



**Universidad  
Zaragoza**

Trabajo Fin de Máster  
Iniciación a la Investigación en Medicina

**“COGNICIÓN SOCIAL Y TEORÍA DE LA MENTE  
EN TRASTORNO MENTAL GRAVE”**

Autor:

María José Val Clau

Directores:

Dr. D. Carmelo M. Pelegrín Valero

Dr. D. F. Javier Olivera Pueyo

Facultad de Medicina de Zaragoza

Septiembre - 2013

**ÍNDICE:**

Índice.....	1
Introducción.....	2
Objetivos e hipótesis.....	4
Material y métodos:	
Población.....	5
Instrumentos de evaluación.....	6
Diagrama de flujo de los pacientes.....	10
Cronograma.....	11
Resultados.....	12
Conclusiones.....	16
Bibliografía.....	18
Anexos:	
1. Definición y criterios de Trastorno Mental Grave.....	20
2. Consentimiento informado.....	22
3. Ficha de recogida de datos.....	23
4. Mini examen cognoscitivo (MEC).....	25
5. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia (PANSS).....	26
6. Escala de Impresión Clínica Global (CGI).....	30
7. Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis (versión para el paciente).....	34
7(BIS). Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis (versión para el informante).....	37
8. Test de las Insinuaciones ( <i>Hinting Task</i> ).....	40

## **INTRODUCCIÓN:**

La Cognición Social se refiere a cómo las personas piensan sobre ellas mismas los demás.

En la década de los 50, con el comienzo de la psicofarmacología, la atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave se focaliza en el control de la sintomatología positiva, entendiendo ésta como un exceso o distorsión de las funciones normales; por ejemplo, alucinaciones o delirios. Posteriormente se extiende el abordaje a los síntomas negativos, que representan una disminución o pérdida de las funciones normales, y al deterioro cognitivo, atendiendo al funcionamiento ejecutivo, a la atención y a la memoria.

El estudio de la Cognición Social se inicia en la década de los 90 cuando de forma empírica se demuestra que posee relevancia funcional como variable mediadora entre la neurocognición y el nivel de funcionamiento social.

El concepto de Cognición Social en el funcionamiento y pronóstico del paciente con esquizofrenia hay que atribuirlo al proyecto MATRICS (*Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*), que en 2003 incluye la Cognición Social como dimensión diferenciada entre los siete ámbitos cognitivos determinantes: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, razonamiento, y resolución de problemas.

La Cognición Social, pues, se define como el conjunto de habilidades necesarias para desenvolverse de forma efectiva en las relaciones sociales. Tiene, por tanto, una función adaptativa que nos permite flexibilizar nuestra manera de actuar en las situaciones sociales teniendo en cuenta las personas implicadas y el contexto en el que suceden dichas situaciones.

La Teoría de la Mente es un proceso cognitivo integrado dentro de la Cognición Social que se define como la habilidad de representar los estados mentales de otras personas, como sus pensamientos, creencias e intenciones, y tenerlos en cuenta para explicar y predecir su conducta.

Los estudios realizados en esquizofrenia sobre Cognición Social se han centrado, sobre todo, en valorar el Procesamiento Emocional, que sería la capacidad de percibir, entender y manejar de manera adecuada las emociones, y la Teoría de la Mente. Los datos obtenidos indican que, en comparación con los sujetos control, los pacientes con esquizofrenia presentan un deterioro en estas habilidades, lo que repercute en un pobre funcionamiento psicosocial.

En la actualidad, existe una controversia respecto a si la alteración de la Cognición Social y el déficit de la Teoría de la Mente puede considerarse un rasgo estable de la esquizofrenia, o si se trata de una variable estado que mejora cuando remite la sintomatología, principalmente, de tipo positivo. Firth se inclina por la segunda opción, concluyendo que el rendimiento en tareas de Teoría de la Mente mejora cuando los síntomas positivos remiten. Safarti y Hardy-Baylé también apoyan la hipótesis de que el deterioro en Teoría de la Mente es una variable estado y lo relacionan con síntomas de desorganización, como el lenguaje incoherente o el pensamiento desorganizado.

En contra de lo anterior, varios autores defienden que este déficit es un rasgo estable que se observa también en las fases de remisión y en ausencia de sintomatología positiva. Brüne afirma que la Teoría de la Mente es independiente de la cronicidad o de la fase aguda de la enfermedad.

Frente a la abundancia de estudios sobre Cognición Social en esquizofrenia, son menos numerosos los estudios en trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo.

El manejo adecuado de la Teoría de la Mente se ha relacionado con la competencia social y el desempeño funcional de los pacientes. Roncone *et al*, usando un modelo de regresión, obtuvieron que la capacidad de representar los estados mentales de otras personas estaba entre los mejores predictores de un buen funcionamiento social, junto con el inicio reciente de la enfermedad, una buena fluencia verbal y bajos niveles de sintomatología positiva y negativa.

La Cognición Social es un campo vasto y complejo. Son todavía necesarios estudios para identificar cuál es el factor mediador entre la neurocognición y el funcionamiento social del paciente, y es necesario el desarrollo de estrategias de intervención encaminadas a mejorar este aspecto de la cognición con el objetivo de mejorar el ajuste social de la persona.

## **OBJETIVOS:**

### **Principal:**

- Estudiar componentes de la Cognición Social y de la Teoría de la Mente en pacientes con Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo).

### **Secundarios:**

- Analizar el perfil sociodemográfico de los pacientes con Trastorno Mental Grave en un Centro de Día.
- Analizar el perfil clínico de los pacientes con Trastorno Mental Grave en un Centro de Día.
- Estudiar la relación entre la Cognición Social y la Teoría de la Mente de los pacientes con Trastorno Mental Grave con sus características clínicas y con sus características sociodemográficas.

## **HIPÓTESIS:**

1.- Hay componentes de la Cognición Social y de la Teoría de la Mente que se encuentran alterados y pueden ser deficitarios en los pacientes con Trastorno Mental Grave.

2.- Las características clínicas influyen en la Cognición Social y en la Teoría de la Mente en los pacientes con Trastorno Mental Grave.

3.- Las variables sociodemográficas influyen en la Cognición Social y en la Teoría de la Mente en los pacientes con Trastorno Mental Grave.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **POBLACIÓN:**

Se estudia una muestra de 15 pacientes con el diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) que cumplan los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación, considerando para TMG la definición y los criterios del *National Institute of Mental Health* de Estados Unidos (HIMH, 1987)<sup>6</sup>. (Anexo1)

La muestra se recluta de pacientes del Centro de Día "Arcadia" dependiente de la Fundación "Agustín Serrate" de Huesca, mediante aleatorización simple de los sujetos que cumplían las condiciones del estudio.

Todos los sujetos participan voluntariamente y firman un consentimiento informado de participación (Anexo 2), después de haber sido informados verbalmente y por escrito del estudio. Los que no cumplen este criterio son excluidos del estudio.

#### **Criterios de inclusión:**

- 1.- Edad comprendida entre 18 y 60 años.
- 2.- Que cumpla criterios de TMG de acuerdo a la definición del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos.
- 3.- Que hable y comprenda castellano.
- 4.- Que no haya tenido ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría en los 3 últimos meses ("pacientes subagudos").
- 5.- Que acepte firmar el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- 1.- Deterioro cognitivo tras exploración con MEC (MEC < 21/30).
- 2.- Retraso Mental.
- 3.- Imposibilidad para comunicarse.
- 4.- Analfabetos.

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

Para llevar a cabo el estudio se realizará un protocolo de evaluación que consistirá en la administración de los siguientes instrumentos.

**1.- Entrevista clínica** inicial en la que se recogerán en una **ficha** los datos sociodemográficos y aspectos relacionados con la enfermedad mental (años de evolución, tratamiento psicofarmacológico) (Anexo 3) y se administrará test cognitivo de despistaje: **Mini Examen Cognoscitivo (MEC)** (Lobo *et al*, 1979) de 30 ítems. (Anexo 4)

Tiempo estimado 15-20 minutos aproximadamente.

**2.- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (*Positive and Negative Symdrome Scale, PANSS*)** (Anexo 5)

(Kay SR *et al*, 1987)<sup>7</sup>

Escala heteroaplicada de 30 ítems que evalúa el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia y la psicopatología general desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y categorial (síntomas positivos y negativos).

Según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría, síntomas positivos se refieren a un exceso o distorsión de las funciones normales, por ejemplo, alucinaciones o delirios, y síntomas negativos, representan una disminución o pérdida de las funciones normales.

Se administra en forma de entrevista semiestructurada y el tiempo estimado de administración es de unos 45 minutos.

Validada en población española por Peralta y Cuesta en 1994<sup>8</sup>.

Previamente a la administración, con el fin de aumentar la fiabilidad, se ha llevado a cabo un entrenamiento con el material desarrollado por los Dres. Manuel Cuesta y Víctor Peralta, *Programa de entrenamiento en el uso de la PANSS, Janssen Research Council*.

**3.- Escala de Impresión Clínica Global (*Clinical Global Impression, CGI*)** (Guy W, 1976)<sup>10</sup> (Anexo 6), con sus versiones modificadas para Trastorno Bipolar<sup>11,12</sup> (Anexo 6.1), Esquizofrenia<sup>13</sup> (Anexo 6.2) y Trastorno Esquizoafectivo<sup>14</sup> (Anexo 6.3)

Escala heteroaplicada descriptiva que consta de dos subescalas; una valora la gravedad de la enfermedad y la otra, la mejoría clínica a lo largo del tiempo respecto al estado basal debida a las intervenciones terapéuticas, de forma cualitativa.

Tiempo estimado de administración 15 minutos.

**4.- Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis.** (Anexo 7)

(Sanjuán J *et al*, 2003)<sup>15</sup>

Escala autoaplicada compuesta por 15 ítems, 7 de los cuales evalúan funciones cognitivas básicas, y los otros 8, cognición social.

Recoge información de dos fuentes: la percepción subjetiva del propio paciente acerca de sus déficits y la de un informante externo o cuidador.

Tiempo aproximado de administración 20 minutos para cada versión.

**5.- Test de las Insinuaciones (*Hinting Task*).** (Anexo 8)

(Corcoran R *et al*, 1995)<sup>16</sup>

El test de las insinuaciones es una de las pruebas más utilizadas para la valoración de la Teoría de la Mente. Es un test compuesto por diez historias breves; en cada historia aparecen dos personajes y al final de cada una, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara. Al paciente se le pregunta qué ha querido decir realmente.

Se ha decidido utilizar una versión reducida compuesta por cinco historias: la número 2, la 3, la 6, la 7 y la 9, ya que al adaptar el test original al español, la prueba compuesta por las diez historias tenía buenos datos de fiabilidad entre observadores y test-retest, pero los datos de la alfa de Cronbach recomendaban usar la versión reducida.

El porqué de estas historias (2, 3, 6, 7 y 9) y no otras, se debe a un estudio previo a la adaptación que incluía las historias 2, 3, 7 y 9, y se añadió la

número 6 porque en la adaptación fue la que tenía mayor diferencia entre sujetos control y pacientes (Janssen I *et al*, 2003)<sup>17</sup>.

El tiempo de realización aproximado de este test es de 50 minutos.

Validada al español por Gil D *et al*, 2012<sup>18</sup>.

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS

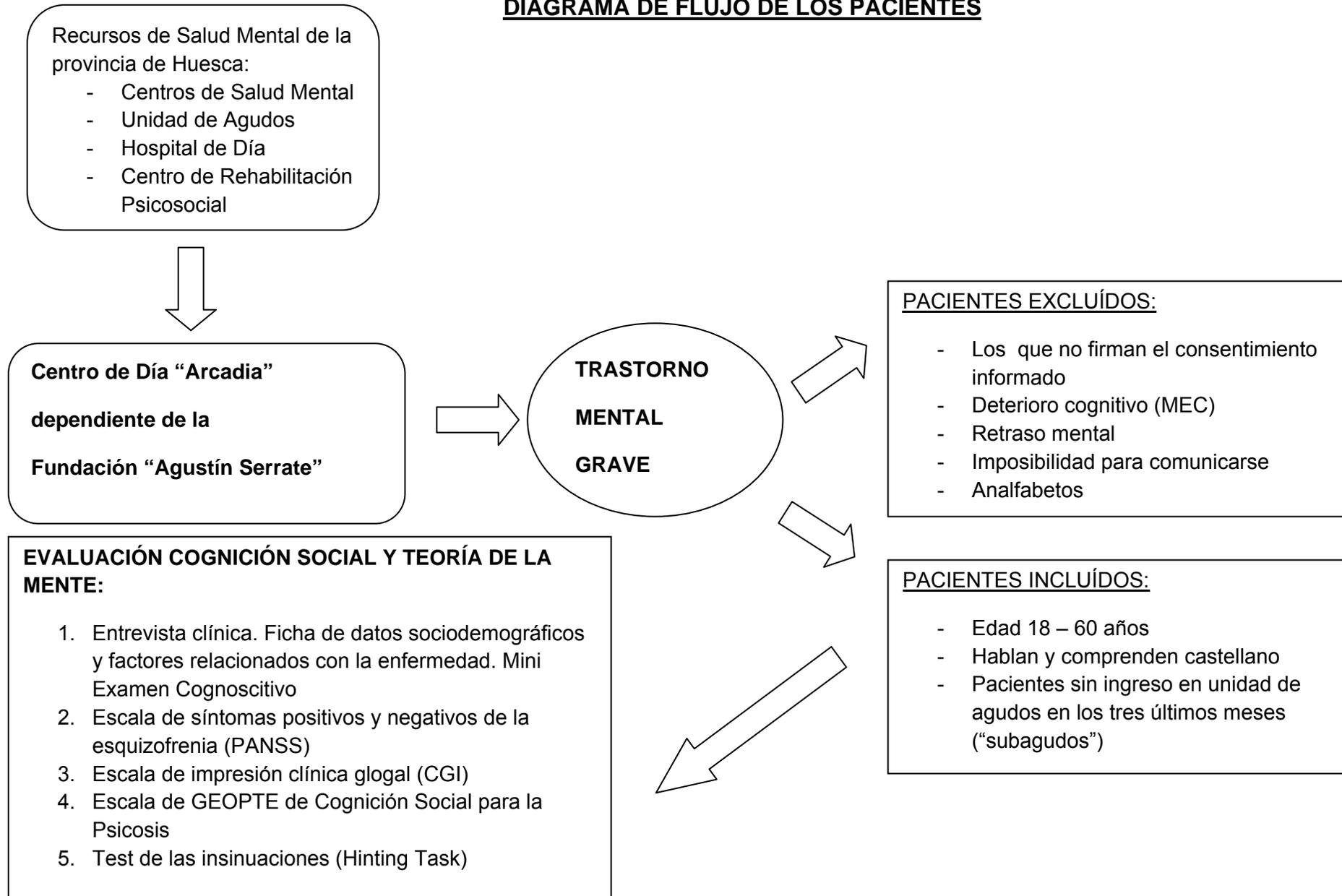
<b>FACTORES</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>
Datos sociodemográficos y aspectos relacionados con la enfermedad	<b>Entrevista clínica inicial Ficha de recogida de datos</b>	15 – 20 minutos
Clínica: síndrome positivo, síndrome negativo, y psicopatología general	<b>PANSS</b>	45 minutos
Gravedad de la enfermedad y mejoría clínica	<b>CGI</b>	15 minutos
Cognición Social	<b>GEOPTE</b>	20 minutos + 20 minutos
Teoría de la Mente	<b>Test de las insinuaciones</b>	40 minutos

PANSS: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia

CGI: Escala de Impresión Clínica Global

GEOPTE: Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis

## DIAGRAMA DE FLUJO DE LOS PACIENTES



## **CRONOGRAMA:**

### **1.- Periodo preparatorio (enero – abril 2013)**

- ✓ Revisión bibliográfica.
- ✓ Elección de los instrumentos de evaluación, elaboración de la ficha de recogida de datos y del consentimiento informado, y de los dosieres de recogida de datos.
- ✓ Contacto con la Fundación “Agustín Serrate”, explicación del proyecto y solicitud de colaboración.

### **2.- Periodo de reclutamiento y evaluación (mayo – junio 2013)**

- ✓ Reclutamiento de la muestra.
- ✓ Evaluación de pacientes según protocolo diseñado, de lunes a jueves, en horario de 17 a 20 horas, en un despacho del Centro de Día “Arcadia” por parte de la investigadora principal, M<sup>a</sup> José Val Clau, Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital “San Jorge” de Huesca.

### **3.- Periodo de análisis de datos (julio 2013)**

- ✓ Análisis estadístico con apoyo de un diplomado en Estadística.
- ✓ Análisis de los datos obtenidos.

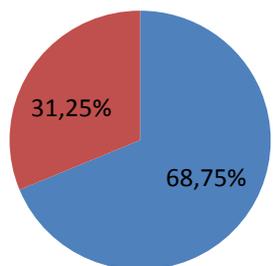
### **4.- Periodo de difusión de resultados (julio – septiembre 2013)**

- ✓ Elaboración de conclusiones.
- ✓ Elaboración final del Trabajo Final del Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina para su defensa en la convocatoria de septiembre de 2013.

## RESULTADOS:

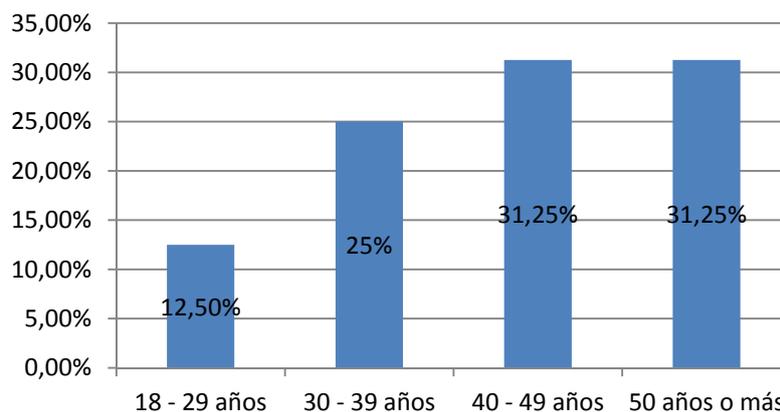
### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS EVALUADOS:

#### Sexo:

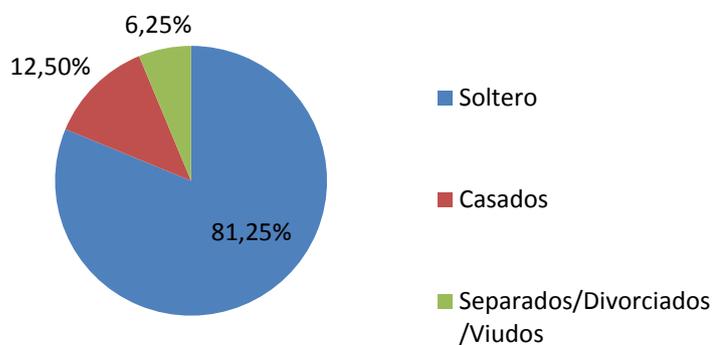


■ Hombres ■ Mujeres

#### Edad:



#### Estado civil:

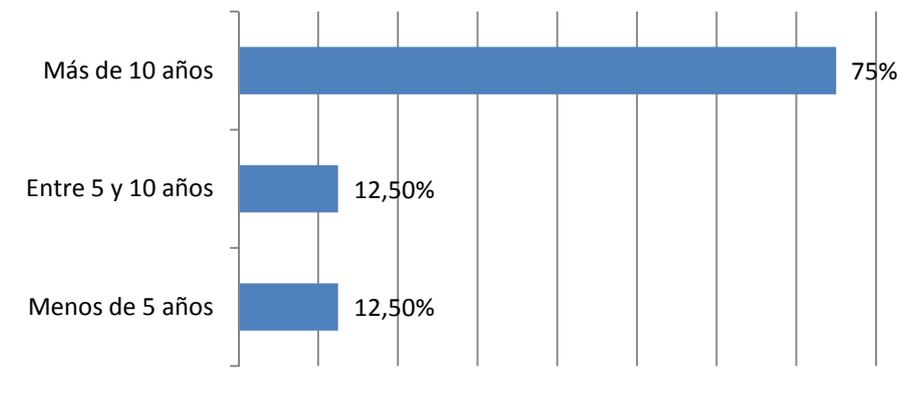


Núcleo de convivencia:

El 25% de los pacientes convive con sus padres y/o hermanos; el 18,25%, con su cónyuge o pareja; el 31,25% vive en un piso protegido de la Fundación “Agustín Serrate” con otras personas diagnosticadas de trastorno mental grave y el 25% vive solo.

Nivel de estudios:

El 56% de los pacientes incluidos posee estudios primarios (completos o incompletos), el 25% estudios secundarios y el 18,75%, estudios universitarios.

Años de evolución de la enfermedad:Tratamiento actual:

No hay ningún paciente que se encuentre en monoterapia farmacológica. El 37,5% lleva tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos; el 68,75%, con benzodiacepinas; el 62,5% con estabilizadores del humor, el 6,25%, con neurolépticos típicos y el 75%, con neurolépticos *depot*. Además, un 62,5% también sigue tratamiento con otros fármacos no psicótrpos.

## ESTIMACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA COGNICIÓN SOCIAL Y LA TEORÍA DE LA MENTE DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS:

### MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

A la hora de estimar aplicaremos un modelo logit ordenado.

El **modelo logit ordenado** es un modelo de regresión para variables dependientes ordinales, que permite más de dos categorías de respuesta.

Considerando la puntuación obtenida por los pacientes en el Test de las Insinuaciones (*Hinting Task*), prueba utilizada para medir la Teoría de la Mente, de las 11 posibles categorías de respuesta (de 0 a 10 puntos), según los datos disponibles, en nuestro caso, habrá 7 (2, 5, 6, 7, 8, 9, 10) (Éstas son las puntuaciones obtenidas por los pacientes examinados).

La ecuación general a estimar sería la siguiente:

$$y^* = x'\beta + u$$

$y$  es la variable ordinal observada, que a su vez, es función de otra variable,  $y^*$ , que es continua y no se puede medir (es la variable latente) pudiéndose observar sólo las categorías de respuesta. La variable  $y^*$ , tiene varios puntos de corte (cut en la tabla de las estimaciones). En nuestro caso en concreto, tendrá seis.

La variable que queremos estimar es **insinuaciones**, que es la puntuación obtenida en el Test de las Insinuaciones por los pacientes. Es una variable continua que tiene 11 categorías de respuesta, de 0 a 10.

Variables dependientes:

- Sexo
- TB (Trastorno Bipolar)
- TEA (Trastorno Esquizoafectivo)
- Esquizofrenia
- Nivel de estudios
- GEOPTE (escala de Cognición Social para psicosis)
- PANSS

La variable sexo (toma valor 0 si es hombre, 1 si es mujer), TB (toma valor 1 cuando trastorno bipolar es el diagnóstico del paciente y 0 si no lo es), TEA (toma valor 1 cuando trastorno esquizoafectivo es el diagnóstico del paciente y

0 si no lo es), secundarios (toma valor 1 cuando la persona tiene, al menos, estudios secundarios, 0 en caso contrario), universitarios (toma valor 1 cuando la persona tiene, al menos, estudios universitarios, 0 en caso contrario), evol>10 (toma valor 1 cuando el enfermo lleva más de 10 años de evolución de la enfermedad, y 0 si lleva 10 ó menos años), GEOPTE (variable continua que representa la puntuación de la escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis completada por el paciente), PANSS (tipo de esquizofrenia, donde 1 es síndrome negativo y 0, síndrome positivo).

Las variables que usamos como control son estudios primarios o inferiores y esquizofrénico (porque son los que aparecen en primer lugar).

Para mirar la bondad del ajuste, nos fijamos en el valor del pseudo-R<sup>2</sup>, que toma un valor de 0,3402.

Tabla 1: Estimación modelo logit ordenado

VARIABLES	Coefficiente	Error estándar robusto
<b>Hombres</b>	2.730	(2.318)
<b>Diagnóstico</b>		
TEA	2.420	(3.241)
TB	5.750**	(2.662)
<b>Evol &gt;10</b>	-3.830**	(1.506)
<b>Nivel de estudios</b>		
Secundarios	3.825	(2.392)
Universitarios	5.826*	(3.313)
<b>GEOPTE pte</b>	-0.220*	(0.130)
<b>PANSS</b>	0.602	(1.429)
<b>Cut 1 constante</b>	-7.783***	(2.371)
<b>Cut 2 constante</b>	-6.697**	(2.855)
<b>Cut 3 constante</b>	-6.067**	(2.904)
<b>Cut 4 constante</b>	-3.721	(2.805)
<b>Cut 5 constante</b>	-1.334	(2.595)
<b>Cut 6 constante</b>	-0.617	(2.561)
<b>Pseudo- R2</b>	0.3402	
<b>Número de observaciones</b>	16	

Error estándar robusto entre paréntesis \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

## **RESULTADOS DEL ANÁLISIS (Modelo de Regresión tipo LOGIT ORDENADO):**

Según los datos obtenidos, llevar 10 años o más de evolución de la enfermedad mental resulta ser una variable significativa y con efecto negativo (-3,830;  $p < 0,05$ ), lo que indica que cuantos más años de evolución, la puntuación obtenida en el Test de las Insinuaciones es menor, con una probabilidad de acierto en esta afirmación del 95%.

Padecer trastorno bipolar influye de manera significativa y positiva (5,750;  $p < 0,05$ ), esto quiere decir que los pacientes bipolares obtienen una puntuación más alta en el Test de las Insinuaciones que los esquizofrénicos.

La variable tener estudios universitarios también resulta ser significativa y positiva (5,826;  $p < 0,1$ ), lo que indica, con una probabilidad de acierto mayor o igual del 90%, que éstos obtendrán mejor puntuación en el Test de las Insinuaciones que los que poseen estudios primarios.

La variable GEOPTE paciente, que es la puntuación de la escala de Cognición Social para psicosis completada por el paciente, también es significativa y negativa (-0,220;  $p < 0,1$ ), lo que indica que a mayor puntuación obtenida en dicha escala, menor es la puntuación en el Test de las Insinuaciones, con una probabilidad de error en esta afirmación menor del 10%.

Según la estimación realizada, la variable sexo no resulta significativa, por tanto, no podemos afirmar, con una probabilidad de acierto mayor o igual al 90% que existan diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el Test de las Insinuaciones por hombres y mujeres.

Tampoco resulta significativa la variable TEA (trastorno esquizoafectivo), lo que indica que no existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el Test de las Insinuaciones por los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo con respecto a los esquizofrénicos.

La variable secundarios tampoco es significativa, de tal manera que no podemos afirmar con una probabilidad mayor o igual al 90%, que exista diferencia de rendimiento en el Test de las Insinuaciones entre los sujetos con estudios primarios o inferiores, y secundarios.

Por último, con respecto a la clínica, evaluada mediante la escala PANSS, según la estimación realizada, no existen diferencias significativas en la puntuación del Test de las Insinuaciones entre los pacientes con síndrome positivo y síndrome negativo.

## **CONCLUSIONES:**

Considerando la Cognición Social como el conjunto de habilidades necesarias para desenvolverse de forma efectiva en las relaciones sociales y la Teoría de la Mente como un proceso cognitivo integrado dentro de ésta que se define como la habilidad de representar los estados mentales de otras personas, teniendo en cuenta los resultados de este estudio podemos concluir que:

- ✓ Los pacientes con 10 años o más de evolución de la enfermedad realizan peor el Test de las Insinuaciones y, por tanto, tienen más deteriorada la Teoría de la Mente.
- ✓ Los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar obtienen una puntuación más alta en el Test de las Insinuaciones que los esquizofrénicos, por lo que tienen más conservada la Teoría de la Mente que éstos. Sin embargo, no hay diferencias entre los esquizofrénicos y los esquizoafectivos.
- ✓ Tener estudios universitarios también influye de forma positiva en el resultado del Test de las Insinuaciones, obteniendo éstos, mayor puntuación en dicho test. No existen diferencias de rendimiento entre los pacientes que poseen estudios primarios y secundarios.
- ✓ Puntuaciones altas en la escala GEOPTTE de Cognición Social para psicosis indican que ésta es deficitaria; a mayor puntuación en dicha escala, menor puntuación en el Test de las Insinuaciones.
- ✓ No existen diferencias entre sexos en cuanto a la Teoría de la Mente y la Cognición Social. Mujeres y hombres parecen funcionar al mismo nivel en estos aspectos.
- ✓ Respecto a la clínica, no existen diferencias significativas en la puntuación del Test de las Insinuaciones entre los pacientes con síndrome positivo y síndrome negativo, medidos con la escala PANSS.

Como limitaciones contamos con un tamaño muestral inferior al deseado para inferencias estadísticas superiores y con la ausencia de grupo control de sujetos sanos que permitiera una comparación adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Rodríguez JT, Touriño R. Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del concepto. Archivos de Psiquiatría. 2010; 73: 9.
2. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, Van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: a meta-analysis. Brit J Psychiat. 2007; 191: 5-13.
3. Rodríguez JT, Acosta M, Rodríguez L. Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2011; 4(1): 28-37.
4. Barrera A, Vázquez G, Tannenhau L, Lolich M, Herbst L. Teoría de la mente y funcionalidad en pacientes bipolares en remisión sintomática. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013; 6: 67-74.
5. Fett AK, Maat A; GROUP Investigators. Social Cognitive Impairments and Psychotic Symptoms: What is the Nature of Their Association? Schizophr Bull (2011) doi: 10.1093/schbul/sbr058
6. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
7. Kay SR, Fiszbein L, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophr Bull. 1987; 13: 261-76.
8. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1994; 22(4): 171-7.
9. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric Properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in Schizophrenia. Psychiatry Research. 1994; 53: 31-40.
10. Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ecdeu) Assesment Manual. Rockville, National Institute Mental Health, 1976.
11. Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impression (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. Psychiatry Res 1997; 73:159-71.
12. Vieta E, Torrent C, Martínez-Arán A, Colom F, Reinares M, Benabarre A, *et al.* Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 301-4.
13. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, *et al.* The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2003; 107(Suppl 416): 16-23.

14. Allen MH, Bartko JJ, Lindenmayer JP, Daniel DG, Canuso CM, Kosik-González C, *et al.* Development and psychometric exploration of a Clinical Global Impression Scale for Schizoaffective Disorder (CGI-SCA). Póster presentado al 49<sup>th</sup> annual New Clinical Drug Evaluation Unit Meeting, 2009.
15. Sanjuán J, Prieto L, Olicares JM, Ros S, Montejo A, Ferrer F, Mayoral M, González-Torres MA, Bousoño M. Escala GEOPTe de Cognición Social. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003; 31(3): 120-8.
16. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1995; 17: 5-13.
17. Janssen I, Krabbendam L, Jolles J, Van Os J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108: 110-7.
18. Gil D, Fernández-Modamio M, Bengochea R, Arrieta M. Adaptación al español de la prueba de Teoría de la Mente Hinting Task. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012; 5(2): 79-88.
19. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 6<sup>a</sup> ed. Madrid: Cibersam; 2011

## ANEXO 1

**Definición y criterios de Trastorno Mental Grave de acuerdo a los criterios del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (HIMH, 1987)**

La definición de Trastorno Mental Grave que alcanza mayor grado de consenso es la formulada en 1987 por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Este organismo define a los pacientes con Trastorno Mental Grave como un “grupo de personas heterogéneas que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

Esta definición contempla tres dimensiones: los criterios diagnósticos, la duración de la enfermedad y la presencia de discapacidad.

**1.- Criterios diagnósticos:**

Incluye los trastornos psicóticos, excluyendo los de causa orgánica, y comprende estas categorías de la CIE-10 (OMS, 1992):

- Trastornos esquizofrénicos (F20.X)
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)
- Trastorno esquizoafectivo (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
- Trastorno bipolar (F31.X)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Trastorno depresivo grave recurrente (F33)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

**2.- Duración de la enfermedad:**

Evolución mayor o igual a dos años, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses, abandono de roles sociales y riesgo de cronificación, aunque remitan los síntomas.

### 3.- Presencia de discapacidad:

Definida mediante la afectación moderada a severa de las áreas personal, laboral, social y familiar.

Ha de cumplir al menos dos de los siguientes criterios:

- Desempleo o empleo protegido, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

## ANEXO 2

**Proyecto de investigación: “Cognición Social y Teoría de la Mente en Trastorno Mental Grave”****Investigador principal: M<sup>a</sup> José Val Clau****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, D./Dña .....

Con D.N.I. nº .....

He recibido información comprensible y detallada sobre el proyecto de investigación “Cognición Social y Teoría de la Mente en Trastorno Mental Grave”.

He tenido la oportunidad de realizar preguntas y decido participar de forma libre y voluntaria en dicho estudio. Entiendo que puedo abandonarlo libremente sin necesidad de justificación y sin que ello suponga ningún perjuicio para mí.

El tratamiento de mis datos será anónimo y con respeto a mi intimidad, de acuerdo a la ley de protección de datos vigente.

En este estudio no se realiza ningún tipo de intervención, no requiero ser sometido a exploraciones complementarias (analíticas, pruebas de neuroimagen), ni a tratamientos farmacológicos.

Firmo el presente documento de conformidad para participar en el estudio referido.

En Huesca, a ..... de..... de 2013.

Firma del investigador principal

Firma del participante

## ANEXO 3

**FICHA DE RECOGIDA DE DATOS**

Paciente:

Fecha:

**1.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:****1.1. SEXO:**

Varón

Mujer

**1.2. EDAD:**

18 – 29

30 – 39

40 – 49

≥ 50

**1.3. ESTADO CIVIL:**

Soltero

Casado

Separado / Divorciado

Viudo

**1.4. NÚCLEO DE CONVIVENCIA:**

Padres y/o hermanos

Cónyuge / Pareja y/o hijos

Amigos

Piso protegido con otros pacientes

Solo

**1.5. NIVEL EDUCACIONAL / ESTUDIOS:**

Estudios primarios

Estudios secundarios

Estudios universitarios

**2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:****2.1. DIAGNÓSTICO (criterios DSM IV-TR):**

Eje I:

Eje II:

Eje III:

**2.2. AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL:**

< 5

5 – 10

>10

**2.3. TRATAMIENTO ACTUAL:**

Antidepresivos

Benzodiazepinas

Hipnóticos

Estabilizadores

Neurolépticos típicos

Neurolépticos atípicos

Neurolépticos *depot*

Otros

**3.- COMENTARIOS:**

## ANEXO 4

**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)** (Lobo A *et al*, 1979)

Paciente:  
Ocupación:  
Examinado por:

Edad:  
Escolaridad:  
Fecha:

**ORIENTACIÓN****PUNTOS**

Dígame el día.....Fecha.....Mes.....Estación.....Año..... (5)

Dígame el hospital (o el lugar).....Planta.....

Ciudad.....Provincia.....Nación..... (5)

**FIJACIÓN**

Repita estas tres palabras: Peseta, Caballo, Manzana (hasta que se las aprenda)..... (3)

**CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO**

Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando?..... (5)

**MEMORIA**

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?..... (3)

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repetirlo con un reloj..... (2)

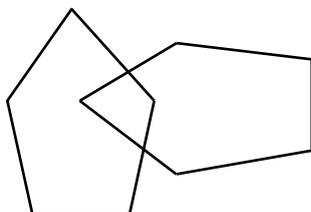
Repita esta frase: En un trigal había cinco perros..... (1)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa.... (3)

Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS ..... (1)

Escriba una frase..... (1)

Copie este dibujo: (1)



**PUNTUACIÓN TOTAL:** / 30

## ANEXO 5

**ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)**

(Adaptación española de Peralta y Cuesta, 1994)

Paciente:

Fecha:

**SÍNDROME POSITIVO (PANSS-P)**

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia / perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

**SÍNDROME NEGATIVO (PANSS-N)**

1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

**PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)**

1. Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7

9. Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de juicio e introspección	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ausente</li><li>2. Mínimo</li><li>3. Ligero</li><li>4. Moderado</li><li>5. Moderado-severo</li><li>6. Severo</li><li>7. Extremo</li></ol> |
|--|

Escala	Puntuación	Percentil	Rango
<b>PANSS-P</b>			
<b>PANSS-N</b>			
<b>PANSS-C*</b>			
<b>PANSS-PG</b>			

\*PANSS-C = PANSS compuesta: resulta de restar la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva.

Número de síntomas de PANSS-P con puntuación  $\geq 4$  :

Número de síntomas de PANSS-N con puntuación  $\geq 4$  :

### Tipo de esquizofrenia:

#### SISTEMA INCLUSIVO:

- Positiva: Si puntuación de PANSS-C  $> 0$
- Negativa: Si puntuación de PANSS-C  $< 0$

#### SISTEMA RESTRICTIVO:

- Positiva: puntuación  $\geq 4$  en 3 ó más ítems de la PANSS-P, pero en menos de 3 ítems de la PANSS-N
- Negativa: puntuación  $\geq 4$  en 3 ó más ítems de la PANSS.N , pero en menos de 3 ítems de la PANSS-P
- Mixta: puntuación  $\geq 4$  en 3 ó más ítems en ambas escalas (PANSS-P y PANSS-N)
- Otro tipo: el resto

**Tabla de conversión de las puntuaciones brutas de la PANSS en percentiles\***

Percentil	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-C	PANSS-PG
95	38	43	19	61
90	35	41	17	56
85	34	38	14	55
80	33	36	12	53
75	31	35	10	52
70	30	34	8	50
65	29	32	7	48
60	28	29	6	47
55	27	27	4	46
50	26	25	1	45
45	25	24	-2	44
40	24	23	-4	42
35	23	21	-6	41
30	22	20	-8	40
25	21	19	-10	38
20	20	17	-12	36
15	17	13	-14	34
10	14	11	-17	32
5	12	9	-24	28

\*Los percentiles se obtuvieron en una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos (criterios DSM-III-R) que investigaron por una exacerbación de su enfermedad y fueron evaluados durante los primeros días del ingreso (Peralta y Cuesta)

## ANEXO 6

**Escala de Impresión Clínica Global (CGI) (Guy W et al, 1976)**

Paciente:

Fecha:

**GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (CGI-SI)**

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

**MEJORÍA GLOBAL (CGI-GI)**

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

## ANEXO 6.1

**Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (CGI-BP-M)** (Vieta E *et al*, 2002)

Paciente:

Fecha:

Depresión	1	2	3	4	5	6	7
Manía	1	2	3	4	5	6	7
General	1	2	3	4	5	6	7

1. Normal
2. Mínima
3. Ligera
4. Moderada
5. Marcada
6. Grave
7. Muy grave

¿Cuál es la gravedad de la enfermedad del paciente?

Para las subescalas de depresión y manía la evaluación de la gravedad de los síntomas refleja la semana anterior.

Los estados mixtos se evalúan según la puntuación más alta entre las subescalas de manía y depresión.

Para la subescala general, la evaluación es longitudinal y refleja el periodo de tiempo en que el paciente sigue el tratamiento actual. También puede tomarse como referencia el año previo.

## ANEXO 6.2

**Escala de Impresión Clínica Global – Esquizofrenia (CGI-SCH) (Haro JM, et al 2003)**

Paciente:

Fecha:

**GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD**

Síntomas positivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas negativos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas depresivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas cognitivos	1	2	3	4	5	6	7
Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7

**GRADO DE CAMBIO**

Síntomas positivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas negativos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas depresivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas cognitivos	1	2	3	4	5	6	7
Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7

**GRAVEDAD**

1. Normal, no enfermo
2. Mínimamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

**CAMBIO**

1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Muchísimo peor

## ANEXO 6.3

**Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Esquizoafectivo (CGI-SCA) (Allen MH, et al 2009)**

Paciente:

Fecha:

**GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD**

Síntomas positivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas negativos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas depresivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas maniacos	1	2	3	4	5	6	7
Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7

**GRADO DE CAMBIO**

Síntomas positivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas negativos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas depresivos	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas maniacos	1	2	3	4	5	6	7
Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7

**GRAVEDAD**

1. Normal, no enfermo
2. Mínimamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

**CAMBIO**

1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Muchísimo peor

## ANEXO 7

**Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis (Sanjuán J *et al*,2003)****Versión para el PACIENTE**

Paciente:

Fecha:

Por favor, ponga un círculo en el número de la respuesta que mejor corresponda a su estado actual.

1.- ¿Tiene dificultad para prestar atención?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

2.- ¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

3.- ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

4.- ¿Se le olvidan encargos, tareas o recados?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

5.- Cuando tiene que hablar con alguien, ¿le faltan las palabras?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

6.- ¿Le cuesta entender de qué va una película?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

7. ¿Le cuesta encontrar el sentido a una conversación?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

8.- ¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros (por ejemplo , tristeza, alegría o rabia)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

9.- Cuando está en grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

10.- ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

11.- Si está solo en casa y surge algún problema (por ejemplo, se estropea un electrodoméstico), ¿le resulta difícil buscar una solución?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

12.- ¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

13. ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

14.- ¿Tiene dificultad para hacer amistades?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

15.- ¿Está insatisfecho con su vida sexual?

1. No
2. U poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

PUNTUACIÓN TOTAL:

COMENTARIOS:

## ANEXO 7 (BIS)

**Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis (Sanjuán J *et al*,2003)****Versión para el INFORMANTE**

Paciente:

Fecha:

Relación / parentesco con el paciente:

¿Convive con él?

Por favor, ponga un círculo en el número que corresponda según su impresión sobre las dificultades que tiene el paciente en cada uno de los siguientes temas. Si no tiene información sobre alguna de las preguntas, déjela en blanco.

1.- ¿Tiene dificultad para prestar atención?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

2.- ¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

3.- ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

4.- ¿Se le olvidan encargos, tareas o recados?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

5.- Cuando tiene que hablar con alguien, ¿le faltan las palabras?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

6.- ¿Le cuesta entender de qué va una película?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

7. ¿Le cuesta encontrar el sentido a una conversación?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

8.- ¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros (por ejemplo , tristeza, alegría o rabia)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

9.- Cuando está en grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

10.- ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

11.- Si está solo en casa y surge algún problema (por ejemplo, se estropea un electrodoméstico), ¿le resulta difícil buscar una solución?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

12.- ¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

13. ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

14.- ¿Tiene dificultad para hacer amistades?

1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

15.- ¿Está insatisfecho con su vida sexual?

1. No
2. U poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

PUNTUACIÓN TOTAL:

COMENTARIOS:

## ANEXO 8

**TEST DE LAS INSINUACIONES (*HINTING TASK*)** (Versión reducida)(Gil D *et al*, 2012)

Paciente:

Fecha:

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

**HISTORIA 2:**

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

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

Respuesta literal. Respuesta criterio: Marisa quiere decir “¿Por qué no limpiaste el baño?” o “Ve y limpia el baño ahora”. Estas respuestas puntúan 2 y se pasa a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Marisa continúa diciendo: “A veces eres muy vaga, Ana”. PREGUNTA: ¿Qué quiere Marisa que haga Ana?

Respuesta literal. Respuesta criterio: Marisa quiere decir que Ana limpie el baño. Esta respuesta puntúa 1. Cualquier otra respuesta, 0.

**HISTORIA 3:**

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

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

Respuesta literal. Respuesta criterio: Javier quiere decir “Por favor, mamá, cómprame algunos caramelos”. Esta respuesta puntúa 2 y se pasa a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Javier continúa diciendo: “Estoy hambriento, mamá”. PREGUNTA: ¿Qué quiere Javier que haga su madre?

Respuesta literal. Respuesta criterio: Javier quiere que su madre le compre unos caramelos. Esta respuesta puntúa 1. Cualquier otra respuesta, 0.

### **HISTORIA 6:**

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

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

Respuesta literal. Respuesta criterio: Daniel quiere decir: “Por favor, Ricardo, cambia de opinión y dame el proyecto a mí”. Esta respuesta puntúa 2 y se pasa a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Daniel continúa diciendo: “Este proyecto es ideal para mí”. PREGUNTA: ¿Qué quiere Daniel que haga Ricardo?

Respuesta literal. Respuesta criterio: Daniel quiere que Ricardo cambie de opinión y le dé a él el proyecto. Esta respuesta puntúa 1. Cualquier otra, 0.

### **HISTORIA 7:**

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

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

Respuesta literal. Respuesta criterio: Rebeca quiere decir: “¿Me comprarías un perro para mi cumpleaños, papá?”. Esta respuesta puntúa 2 y se pasa a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Rebeca continúa diciendo: “¿La tienda de mascotas estará abierta el día de mi cumpleaños, papá?” PREGUNTA: ¿Qué quiere Rebeca que haga su padre?

Respuesta literal. Respuesta criterio: Rebeca quiere que su padre le compre un perro para su cumpleaños, o que le diga que le comprará un perro. Esta respuesta puntúa 1. Cualquier otra, 0.

**HISTORIA 9:**

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

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

Respuesta literal. Respuesta criterio: Jessica quiere decir: “Quiero tu tren, y tú puedes tener el mío”. Esta respuesta puntúa 2.

Si el sujeto no da la respuesta correcta, AÑADIR: Jessica continúa diciendo: “El rojo es mi color favorito”. PREGUNTA: ¿Qué quiere Jessica que haga Manuel?

Respuesta literal. Respuesta criterio: Jessica quiere intercambiar los trenes. Esta respuesta puntúa 1. Cualquier otra, 0.

<b>HISTORIA</b>	<b>Respuesta literal 1 y puntuación</b>	<b>Respuesta literal 2 y puntuación</b>
2. Baño sucio		
3. Caramelos		
6. Proyecto de trabajo		
7. Regalo de cumpleaños		
9. Juego de trenes		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		