudios comparativos entre grupos de trastornos mentales.

En síntesis, nuestro estudio rebela que los pacientes con esquizofrenia muestran una menor frecuencia de vagabundeo mental que los controles sanos en una tarea experimental. Asimismo, se encontró que la frecuencia del vagabundeo mental no se correlacionó significativamente con la presencia de síntomas psicóticos ni con las alteraciones en las funciones ejecutivas, pero sí se correlacionó con la capacidad de mentalización. Es importante destacar que es de los primeros trabajos que reporta estas dificultades en este grupo de pacientes y ayuda a clarificar la relación entre el vagabundeo mental, el desempeño ejecutivo y la mentalización.

En conclusión, los pacientes con esquizofrenia presentan una menor capacidad de producción de pensamientos espontáneos y no relacionados con una tarea, esto asociado con su desempeño en procesos de mentalización. Además, en la esquizofrenia, el grado de frecuencia de vagabundeo mental no está explicado por la presencia de síntomas positivos o negativos ni por las alteraciones presentadas en el funcionamiento ejecutivo.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

- Los pacientes con esquizofrenia presentan un menor vagabundeo mental que los controles sanos en una tarea experimental.
- La frecuencia de vagabundeo mental no está correlacionada con la presencia de síntomas positivos y negativos en pacientes con esquizofrenia.
- Los pacientes con esquizofrenia presentan un peor desempeño en la prueba de funciones ejecutivas, sin embargo, el vagabundeo mental no está asociado al funcionamiento ejecutivo.
- El vagabundeo mental se correlaciona con la capacidad de mentalización en los pacientes con esquizofrenia.

6.2 Recomendaciones

- Fortalecer el análisis estadístico en estudios futuros, a través del aumento de sujetos estudiados y garantizado una muestra heterogénea y preferiblemente aleatorizada.
- Se reconoce la necesidad de futuros estudios con pacientes en diferentes estadios de la enfermedad para obtener una comprensión mayor de las funciones cognitivas en la esquizofrenia.
- Se sugiere el desarrollo de estudios que evalúen los efectos de los psicofármacos en el vagabundeo mental.

A. Anexo: Cuestionario de vagabundeo de la mente.

Traducido al español (Salavera et al., 2017)

A continuación, encontrará un conjunto de afirmaciones sobre su experiencia cotidiana. Utilizando la escala del 1 al 6 mostrada más abajo, indique con qué frecuencia tiene usted dichas experiencias. Por favor, responda según su experiencia real, y no según lo que usted cree que su experiencia debería ser.

1	2	3	4	5	6
Casi nunca	Con muy poca frecuencia	Con poca frecuencia	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia	Casi siempre

1. Me resulta difícil mantener la concentración en trabajos sencillos o repetitivos.	1	2	3	4	5	6
2. Mientras leo, me doy cuenta de que no he estado pensando en el texto y que, por lo tanto, tengo que leerlo otra vez.	1	2	3	4	5	6
3. Hago las cosas sin prestar total atención.	1	2	3	4	5	6
4. Escucho a medias cuando me hablan porque al mismo tiempo estoy pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
5. Me distraigo durante conferencias y presentaciones.	1	2	3	4	5	6

B. Anexo: Interpersonal Reactivity Index.

Las siguientes declaraciones indagán sobre sus pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones.

Para cada ítem, indique cuán bien la declaración lo/a describe, marcando con una cruz el número indicado

según la escala presentada a continuación:

No me describe bien A ——— B ——— C ——— D ——— E Me describe muy bien

Lea cada ítem atentamente antes de responder. Intente ser lo más sincero/a posible.

1. Con cierta frecuencia sueño despierto y fantaseo sobre cosas que podrían pasarme.	A	B	C	D	E
2. A menudo tengo sentimientos de compasión y preocupación hacia gente menos afortunada que yo.	A	B	C	D	E
3. A veces encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otros. (-)	A	B	C	D	E
4. A veces no me dan mucha lástima otras personas cuando tienen problemas. (-)	A	B	C	D	E
5. Realmente me siento "metido/a" en los sentimientos de los personajes de una novela.	A	B	C	D	E
6. En situaciones de emergencia, me siento aprensivo e incómodo.	A	B	C	D	E
7. Generalmente soy objetivo cuando veo una película o una obra de teatro y no me suelo "meter" completamente en ella. (-)	A	B	C	D	E
8. En un desacuerdo con otros, trato de ver las cosas desde el punto de vista de los demás antes de tomar una decisión.	A	B	C	D	E
9. Cuando veo que se aprovechan de alguien, siento necesidad de protegerle.	A	B	C	D	E
10. A veces me siento indefenso/a cuando estoy en medio de una situación muy emotiva.	A	B	C	D	E
11. A veces intento comprender mejor a mis amigos imaginando cómo ven las cosas desde su perspectiva.	A	B	C	D	E
12. Es raro que yo me "meta" mucho en un buen libro o en una película. (-)	A	B	C	D	E
13. Cuando veo que alguien se hace daño, tiendo a permanecer tranquilo. (-)	A	B	C	D	E

14. Las desgracias de otros no suelen angustiarme mucho. (-)	A	B	C	D	E
15. Si estoy seguro/a que tengo la razón en algo, no pierdo mucho tiempo escuchando los argumentos de otras personas. (-)	A	B	C	D	E
16. Después de ver una obra de teatro o una película, me siento como si fuese uno de los protagonistas.	A	B	C	D	E
17. Me asusta estar en una situación emocional tensa.	A	B	C	D	E
18. Cuando veo que alguien está siendo tratado injustamente, no suelo sentir mucha pena por él. (-)	A	B	C	D	E
19. Generalmente soy bastante efectivo afrontando emergencias. (-)	A	B	C	D	E
20. A menudo me conmueven las cosas que veo que pasan.	A	B	C	D	E
21. Creo que todas las cuestiones se pueden ver desde dos perspectivas e intento considerar ambas.	A	B	C	D	E
22. Me describiría como una persona bastante sensible.	A	B	C	D	E
23. Cuando veo una buena película, puedo ponerme muy fácilmente en el lugar del protagonista.	A	B	C	D	E
24. Tiendo a perder el control en las emergencias.	A	B	C	D	E
25. Cuando estoy molesto con alguien, generalmente trato de "ponerme en su pellejo" durante un tiempo.	A	B	C	D	E
26. Cuando estoy leyendo una novela o historia interesante, imagino cómo me sentiría si me estuviera pasando lo que ocurre en la historia.	A	B	C	D	E
27. Cuando veo a alguien en una emergencia que necesita ayuda, pierdo el control.	A	B	C	D	E
28. Antes de criticar a alguien, intento imaginar cómo me sentiría yo si estuviera en su lugar.	A	B	C	D	E

C. Anexo: INECO Frontal Screening.

SERIES MOTORAS		/3			
<p>“Mire atentamente lo que estoy haciendo”. El examinador realiza tres veces la serie de Luria “puño, canto, palma”. Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo.” El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice. “Ahora, hágalo usted solo”. Puntuación: 6 series consecutivas solo: 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0</p>					
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS		/3			
<p>“Golpee dos veces cuando yo golpee una vez”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1- 1-1. “Golpee una vez cuando yo golpee dos veces”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0</p>					
CONTROL INHIBITORIO MOTOR		/3			
<p>“Golpee una vez cuando yo golpee una vez”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1- 1. “No golpee cuando yo golpee dos veces”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0</p>					
REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRÁS /6					
2-4		5-7			
6-2-9		4-1-5			
3-2-7-9		4-9-6-8			
1-5-2-8-6		6-1-8-4-3			
5-3-9-4-1-8		7-2-4-8-5-6			
MESES ATRÁS /2					
Diciembre	Noviembre	Octubre	Septiembre	Agosto	Julio
Junio	Mayo	Abril	Marzo	Febrero	Enero
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL /4					
1-2		3-4-2-1			
2-4-3		1-4-2-3-4			
Señale los cubos en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide qué mano prefiere utilizar.					
REFRANES /3					
Perro que ladra, no muerde		Los que hablan mucho, suelen hacer poco.			
A mal tiempo, buena cara		Tomar una actitud positiva frente a las adversidades			
En casa de herrero, azadón de palo		Carecer de algo cuando por tu profesión u oficio, no debiera faltarte			
Ejemplo: ½ punto. Explicación Correcta: 1 Punto.					
CONTROL INHIBITORIO VERBAL /6					
Iniciación					
Me pongo los zapatos y me ato los					
Peleaban como perro y					
Inhibición					
Juan compró dulces en la					
Ojo por ojo y diente por					
Lave la ropa con agua y					
Iniciación: Escuche cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consignar respuesta.					
Inhibición. Diferente: 2/ Rel. Semántica: 1/Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma.					
Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...lluvia.					
TOTAL IFS:					

D. Anexo: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS).

ESCALA POSITIVA

P1. 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.

o 1. Ausente: No aplicable.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

o 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.

o 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.

o 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.

o 6. Grave: Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.

o 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.

o 1. Ausente: No aplicable.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 1. Ausente: No aplicable.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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 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.

o 1. Ausente: No aplicable.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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 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.

o 1. Ausente: No aplicable.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

o 3. Leve: Es evidente una cierta expansividad y ostentación, pero sin delirios de grandeza bien definidos.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 1. Ausente: No aplicable.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; pueda estar en el extremo superior de los límites normales.

o 3. Leve: Presenta una actitud recelosa o incluso abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta se ven mínimamente afectados.

o 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.

o 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.

o 6. Grave: Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones interpersonales.

o 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.

o 1. Ausente: No aplicable.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

o 3. Leve: Manifestaciones indirectas o reprimidas de ira, como sarcasmos, faltas de respeto, expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.

o 4. Moderado: Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.

o 5. Moderadamente grave: El/la paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.

o 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.

o 7. Extremo: La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de la interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.

ESCALA NEGATIVA

N1. EMBOTAMIENTO AFECTIVO

Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación. Bases para la evaluación: observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

o 1. Ausente: La definición no es aplicable

o 2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.

o 3. Leve: Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.

o 4. Moderado: Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.

o 5. Severamente moderado: El afecto es generalmente "apático" con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.

o 6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.

o 7. Extremo: Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El/la paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de "madera".

N2. RETRACCIÓN EMOCIONAL.

Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos. Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del o de la paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

o 1. Ausente: La definición no es aplicable

o 2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales

o 3. Leve: Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.

o 4. Moderada: El/la paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.

o 5. Severamente Moderada: El/la paciente s está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El/la paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.

o 6. Severa: Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el/la paciente necesita supervisión

o 7. Extrema: Paciente casi totalmente aislado/a, incommunicativo/a, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. POBRE RELACIÓN.

Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal. Bases de valoración: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

o 1. Ausencia: La definición no es aplicable

o 2. Mínima: Patología cuestionable: puede estar en el extremo de los límites normales

o 3. Leve: La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.

o 4. Moderada: El/la paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El/la paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.

o 5. Severamente Moderada: La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El/la paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.

o 6. Severa: El/la paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.

o 7. Extrema: Falta de implicación total con el entrevistador. El/la paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. RETRACCIÓN SOCIAL. APATÍA PASIVA.

Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas. Bases de valoración: informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

o 1. Ausencia: La definición no es aplicable

o 2. Mínima: Patología cuestionable: Puede estar en el extremo de los límites normales.

o 3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa. Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.

o 4. Moderada: Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.

o 5. Severamente Moderada: Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.

o 6. Severa: Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.

o 7. Extrema: Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO.

Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema. Bases de valoración: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.

- o 1. Ausente: La definición no es aplicable
- o 2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
- o 3. Leve: Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente.
- o 4. Moderada: Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
- o 5. Severamente Moderada: Trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
- o 6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacío o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas
- o 7. Extrema: Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ DE LA CONVERSACIÓN

Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal. Bases de evaluación: Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.

- o 1. Ausente: La definición no es aplicable
- o 2. Mínima: Patología cuestionable. Puede estar en el extremo de los límites normales.
- o 3. Leve: La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los/as pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
- o 4. Moderada: Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
- o 5. Severamente Moderada: El/la paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.
- o 6. Severa: Las respuestas del o de la paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: "no se, no tengo libertad para opinar"). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.
- o 7. Extrema: La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO.

Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril. La base para la evaluación: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:

- o 1. Ausente: La definición no es aplicable
- o 2. Mínima: Patología cuestionable. Puede estar en el extremo máximo de los límites normales.
- o 3. Leve: Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El/la paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.
- o 4. Moderada: La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.
- o 5. Severa Moderadamente: El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
- o 6. Severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.
- o 7. Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del o de la paciente.

ESCALA PSICOPATOLOGÍA GENERAL

PG1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS.

Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado en la entrevista.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: Preocupaciones acerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.
- o 4. Moderado: Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.
- o 5. Moderado severo: El/la paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones a cerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el/la paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.
- o 6. Severo: El/la paciente manifiesta uno o más delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del o de la paciente sobre estos temas.
- o 7. Extremo: Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del o de la paciente.

PG2. ANSIEDAD.

Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico. Bases para la valoración: comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.
- o 4. Moderado: El/la paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.
- o 5. Moderado severo: El/la paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.
- o 6. Severo: Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.
- o 7. Extremo: La vida del o de la paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual está casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. SENTIMIENTOS DE CULPA.

Remordimientos o autorreproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado. Bases para la valoración: comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el/la paciente no está claramente afectado.
- o 4. Moderado: El/la paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.
- o 5. Moderado severo: El/la expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.
- o 6. Severo: Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El/la paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.
- o 7. Extremo: La vida del o de la paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el/la propio/a paciente.

PG4. TENSIÓN MOTORA.

Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.
- o 4. Moderado: Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.
- o 5. Moderado severo: Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.
- o 6. Severo: Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El/la paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.
- o 7. Extremo: La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. MANIERISMOS Y POSTURAS.

Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante. Bases para la valoración: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.
- o 4. Moderado: La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el/la paciente mantiene una postura artificial.
- o 5. Moderado severo: Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
- o 6. Severo: Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
- o 7. Extremo: El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del o de la paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. DEPRESION.

Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: El/la paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.
- o 4. Moderado: Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y generalmente se puede animar a el/la paciente.
- o 5. Moderado severo: Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. No se puede animar fácilmente al/ a la paciente.
- o 6. Severo: Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de autoabandono.
- o 7. Extremo: Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, autoabandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. RETARDO MOTOR.

Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El/la paciente puede ser poco productivo/a tanto en el habla como en los gestos.
- o 4. Moderado: El/la paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.
- o 5. Moderado severo: Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El/a paciente se encuentra habitualmente sentado/a o tumbado/a.
- o 6. Severo: Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El/la paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.
- o 7. Extremo: El/la paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. FALTA DE COLABORACIÓN.

Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testardez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia. Bases para la valoración: Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.
- o 4. Moderado: Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El/la paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.
- o 5. Moderado severo: El/la paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como "indeseable" o de tener "dificultades de trato". La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.
- o 6. Severo: El/la paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.
- o 7. Extremo: La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El/la paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. INUSUALES CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO.

El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligero: El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.
- o 4. Moderado: Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.
- o 5. Moderado severo: El/la paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).
- o 6. Severo: El/la paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).
- o 7. Extremo: El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

PG10. DESORIENTACIÓN.

Falta de conciencia de las relaciones del o de la paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento. Bases para la valoración: respuestas a preguntas sobre orientación.

o 1. Ausente: No cumple la definición.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

o 3. Ligero: La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el/la paciente sabe dónde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en más de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.

o 4. Moderado: Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente sabe que está en un hospital, pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.

o 5. Moderado severo: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El/la paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación.

o 6. Severo: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente no sabe dónde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.

o 7. Extremo: El/la paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. ATENCIÓN DEFICIENTE.

Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista.

o 1. Ausente: No cumple la definición.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

o 3. Ligero: Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.

o 4. Moderado: La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.

o 5. Moderado severo: La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.

o 6. Severo: El/la paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.

o 7. Extremo: La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

PG12. AUSENCIA DE JUICIO E INTROSPECCIÓN.

Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

o 1. Ausente: No cumple la definición.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

o 3. Ligero: El/la paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.

o 4. Moderado: El/la paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El/la paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.

o 5. Moderado severo: Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el/la paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocadas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.

- o 6. Severo: El/la paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega la presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.
- o 7. Extremo: Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el/la paciente puede rehusar a cooperar con el/la médico/a, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. TRASTORNOS DE LA VOLICIÓN.

Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje. Bases para la valoración: contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligeramente: Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
- o 4. Moderado: El/la paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y como consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.
- o 5. Moderado severo: El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El/la paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla.
- o 6. Severo: Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.
- o 7. Extremo: Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. CONTROL DEFICIENTE DE IMPULSOS.

Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias. Bases para la valoración: conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligeramente: El/la paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.
- o 4. Moderado: El/la paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.
- o 5. Moderado severo: - El/la paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.
- o 6. Severo: El/la paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.
- o 7. Extremo: El/la paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. PREOCUPACIÓN.

Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa. Bases para la valoración: conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.

- o 1. Ausente: No cumple la definición.
- o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- o 3. Ligeramente: Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.
- o 4. Moderado: El/la paciente se muestra ocasionalmente ensimismado, como soñando despierto o abstraído por experiencias internas, lo que interfiere ligeramente en la comunicación.
- o 5. Moderado severo: El/la paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por conductas que afectan significativamente a las funciones relacionales y comunicativas: mirada vacía, musitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.

o 6. Severo: Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el/la paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo.

o 7. Extremo: El/la paciente está casi siempre absorto/a en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El/la paciente puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

PG16. EVITACIÓN SOCIAL ACTIVA.

Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza. Bases para la valoración: Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.

o 1. Ausente: No cumple la definición.

o 2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

o 3. Ligero: El/la paciente parece molesto/a por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario/a, si bien participa en actividades sociales cuando se le requiere.

o 4. Moderado: El/la paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.

o 5. Moderado severo: El/la paciente se mantiene alejado/a, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo en soledad sin realizar actividad productiva alguna.

o 6. Severo: El/la paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el/la paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.

o 7. Extremo: No se puede implicar al/ a la paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evita todas las relaciones y permanece aislado/a de los demás.

E. Anexo: Tarea para evaluar el vagabundeo mental.

INSTRUCCIONES

- A continuación en la pantalla verá una letra.
- Su tarea consiste en pensar en objetos, animales, ciudades, nombres de personas o otras palabras que empiecen por la letra que aparece en la pantalla. Durante la tarea el investigador le pedirá que reporte el mayor número de palabras que haya logrado pensar.
- Por ejemplo, si sale la letra T, usted debe pensar palabras cómo: tierra, tiempo, tela, trabajar, Tarragona, Tamara, etc...
Usted podrá reportar todas las palabras que haya pensado durante 20 segundos.
- Cada cierto tiempo, usted verá en la pantalla un letrero rojo que lo invita a reportar lo que está pensando
(FASE DE IMAGINACIÓN):
En este momento me gustaría que detenga la realización de la tarea y reporte cualquier pensamiento, idea o recuerdo que tenga en mente.
Usted podrá reportar todos sus pensamientos durante 30 segundos.

Piense palabras que empiecen por la letra:

P

- Reporte el mayor número de palabras que logró pensar.

Piense palabras que empiecen por la letra:

V

• **FASE DE IMAGINACIÓN**

- Por favor describa todos aquellos pensamientos, ideas o recuerdos que tenga en mente:

F. Anexo: Tabla de operacionalización de variables.

Variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría o unidades
Sexo	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Cuantitativa	De razón	Número de años
Escolaridad	Cuantitativa	De razón	Número de años
IFS	Cualitativa	Ordinal	Alterado < 25 Normal > 25
PANSS	Cuantitativa	De razón	Número
MWQ	Cuantitativa	De razón	Número
IRI Total	Cuantitativa	De razón	Número
MW Tarea	Cuantitativa	De razón	Número
MW Fluidez	Cuantitativa	De razón	Número
MW Afecto	Cuantitativa	De razón	Número

G. Anexo: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARACTERIZACIÓN DEL VAGABUNDEO DE LA MENTE EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

INTRODUCCIÓN

Fecha: __/__/__

En este documento de consentimiento, "usted" hace referencia al participante de la investigación. Si usted es un representante legal, recuerde que "usted" hace referencia al participante de investigación.

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación "Caracterización del Vagabundeo de la Mente en Pacientes con Esquizofrenia". Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

INFORMACIÓN GENERAL

- 1. ¿Por qué se debe realizar este estudio?**
Para conocer aspectos particulares de la relación que existe entre los procesos de interacción social, o la manera como nos relacionamos con otros, los procesos cognitivos y atencionales y la patología mental.
- 2. ¿Cuál es el objetivo de este estudio?**
Estudiar los correlatos conductuales del vagabundeo mental, las funciones ejecutivas y la mentalización en adultos con esquizofrenia y controles sanos.
- 3. ¿En qué consiste el estudio?**
Se explorará a través de instrumentos de medición neuropsiquiátrica el vagabundeo mental, las funciones ejecutivas y las emociones sociales y se aplicará una escala de medición de síntomas negativos y positivos en la esquizofrenia. Durante la prueba de vagabundeo mental se realizará una grabación del reporte de la experiencia, con el fin de ser calificada más adelante.
- 4. ¿Quiénes estarán involucrados en el estudio y cómo se participa?**
Se aplicarán las escalas y las pruebas a 30 personas con diagnóstico de esquizofrenia y a 30 personas sin este diagnóstico.
Como parte del proceso formativo en la Especialidad en Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, uno de los investigadores contará con la tutoría de docentes calificados, miembros de la línea de investigación de Neurociencias. La responsabilidad de la entrevista y la aplicación del instrumento será de uno de los residentes de Psiquiatría; la revisión de los resultados estará a cargo del Investigador Principal.

5. ¿Cuáles son las molestias o los riesgos esperados?

La entrevista y la aplicación de las pruebas requieren que se hagan preguntas en temas que algunas personas pueden considerar sensibles, usted se encuentra en libertad de proporcionar o no dicha información. Además, podrá llegar a presentar malestar psicológico relacionado con la realización de la tarea cognitiva, como ansiedad de desempeño o cansancio.

No se realizará ninguna intervención psicoterapéutica o farmacológica que pueda afectar su salud.

6. ¿Cuáles son los beneficios que puedo obtener por participar?

Por el momento usted no obtendrá ningún beneficio directo, pero nos ayudará a conocer más acerca de la forma en la que se relacionan y piensan las personas. Los resultados de este estudio podrían proporcionar mayor conocimiento acerca del curso y los síntomas de la esquizofrenia y redundar en avances en el tratamiento.

7. ¿Existe confidencialidad en el manejo de mis datos?

Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales. Se protegerá el nombre y la identificación de los sujetos que participen en el estudio. Solo tendrá acceso a la información de las entrevistas el grupo de investigadores. Por ningún motivo se publicarán nombres ni documentos de los participantes que participen en la investigación. La grabación de una de las pruebas se realizará para analizar a profundidad la información que obtengamos ese día, la cinta será utilizada única y exclusivamente para el análisis y desarrollo de esta investigación y la información revelada en las grabaciones no será difundida o utilizada para algún otro propósito.

8. ¿Existe alguna obligación financiera?

Participar en este estudio no tiene ningún costo económico para usted, a usted no se le pagará por participar en este estudio y la información recogida no será vendida.

9. ¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?

Una hora.

10. ¿Qué sucede si no deseo participar o me retiro del estudio?

Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto afecte de manera alguna el tratamiento médico que necesita.

11. ¿Qué sucede si esta investigación afecta directamente mi salud?

Este estudio se cataloga como "investigación con riesgo mayor al mínimo", dado que se administrarán pruebas neuropsicológicas y escalas de auto reporte; sin embargo, todos los procedimientos ya han sido usados en otras investigaciones en pacientes con trastornos psiquiátricos y no se han reportado efectos adversos. La investigación será realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio, puede contactar a la doctora Catherine Meneses Mayor en el teléfono 316 5000, Ext. 15117 o en el e-mail camenesesma@unal.edu.co.

He comprendido las explicaciones que en un lenguaje claro y sencillo se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento.

Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Nombre: _____ con C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

Firma:

Representante Legal

Nombre: _____ con C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

Firma:

Testigo 1

Nombre: _____ con C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

Firma:

Testigo 2

Nombre: _____ con C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

Firma:

H. Anexo: Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

CARACTERIZACIÓN DEL VAGABUNDEO DE LA MENTE EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

INTRODUCCIÓN

Fecha: __/__/__

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación "Caracterización del Vagabundeo de la Mente en Pacientes con Esquizofrenia", el cual es un estudio para conocer acerca de unos aspectos particulares de la forma en la que piensan y se relacionan las personas.

Su participación en el estudio consistiría en contestar unas preguntas y llenar dos encuestas, y también vamos a realizar la grabación de voz en una de las pruebas.

Su participación en el estudio es voluntaria, es decir, usted decide si quiere hacerlo o no. Es su decisión si participa o no en el estudio. También es importante que sepa que, si en un momento dado ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quiere responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

En general el estudio no conllevará a riesgos en su salud física o psicológica, sin embargo, la entrevista y la aplicación de las pruebas requieren que se hagan preguntas en temas que algunas personas pueden considerar sensibles y los participantes pueden llegar a presentar cansancio o malestar por el tiempo de realización de estas. Todos los procedimientos ya han sido usados en otras investigaciones en pacientes con trastornos psiquiátricos y no se han reportado efectos adversos. En caso de que usted experimente molestias puede comunicarlo a los investigadores, ya que el estudio será realizado por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Toda la información que nos proporcione y las mediciones que realicemos, nos ayudarán a mejorar el conocimiento sobre la interacción entre los procesos mentales que se presentan en la interacción de las personas.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie sus respuestas o los resultados obtenidos en las pruebas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si acepta participar, por favor ponga una (✓) en el cuadro de abajo que dice "Sí quiero participar" y escriba su nombre y cédula.

Si no quiere participar, no ponga ninguna (✓) ni escriba su nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Cédula: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio, puede contactar a la doctora Catherine Meneses Mayor en el teléfono 316 5000, Ext. 15117 o en el e-mail camenesesma@unal.edu.co.

I. Anexo: Aceptación para participar

ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fecha: _____

Yo _____ con C.C. _____

Acepto voluntariamente mi participación en este proyecto de investigación que se adelanta en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, relacionado con la evaluación del vagabundeo mental en esquizofrenia y personas sanas.

He leído detenidamente la totalidad del documento de consentimiento informado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis inquietudes han sido resueltas. Yo entiendo que participar en la entrevista, realizar las pruebas y proporcionar la información solicitada es mi elección, entiendo el riesgo que representa y entiendo la justificación del estudio.

Comprendo que los resultados individuales no me serán dados. He recibido una copia del consentimiento para guardarlo. Entiendo quiénes están involucrados en el estudio y cómo se participa y, de igual forma, cuáles son mis derechos como participante, incluyendo decidir abandonar el estudio en cualquier momento y tener una copia de todo el documento de consentimiento informado, donde está explícito cuáles son los riesgos del estudio. Entiendo cómo se mantendrá mi privacidad; también entiendo que la entrevista y la aplicación de las pruebas no tendrá ningún costo y tampoco recibiré ninguna compensación económica por participar. También comprendo que, en caso de causarse algún daño como consecuencia del estudio, dispondré de tratamiento médico e indemnización.

Acepto que se realice la entrevista, se hagan las preguntas y las pruebas, se realice una grabación de voz del proceso de una de las pruebas y se tomen los datos necesarios para la investigación, conociendo que lleva un riesgo mayor al mínimo y cuyos resultados serán de importante beneficio para el conocimiento de la esquizofrenia. Yo acepto que la información obtenida sea guardada para ser usada para el presente estudio y cualquier estudio derivado de éste. Esta participación es completamente voluntaria y tengo conocimiento de los objetivos de esta investigación y del manejo ético y correcto que los investigadores darán a la información suministrada por mí. Tengo así mismo la libertad para retirar este consentimiento, en cualquier momento del estudio, y no seguir participando en la investigación, sin ningún efecto negativo para mí ni para mis familiares.

Autorizo que, de ser necesario, se publiquen con datos científicos los datos de la Historia Clínica, bajo las normas nacionales (Resolución Numero 008430 de 1993 del Ministerio de Salud) e internacionales que regulan estas actividades, en donde no se da a conocer ningún tipo de identificación personal de los que participen en el estudio, manteniendo la privacidad. Acepto que se me han resuelto todas las dudas y he entendido las explicaciones que me han dado los investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

Nombre: _____ con C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

Testigo: _____ con C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

Bibliografía

- Austin, E. J., Deary, I. J., Gibson, G. J., McGregor, M. J., & Dent, J. B. (1998). Individual response spread in self-report scales: Personality correlations and consequences. *Personality and Individual Differences*, *24*(3), 421-438.
- Ayano, G. (2016). *Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures* (Vol. 3).
- Baird, B., Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2011). Back to the future: autobiographical planning and the functionality of mind-wandering. *Conscious Cogn*, *20*(4), 1604-1611. doi:10.1016/j.concog.2011.08.007
- Balakrishnan, J. D. (1999). Decision processes in discrimination: Fundamental misrepresentations of signal detection theory. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, *25*(5), 1189-1206.
- Bernal Alvarez, E. L., Cetina Avila, M. J., & Romero Torroledo, L. F. (2017). Propiedades psicométricas del interpersonal reactivity index (IRI), diseñado por Davis, (1980) en una muestra de residentes de la ciudad Bogotá. In.
- Bora, E., Veznedaroglu, B., & Vahip, S. (2016). Theory of mind and executive functions in schizophrenia and bipolar disorder: A cross-diagnostic latent class analysis for identification of neuropsychological subtypes. *Schizophr Res*, *176*(2-3), 500-505. doi:10.1016/j.schres.2016.06.007
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophr Res*, *109*(1-3), 1-9. doi:10.1016/j.schres.2008.12.020
- Chen, T., Qin, X. J., Cui, J. F., Li, Y., Liu, L. L., Wang, P., . . . Chan, R. C. K. (2019). Mind wandering in schizophrenia: A thought-sampling study. *Conscious Cogn*, *74*, 102774. doi:10.1016/j.concog.2019.102774
- Christoff, K., C. Irving, Z., Fox, K., Spreng, R. N., & Andrews-Hanna, J. (2016). *Mind-wandering as spontaneous thought: a dynamic framework* (Vol. 17).
- Christoff, K., Gordon, A. M., Smallwood, J., Smith, R., & Schooler, J. W. (2009). Experience sampling during fMRI reveals default network and executive system contributions to mind wandering. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *106*(21), 8719-8724. doi:10.1073/pnas.0900234106
- Chung, Y. S., Barch, D., & Strube, M. (2014). A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophrenia bulletin*, *40*(3), 602-616. doi:10.1093/schbul/sbt048
- Cirillo, M. A., & Seidman, L. J. (2003). Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain mechanisms. *Neuropsychol Rev*, *13*(2), 43-77.

- Coyle, J. T. (2006). Glutamate and schizophrenia: beyond the dopamine hypothesis. *Cell Mol Neurobiol*, 26(4-6), 365-384. doi:10.1007/s10571-006-9062-8
- Cutting, J. (1997). *Principles of Psychopathology Two Worlds, Two Minds, Two Hemispheres*.
- Díaz, E. (2018). *Perfil Neuropsicológico en un Paciente con Esquizofrenia*.
- El Haj, M., Antoine, P., Moustafa, A. A., Roche, J., Quaglino, V., & Gallouj, K. (2019). Off-track thoughts: Intentional and unintentional mind wandering in Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int*. doi:10.1111/ggi.13613
- Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E., & Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychol Rev*, 15(2), 73-95. doi:10.1007/s11065-005-6254-9
- Franklin, M. S., Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2011). Catching the mind in flight: using behavioral indices to detect mindless reading in real time. *Psychon Bull Rev*, 18(5), 992-997. doi:10.3758/s13423-011-0109-6
- Frías-navarro, D., Samper, P., & Mestre, V. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 16, Nº. 2, 2004, pags. 255-260, 16.
- Gavilán, J. M., & García-Albea, J. E. (2015). Executive dysfunction in schizophrenia and its association with mentalizing abilities. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 8(3), 119-129. doi:10.1016/j.rpsmen.2015.05.003
- Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. (2017). *Lancet*, 390(10100), 1211-1259. doi:10.1016/s0140-6736(17)32154-2
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 620. doi:10.1038/nrn4005
- Harvey, P. a. P. A. (2015). Impaired self-assessment in schizophrenia: Why patients misjudge their cognition and functioning. *Current Psychiatry*, 14, 53-59.
- Henry, J. D., Green, M. J., de Lucia, A., Restuccia, C., McDonald, S., & O'Donnell, M. (2007). Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophr Res*, 95(1-3), 197-204. doi:10.1016/j.schres.2007.06.002
- Jaspers, K. (1963). General psychopathology.
- K Larsen, T., McGlashan, T., & C Moe, L. (1996). *First-episode Schizophrenia: I. Early Course Parameters* (Vol. 22).
- Kay Sr Fau - Fiszbein, A., Fiszbein A Fau - Opler, L. A., & Opler, L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. (0586-7614 (Print)).
- Lehrer, D. S., & Lorenz, J. (2014). Anosognosia in schizophrenia: hidden in plain sight. *Innov Clin Neurosci*, 11(5-6), 10-17.
- Lewis, D. A., & Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Annu Rev Neurosci*, 25, 409-432. doi:10.1146/annurev.neuro.25.112701.142754

- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry*, *151*, 145-151.
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annu Rev Psychol*, *58*, 259-289. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085654
- Londoño Fernández, J. L. (2014). Metodología de la investigación epidemiológica.
- Martin, A. K., Dzafic, I., Robinson, G. A., Reutens, D., & Mowry, B. (2016). Mentalizing in schizophrenia: A multivariate functional MRI study. *Neuropsychologia*, *93*(Pt A), 158-166. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2016.10.013
- McVay, J. C., & Kane, M. J. (2009). Conducting the train of thought: working memory capacity, goal neglect, and mind wandering in an executive-control task. *Journal of experimental psychology. Learning, memory, and cognition*, *35*(1), 196-204. doi:10.1037/a0014104
- Miret, S., Fatjo-Vilas, M., Peralta, V., & Fananas, L. (2016). [Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, *9*(2), 111-122. doi:10.1016/j.rpsm.2015.10.007
- Mrazek, M. D., Phillips, D. T., Franklin, M. S., Broadway, J. M., & Schooler, J. W. (2013). Young and restless: validation of the Mind-Wandering Questionnaire (MWQ) reveals disruptive impact of mind-wandering for youth. *Frontiers in psychology*, *4*, 560-560. doi:10.3389/fpsyg.2013.00560
- O'Driscoll, C., Laing, J., & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *34*(6), 482-495. doi:10.1016/j.cpr.2014.07.002
- Ottaviani, C., Shahabi, L., Tarvainen, M., Cook, I., Abrams, M., & Shapiro, D. (2014). Cognitive, behavioral, and autonomic correlates of mind wandering and perseverative cognition in major depression. *Front Neurosci*, *8*, 433. doi:10.3389/fnins.2014.00433
- Oyebode, F. (2016). *Sims. Síntomas mentales + ExpertConsult: Manual de psicopatología descriptiva*: Elsevier Health Sciences Spain.
- perez-albeniz, A., Paúl, J., Torres, E., Paz Montes, M., & Etxebarria, J. (2003). *Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español* (Vol. 15).
- Quintero, C. A., & Alzate, M. (2009). MEDICIÓN DE LOS SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA POR MEDIO DE LA ESCALA (PANSS). In (Vol. 2, pp. 47-54). Revista Psimonart.
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proc Natl Acad Sci U S A*, *98*(2), 676-682. doi:10.1073/pnas.98.2.676
- Reichenberg, A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, *12*(3), 383-392.
- Reichenberg, A., & Harvey, P. D. (2007). Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychol Bull*, *133*(5), 833-858. doi:10.1037/0033-2909.133.5.833

- Robison, M. K., Gath, K. I., & Unsworth, N. (2017). The neurotic wandering mind: An individual differences investigation of neuroticism, mind-wandering, and executive control. *Q J Exp Psychol (Hove)*, 70(4), 649-663. doi:10.1080/17470218.2016.1145706
- romero-vanegas, S., Vargas-Gonzalez, J., Arboleda, H., Lopera, F., & Pardo, R. (2014). *VALIDATION OF THE INECO FRONTAL SCREENING IN A COLOMBIAN POPULATION* (Vol. 10).
- Sadock, B. J., -. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition / ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Salavera, C., Urcola-Pardo, F., Usán, P., & Jarie, L. (2017). Translation and validation of the Mind-Wandering Test for Spanish adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30(1), 12. doi:10.1186/s41155-017-0066-8
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull*, 39(5), 979-992. doi:10.1093/schbul/sbs080
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophrenia bulletin*, 35(1), 5-8. doi:10.1093/schbul/sbn139
- Seli, P., Risko, E. F., Purdon, C., & Smilek, D. (2017). Intrusive thoughts: linking spontaneous mind wandering and OCD symptomatology. *Psychol Res*, 81(2), 392-398. doi:10.1007/s00426-016-0756-3
- Sergi, M. J., Rassovsky, Y., Widmark, C., Reist, C., Erhart, S., Braff, D. L., . . . Green, M. F. (2007). Social cognition in schizophrenia: relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophr Res*, 90(1-3), 316-324. doi:10.1016/j.schres.2006.09.028
- Seter, C., Giovannetti, T., Kessler, R. K., & Worth, S. (2011). Everyday action planning in schizophrenia. *Neuropsychol Rehabil*, 21(2), 224-249. doi:10.1080/09602011.2010.544519
- Shad, M. U., Tamminga, C. A., Cullum, M., Haas, G. L., & Keshavan, M. S. (2006). Insight and frontal cortical function in schizophrenia: a review. *Schizophr Res*, 86(1-3), 54-70. doi:10.1016/j.schres.2006.06.006
- Shin, D.-J., Lee, T. Y., Jung, W. H., Nyun Kim, S., Hwan Jang, J., & Soo Kwon, J. (2015). *Away from home: The brain of the wandering mind as a model for schizophrenia* (Vol. 165).
- Smallwood, & Schooler. (2015). The Science of Mind Wandering: Empirically Navigating the Stream of Consciousness. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 487-518. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015331
- Smallwood, J., & Andrews-Hanna, J. (2013). Not all minds that wander are lost: the importance of a balanced perspective on the mind-wandering state. *Frontiers in psychology*, 4, 441-441. doi:10.3389/fpsyg.2013.00441
- Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2015). The science of mind wandering: empirically navigating the stream of consciousness. *Annu Rev Psychol*, 66, 487-518. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015331

- Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2015). The Science of Mind Wandering: Empirically Navigating the Stream of Consciousness. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 487-518. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015331
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Lopez, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): a brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *J Int Neuropsychol Soc*, 15(5), 777-786. doi:10.1017/s1355617709990415
- van der Meer, L., Swart, M., van der Velde, J., Pijnenborg, G., Wiersma, D., Bruggeman, R., & Aleman, A. (2014). Neural correlates of emotion regulation in patients with schizophrenia and non-affected siblings. *PLoS One*, 9(6), e99667. doi:10.1371/journal.pone.0099667
- Wang, H. T., Poerio, G., Murphy, C., Bzdok, D., Jefferies, E., & Smallwood, J. (2018). Dimensions of Experience: Exploring the Heterogeneity of the Wandering Mind. *Psychol Sci*, 29(1), 56-71. doi:10.1177/0956797617728727