

11241
11
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL

REPORTE DE LA INVESTIGACION:

**ESTUDIO PILOTO PARA EVALUAR LA CONFIABILIDAD DE LA ESCALA
PANSS POR CONSENSO ENTRE EVALUADORES EN DOS POBLACIONES DE
EQUIPO PSIQUIATRICO - GUADALAJARA, JALISCO Y MEXICO D.F.-**

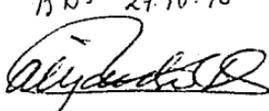
COMO TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
P S I Q U I A T R I A .

PRESENTA: DR. GUILLERMO GONZALEZ MENDEZ

TUTOR : DR. HECTOR ORTEGA SOTO 

MEXICO° FEBRERO DE 1990/.



h B 27.11.90




UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSION	18
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA	23

I N T R O D U C C I O N .

A partir de 1884 se introduce una nueva terminología en la - neurología, creada por Jackson, que clasifica los síntomas en negativos y positivos. Los síntomas negativos los describe como una pérdida de conductas normales debido a una lesión cerebral, y los síntomas positivos describen una conducta que emerge como resultado de una disminución de las inhibiciones cerebrales. La búsqueda de esta dicotomía y su valor pronóstico respecto de la evolución de los trastornos psiquiátricos se ha mantenido vigente (Andreasen, 1982).

Dentro de su modelo Jackson creía que las alucinaciones y las ideas delirantes en el psicótico eran un fenómeno de liberación y constituían síntomas positivos, mientras que los síntomas negativos, por ejemplo, la apatía o el aplanamiento afectivo reflejaban una pérdida difusa de la función. (Andreasen, 1982). El concepto Jacksoniano, traspolado de la original neurología psiquiátrica cayó en desuso a fines del siglo pasado, con el advenimiento de la clasificación semiológica que impuso Kraepelin. Este autor en su descripción de la demencia precoz, la consideró como un estado de defecto primario caracterizado por alteración afectiva, ausencia de impulsos y un deterioro progresivo. Posteriormente Bleuler, expandió el concepto al hacer énfasis en el curso deteriorante y la presencia de síntomas típicos, los cuales incluyen características productivas (alucinaciones, ideas delirantes y desorganización conceptual). Subsecuentes - nosólogos, principalmente Kurt Schneider, incrementaron esta visión de los síntomas floridos como elementos diagnósticos o

Es hasta 1974, que Strauss, Carpenter y Bartko reintroducen - el concepto de síntomas positivos y negativos a la literatura psiquiátrica. A partir de entonces la mayor parte de los autores utiliza el término "síntomas positivos" para referirse a las alucinaciones y las ideas delirantes; y para la mayor parte los "síntomas negativos" describen una pérdida de funciones e incluye apatía, pobreza del lenguaje, afecto embotado y anhedonia.

El Dr. Timothy Crow en Gran Bretaña (Crow 1980) y posteriormente la Dra Nancy C. Andreasen en los Estados Unidos (Andreasen 1982) propusieron que en la esquizofrenia pueden ser diferenciados dos síndromes distintos a partir de los perfiles fenomenológicos que presentan. El síndrome tipo I o Positivo, - que está compuesto de síntomas floridos tales como las ideas delirantes, las alucinaciones y la desorganización conceptual los cuales están superpuestos en el estado mental. El síndrome tipo II o Negativo, está caracterizado por déficits en el área cognitivo afectiva y en las funciones sociales incluyendo aplanamiento afectivo y aislamiento social.

A partir de ésta proposición se ha especulado que estos síndromes tienen diferencias importantes con respecto de su etiología, su farmacoterapia y su pronóstico. Crow propuso inicialmente que los dos síntomas predicen diferentes cosas, específicamente, la presencia del síndrome tipo I predice una respuesta potencial a los fármacos neurolépticos, mientras que la presencia del síndrome tipo II predice una pobre evolución a largo plazo, independientemente del tratamiento con neurolépticos. Porque parecen representar dos dimensiones separadas, Crow sugiere que los dos síndromes están relacionados a proce-

...os patológico diferentes. El síndrome tipo I estaría relacionado a una alteración de la transmisión dopaminérgica que respondería a la medicación neuroléptica, y el síndrome tipo II sería producto de un proceso similar a una encefalitis a la manera de una atrofia (Crow, 1980).

ANTECEDENTES

Dentro de este contexto conceptual se han venido desarrollando a partir de la segunda mitad de este siglo, una serie de instrumentos clínicos para la evaluación y seguimiento de los pacientes psicóticos.

Así, se llegó a la construcción de instrumentos generales, - como el BPRS (Overall 1962) y el PSE (1974) y el SADS (Endicott 1978) los cuales definían más claramente los síntomas "positivos" pero valoraban en forma inadecuada los síntomas "negativos".

Andreasen desarrolló un procedimiento de evaluación para pacientes esquizofrénicos que incluía una escala para la valoración de síntomas positivos en 4 ítems, y una escala para valoración de síntomas negativos en 5 ítems; ésta última contiene ítems para valorar 30 síntomas negativos que incluyen 5 síntomas globales (alogia, aplanamiento afectivo, alteración de la voluntad, anhedonia, retraimiento social y alteración de la atención). Sin embargo, el instrumento que ella ideó -- aunque demostró una buena confiabilidad interobservador, no se le realizaron los debidos estudios para valorar su consistencia y la validez de los reactivos de la escala (Andreasen 1982).

Iager (1985) diseñó otra escala en la que incluía grupos de síntomas negativos como inatención, así como desorientación - en vez de tratar de establecer la relación entre la desorientación tanto con la confusión como con el aislamiento social. Lo más importante es que todas estas escalas no han tomado en cuenta la abrumadora covarianza tanto de los síndromes posi-

tivo como el negativo con la severidad global de la psicopatología y su exacerbación durante el curso de la enfermedad -(Kay 1987).

Sin la presencia de una escala separada y específica que mida la psicopatología general, no hay forma de descartar la influencia de variación por ésta fuente cuando se busca la significancia aislada de los síndromes específicos.

La escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS) se desarrolló para superar éstas limitaciones -- (Kay 1985), se trata de una escala de 30 ítems con un puntaje de severidad de 7 puntos, que deriva en lo general de el formato de la escala breve de apreciación psiquiátrica (BPRS, Overall y Goorman 1962) y de la cédula de evaluación psicopatológica (PRS, Singh y Kay 1975). El PANSS constituye un nuevo instrumento que introduce criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica, nuevas y más específicas definiciones para cada uno de los 30 ítems y un criterio de calificación más detallado para cada nivel de psicopatología. Siete de los síntomas que representan características productivas de diferentes esferas funcionales son sumadas para constituir una escala de síntomas positivos. Siete ítems que representan déficits de funciones forman la escala de síntomas negativos. Y los restantes 16 que no pueden ser asignados a ninguno de los síndromes, sirven como una escala de psicopatología general.

La diferencia entre las calificaciones positivas y negativas forman una escala compuesta que expresa el grado de predominancia de un síndrome sobre el otro.

La aplicación del PANSS en su versión original en inglés fué validada y se confirmó su confiabilidad interna y su consistencia (test-retest) en un estudio realizado por Kay y cols. (1987) en 101 pacientes esquizofrénicos a los cuales siguieron evaluando durante 6 meses.

Por otra parte, la confiabilidad interobservador y su comparación con la escala de Andreasen se valoró posteriormente - por Kay y cols. (1987) estudiando a 82 paciente esquizofrénicos, resultando superior a ésta escala en la confiabilidad interobservador y en la validez de construcción de los ítems

P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A

La valoración de la severidad de la sintomatología de los - pacientes esquizofrénicos hace necesario la existencia de una escala que permita registrarla. Se propone la utilización de la escala de PANSS, instrumento válido y consistente en su - versión en inglés planteando la necesaria traducción del contenido de su manual de evaluación al español. Esto conlleva la necesidad de un procedimiento de validación por las diferencias - lingüísticas y conceptuales que son inherentes a la traducción .

La traducción del manual permitirá la mayor accesibilidad -- del instrumento a los usuarios investigadores hispanoparlantes ya que facilita tanto el aprendizaje como la aplicación - continua. En el momento presente no hay ninguna escala traducida que permita valorar la severidad de los síntomas del espectro esquizofrénico.

O B J E T I V O S D E L A I N V E S T I G A C I O N

- 1.- Determinar la confiabilidad por consenso entre los miembros del equipo psiquiátrico al aplicar la escala PANSS.
- 2.- Observar la viabilidad del material audiovisual como material auxiliar para este estudio.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

MATERIAL:

Se utilizó un par de entrevistas videograbadas de pacientes - esquizofrénicos diagnosticados de acuerdo al DSM-III R que otorgaron previo consentimiento oral para ello. Las entrevistas se realizaron de acuerdo a los lineamientos establecidos en el manual de PANSS.

Se utilizó un reporte escrito de la conducta y las relaciones interpersonales de cada paciente durante la semana previa a la entrevista, se emplearon manuales y escalas de la PANSS - en su traducción al español.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Se trata de un estudio transversal, descriptivo para determinar la confiabilidad de una escala de evaluación de una escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia al ser aplicado por personal del equipo psiquiátrico, empleando como material auxiliar entrevistas videograbadas de acuerdo a los lineamientos del manual a pacientes esquizofrénicos diagnosticados de acuerdo a los criterios del DSM-III-R.

METODO:

Se entregó a cada evaluador con la antelación suficiente un manual traducido al español para que pudieran revisarlo y estudiaran las definiciones de calificación para cada ítem.

En fecha posterior se proyectaron las entrevistas videograbadas al grupo de evaluadores en conjunto, previa distribución de las escalas de calificación de la PANSS.

Al término de la proyección del video cada evaluador hizo pareja con otro (preferentemente su compañero de al lado) a continuación de la calificación individual auxiliándose del manual de la PANSS junto con la pareja se dió a la tarea de -- discutir la sintomatología que observó en el paciente durante la entrevista, llegando a un acuerdo o consenso con la pareja y posteriormente calificó en su propia escala con los puntajes de dicho consenso.

PROCEDIMIENTO:

Se hizo una invitación abierta a elementos del equipo psiquiátrico con formación previa en el área de psicopatología, específicamente psiquiatras, residentes de psiquiatría y psicólogos clínicos relacionados con las instituciones en las que se efectuará el estudio.

ANALISIS ESTADISTICO:

Se empleó estadística básica para hacer la descripción de los datos, y posteriormente se buscaron correlaciones intraclass para evaluar la consistencia interna del instrumento por medio de la prueba alfa de Crombach.

RESULTADOS:

Para la primera entrevista se incluyó a 32 sujetos, de los cuales 17 formaron el grupo de Guadalajara, integrado por 4 psicólogos clínicos, 6 residentes de psiquiatría de primer año, 6 de segundo y además un médico adscrito. Con ellos se conformaron 8 parejas integradas al azar (un trío) para realizar la valoración por consenso. Los otros 15 formaron el grupo de México, integrado por dos residentes de tercer grado, 4 de segundo y 9 de primero, todos pertenecientes al mismo hospital psiquiátrico. Los sujetos participaron voluntariamente a una invitación para la enseñanza del uso de la escala.

Para la segunda entrevista se incluyó a solo 7 sujetos de 8, -- por estar uno de ellos en forma incompleta en la proyección, se excluyó de los resultados. Todos pertenecían al grupo de Guadalajara, y 2 de ellos no participaron en la primera entrevista y conformaron 3 equipos para la evaluación en consenso. Sin embargo, por lo reducido de ésta muestra, era bastante probable la dispersión con sesgo de la muestra sobre los puntajes aparte muy banal su análisis estadístico. Por todo ello se le excluyó tanto de éste análisis como de la presentación de datos dentro de los resultados.

La tabla uno muestra en columnas consecutivas la media y la varianza de los puntajes obtenidos para cada ítem diferenciando primero entre ambos grupos, y posteriormente comparando entre la media y la varianza al calificar en forma individual o al haberlo en equipo mediante consenso de las partes.

TABLA 1.

MEDIA Y VARIANZA DE LOS ÍTEMES. COMPARACION ENTRE LA CALIFICACION POR CONSENSO Y LA CALIFICACION INTEROBSERVADOR EMPLEANDO LA ESCALA PANSS.

ITEM	GUADALAJARA				MEXICO D.F.			
	INTEROBS		CONSENSO		INTEROBS		CONSENSO	
	\bar{x}	S^2	\bar{x}	S^2	\bar{x}	S^2	\bar{x}	S^2
Delirio	5.59	0.83	5.63	0.98	5.57	2.09	5.43	1.39
Desorganización	4.00	1.06	4.25	0.44	4.33	0.22	4.43	1.39
Conducta aluc.	3.82	4.26	3.65	4.69	1.33	0.22	1.43	0.24
Excitación	1.47	0.48	1.13	0.11	1.13	0.12	1.00	0.00
Grandiosidad	3.18	2.62	3.38	1.73	3.67	2.36	3.29	2.49
Susplicacia	3.35	2.58	3.50	5.25	3.67	2.36	3.29	2.49
Hostilidad	1.24	0.30	1.00	0.00	1.33	0.36	1.14	0.12
Afecto embotado	3.06	2.64	3.13	1.61	4.13	1.18	4.14	0.98
Retirada emocional	2.76	1.71	2.75	2.19	3.60	2.77	3.57	4.24
Empatía limitada	2.59	1.42	2.00	0.75	3.00	2.53	2.71	2.49
Retirada social	3.00	2.00	3.75	0.69	3.13	3.05	2.86	1.27
Dif.pens.abstracto	4.41	1.89	4.50	2.50	4.60	2.51	5.57	0.53
Dif. conv.fluída	2.53	1.43	2.75	1.69	2.93	1.93	2.57	2.24
Pens. estereot.	3.65	1.76	3.00	1.25	3.33	2.49	3.86	1.27
Preocupación som.	5.35	1.40	5.50	1.00	5.00	1.33	5.29	0.78
Ansiedad	2.41	1.77	2.00	2.25	1.93	1.40	1.57	0.53
Sent. de culpa	1.59	0.83	1.50	0.25	1.47	0.52	1.29	0.49
Tensión	2.35	1.17	2.00	0.50	1.93	1.13	1.57	0.53
Manerismo	2.76	1.47	1.63	0.48	2.87	2.52	2.57	1.10
Depresión	2.12	1.40	1.63	0.48	1.53	0.65	1.43	0.53
Retraso motor	2.88	1.87	2.63	0.48	2.80	2.03	2.86	0.69
Falta de coop.	1.18	0.26	1.13	0.11	1.53	1.05	1.57	1.96
Cont.Pens.Inusual	4.71	2.33	4.75	1.44	5.33	1.56	5.29	0.78
Desorientación	2.29	2.09	2.00	1.00	1.13	0.12	1.29	0.20
Atención defíc.	1.88	1.63	2.00	1.50	1.80	1.09	1.57	0.53
Falta de juicio	3.88	2.81	3.88	1.33	4.40	3.17	4.71	2.78
Alt. de voluntad	2.65	1.17	2.75	0.44	2.73	1.93	2.14	1.27
Def. cont.impuls.	1.47	0.48	1.38	0.23	1.47	1.05	1.14	0.12
Preocupación	3.29	2.91	2.63	1.73	2.53	1.18	2.00	0.57
Evitación social	2.59	2.24	2.88	1.36	2.53	1.72	2.29	1.63

En referencia a la subescala positiva del instrumento, en este caso se trata de un paciente con síndrome positivo, se observan en general puntajes interobservador con varianzas importantes - en los ítemes de conducta alucinatoria ($\bar{x}=3.82$, $S^2=4.26$), grandiosidad ($\bar{x}=3.18$, $S^2=2.62$) y suspicacia ($\bar{x}=3.35$, $S^2=2.58$) en el grupo de GUadalajara los cuales no se modificaron sustancialmente despues de la evaluación por consenso (se tuvo una disminución menor del 40% de la varianza), así por ejemplo en la conducta alucinatoria aumentó ($\bar{x}=3.69$, $S^2=4.69$) lo mismo que en la suspicacia ($\bar{x}=3.50$, $S^2=5.25$). Por el contrario dentro de este mismo grupo observamos ítemes que sí se modificaron favorablemente con el consenso como la excitación ($\bar{x}=1.47$, $S^2=0.48$ vs $\bar{x}=1.13$, $S^2=0.11$), la desorganización conceptual ($\bar{x}=4.00$, $S^2=1.05$ vs 4.25 , $S^2=0.44$), y el ítem de hostilidad ($\bar{x}=1.24$, $S^2=0.30$ vs $\bar{x}=1.00$, $S^2=0.00$). El grupo de México presentó en general menores grados de variabilidad y varianza en las calificaciones individuales, representando las principales los ítemes de grandiosidad y suspicacia (ambos con $\bar{x}=3.67$, $S^2=2.36$) y en seguida el ítem de delirio ($\bar{x}=5.57$, $S^2=2.09$) siendo estas varianzas cercanas a un grado moderado. El resultado del consenso en estos ítemes no presentó cambios significativos respecto del individual. Y por el contrario el ítem con menor dispersión en la calificación individual, desorganización conceptual tiende a crecer en su variabilidad al realizar el consenso ($\bar{x}=4.33$, $S^2=0.22$ vs $\bar{x}=4.43$, $S^2=1.39$). Un ítem presenta reducción significativa de su varianza, el de hostilidad ($\bar{x}=1.33$, $S^2=0.36$ vs $\bar{x}=1.14$, $S^2=0.12$).

En referencia a la subescala negativa de la PANSS, que valora -

la sintomatología improductiva del paciente, se observan en lo general en el primer grupo (Guadalajara), puntajes con varianza de rango moderado en las calificaciones interobservador, presentando la varianza mayor el ítem del afecto embotado ($\bar{x}=3.06$, $S^2=2.64$), seguido de la retirada emocional ($\bar{x}=2.76$, $S^2=1.71$), y de la dificultad para el pensamiento abstracto ($\bar{x}=4.41$, $S^2=1.89$) de los tres ítemes solo el afecto embotado se vió levemente mejorado en la varianza al hacerse el consenso ($\bar{x}=3.13$, $S^2=1.61$) no llegando a tener una modificación sustancial al respecto. Solo dos ítemes mejoraron sustancialmente al realizar el consenso entre evaluadores, a saber el de empatía limitada que varió positivamente ($\bar{x}=2.59$, $S^2=1.42$ vs $\bar{x}=2.00$, $S^2=0.75$) y el de retirada social ($\bar{x}=3.00$, $S^2=2.00$ vs $\bar{x}=3.75$, $S^2=0.69$) que también hizo lo propio. El resto de los ítemes como se puede apreciar no solo disminuyó en general su varianza sino que tendió a aumentarla.

En la misma subescala en el grupo de México se presentó mayor varianza en las calificaciones individuales en los ítemes de retirada social ($\bar{x}=3.13$, $S^2=3.05$), retirada emocional ($\bar{x}=3.60$, $S^2=2.77$), empatía limitada (3.00 ± 2.53) y dificultad para establecer el pensamiento abstracto ($\bar{x}=4.6$, $S^2=2.51$) siendo de rango más bien severas estas varianzas, se encontró marcada mejoría solo en dos de ellos, retirada social ($\bar{x}=2.86$, $S^2=1.27$) y la dificultad para el pensamiento abstracto ($\bar{x}=5.57$, $S^2=0.53$), manteniéndose los restantes dos sin cambios significativos en la varianza despues del consenso con otro observador. Los ítemes que mostraron menor varianza fueron afecto embotado ($x=4.13$, $S=1.18$ vs 4.14 ± 0.98) y ya en el consenso el pensamiento estereotipado

que sí presentó un marcado cambio a la mejoría ($\bar{x}= 3.33, S^2= 2.49$ vs $\bar{x}= 3.86, S^2=1.27$).

Pasando a la subescala de psicopatología general, en el grupo de Guadalajara encontramos que los ítemes que mostraron mayor varianza interobservador fueron preocupación ($\bar{x}=3.29, S^2=2.91$), falta de juicio ($\bar{x}= 3.88, S^2=2.81$) y contenidos inusuales del pensamiento ($\bar{x}=4.71, S^2=2.33$) presentando todos ellos cambios notables al hacerse la calificación por consenso, tendiendo a la disminución de la varianza en promedio mayor del 40%. Otros ítemes que mostraron una marcada mejoría al realizar la calificación por consenso fueron evitación social ($\bar{x}= 2.59, S^2=2.24$ vs $\bar{x}= 2.88, S^2=1.36$), desorientación ($\bar{x}= 2.29, S^2=2.09$ vs $2.00-S^2=1.00$), retraso motor ($\bar{x}= 2.88, S^2=1.87$ vs $\bar{x}=2.63, S^2=0.48$), manierismos ($\bar{x}=2.76, S^2=1.47$ vs $\bar{x}=1.63, S^2=0.48$), depresión ($\bar{x}= 2.12, S^2=1.40$ vs $\bar{x}=1.63, S^2=0.48$), alteración de la voluntad ($\bar{x}=2.65, S^2=1.17$ vs $\bar{x}=2.75, S^2=0.44$), sentimientos de culpa ($\bar{x}= 1.59, S^2=0.83$ vs $\bar{x}=1.50, S^2=0.25$), deficiente control de los impulsos ($\bar{x}=1.47, S^2=0.48$ vs $\bar{x}= 1.38, S^2= 0.23$) y falta de cooperación ($\bar{x}=1.18, S^2=0.26$ vs $\bar{x}=1.13, S^2=0.11$). Así pues observamos que para éste grupo la calificación por consenso disminuyó en la en la generalidad de manera marcada la varianza de los puntajes, alcanzando repercusión a nivel general sobre toda la escala.

En la misma subescala pero ahora en el grupo de México encontramos que las varianzas son más moderadas y tiende a agruparse al rededor de 1. Podemos ver que sólo dos ítemes rebasan ampliamente el conjunto en las calificaciones interobservador, a saber, la falta de juicio ($\bar{x}=4.40, S^2=3.17$) y el manierismo ($\bar{x}=2.87, -$

$S = 2.52$), mejorando solo éste en la calificación por consenso - en forma marcada ($x = 2.57$, $S = 1.10$). Podemos observar que como - en el caso del grupo de Guadalajara las calificaciones de la mayoría (13) ítemes tiende a mejorar entre moderada y marcadamente en las evaluaciones por consenso (ver tabla adjunta).

Los puntajes totales para la escala PANSS para los sujetos del grupo de Guadalajara calificando individual varió entre 59 y 146 teniendo una media de 88.06 con una varianza de 391.94, y una - desviación estandar de 19.80 que al ser sometidos a la prueba - alfa de Crombach resultó con un índice de consistencia interna de 0.9003 (muy significativa la consistencia). Al observar a los mismos sujetos haciendo parejas el rango disminuye a 68-110, -- teniendo una media de 86.13 con una varianza de 202.86 (casi la mitad de la original en la calificación individual) y una des-- viación estándar de 14.24; manteniéndose una alta significancia de correlación entre puntajes longitudinales al analizar las escalas con las prueba alfa de Crombach, obteniéndose un valor de 0.8304. Al intentar hacer una comparación entre el grupo de Guadalajara individual y Guadalajara por consenso mediante la prueba F, se encontró lo siguiente ($N=17$, $g_1=7$, $F=1.796$ NS). Con lo que concluimos los resultados de la confiabilidad por consenso para éste grupo haciendo énfasis en que se redujo importantemente la varianza pero no llegó a ser significativa.

En cuanto a los puntajes totales para la escala en el grupo de Guadalajara observamos que las calificaciones individuales variaron entre 59 y 117 puntos, con una media de 86.6, una varianza de 339.96, una desviación estándar de 18.43. Al hacer el análisis de los equipos de consenso (7 equipos) se encontró que los-

puntajes extremos se ubicaban entre 59 y 108, con una media - de 83.71, una varianza de 219.35 y una desviación estándar de 14.81 . Los coeficientes de Crombach fueron de 0.8834 para -- los sujetos individuales y de 0.8749 para los equipos de consenso, no observándose una diferencia significativa entre estos puntajes.

D I S C U S I O N

Es relevante para el posterior análisis que se hace de los -- resultados tomar en cuenta las diferencias en la composición de ambos grupos, ya que en Guadalajara hay más diversidad entre los sujetos y además contiene a los psicólogos clínicos - (4). También digno de mención es la tendencia predominante al dominio de un miembro de cada pareja calificadora sobre el otro a los largo de toda la calificación de la escala.

El hecho de dividir el número de sujetos al formar parejas y de esta manera reducir el número de calificaciones puede haber repercutido negativamente sobre la posibilidad de encontrar - diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la calificación entre sujetos individuales y los puntajes alcanzados por consenso.

La ya citada diferencia entre la homogeneidad de los grupos - podría ayudar a explicar, al menos en parte las diferencias - respecto de los ítemes que presentaron mayor variabilidad en la subescala positiva de la PANSS tanto en forma individual - como consensual. Sin embargo es relevante que en el primer -- grupo encontramos ítemes que aunque altos y con gran disper-- sión se mantuvieron prácticamente sin cambios aún tras el consenso, y otros con moderada y mínima varianza sí mejoraron -- discretamente con él, desgraciadamente éstos fueron minoría. El grupo 2 presenta gran varianza en solo dos ítemes, pero - éstos no presentaron cambios significativos después del con-- senso, solo un ítem presentó una reducción notable de su va-- rianza con el consenso, el de desorganización conceptual.

En la segunda subescala sindromática para valorar la sintomatología negativa, las varianzas fueron más moderadas, y de los tres ítemes con mayor puntaje en la variante interobservador -afecto embotado, retirada emocional y dificultad para el pensamiento abstracto- solo el primero tuvo mejoría con el consenso. Otros dos ítemes de la subescala variaron positivamente empatía y retraimiento social. En la misma subescala el segundo grupo tuvo varianzas importantes en 4 ítemes: - retirada social, retirada emocional, empatía limitada y dificultad para el pensamiento abstracto, presentando mejoría solo en cuanto al primer y último ítemes citados, al aplicar el consenso.

Del análisis de las subescalas positiva y negativa se desprende la duda sobre porqué los evaluadores califican con puntajes bien distintos si observan, teóricamente al mismo paciente.

Esto se le puede achacar en parte a la formación y conformación particular de cada grupo, siendo el más homogéneo el que presenta acordemente las menores dispersiones. Sin embargo es digno de resaltar la escasa influencia que sobre los puntajes de ambas subescalas - y particularmente en la negativa en ambos grupos - tuvo el consenso interindividuos.

Estos resultados están de acuerdo con reportes previos de Andreasen y Kay, autores que al desarrollar sucesivamente escalas para evaluar los síntomas negativos observaron la dificultad mayor de los entrevistadores para registrar objetivamente la sintomatología improductiva del esquizofrénico.

Al contrario de lo que ocurre con las escalas sindromáticas -

en la escala de psicopatología general el consenso gana prestigio - al lograr modificar sustancialmente la gran mayoría de los ítemes, tal vez ésto se deba a que se requiere un conocimiento menos profundo del paciente para evaluar éstos síntomas, son mpgás del dominio general de psicólogos y psiquiatras también y ésto da pie a que lleguen con más facilidad a concordar en una calificación dada.

Es de hacer notar que el análisis de correlación interna con la prueba Alfa de Crombach, presenta una alta concordancia -- interna entre los observadores solos, y ésta se mantiene prácticamente inalterada al pasar a la calificación por consenso, lo que confirma una alta consistencia interna del instrumento. Desgraciadamente el análisis de éstos índices que juzgan los grados de concordancia punto por punto, al pasar a otros análisis estadísticos como la prueba de correlación F de Snedecor no arroja resultados de diferencias significativas entre las varianzas generales obtenidas en forma individual y las obtenidas por consenso, aunque hay casos en que prácticamente la primera duplica a la segunda.

La alta concordancia que persiste en las pruebas de Crombach, también nos habla de la existencia de un "efecto halo", éste es un error sistemático en el evaluador de cualquier instrumento de medición, intrínseco a sus características idiosincráticas, éste tipo de error nos explica porqué los evaluadores que iniciaron las escalas calificando las escalas con puntajes altos se mantuvieron en ése nivel durante la calificación de toda - la escala y viceversa.

Según los manuales de estadística el efecto halo es una variable no controlable y factor de importante sesgo en el registro.

En la comparación de los grupos realizada, no se pudo dilucidar si la experiencia clínica modificaba sustancialmente los puntajes individuales respecto de los obtenidos por consenso.

En general quisiera hacer una crítica al método seguido por esta investigación. Primeramente al material audiovisual, del cual una vez editado quedaba con grandes lagunas visuales, tomas inadecuadas y demasiado dispersas, y que hacían que el posible evaluador perdiera en ocasiones la hilación de la entrevista.

Otro punto criticable está en base al tamaño de la muestra la cual debería de ser más grande para aspirar a demostrar diferencias significativas que no se alcanzaron en el estudio.

Un tercer punto resultaría de la inconsistencia del auditorio para cooperar completamente en la ejecución de las sesiones programadas, recordemos que solamente 7 personas vieron la segunda entrevista, y de éstas se podría además decir que solo 5 realizaron ambas entrevistas, siendo un número irrisorio para tratar de establecer correlaciones entre ambas sesiones con un solo evaluador.

C O N C L U S I O N E S

Se estudiaron dos grupos de equipos psiquiátricos encontrando una amplia varianza en los puntajes de los ítemes al hacer la evaluación individual, y las calificaciones de los ítemes pertenecientes a las escalas sindromáticas fueron los que presentaron mayor variabilidad.

La calificación por consenso no mejoró sustancialmente la variabilidad de las subescalas sindromáticas, especialmente la negativa.

El análisis estadístico con el Alfa de Crombach confirmó una alta consistencia interna para el instrumento de medición.

La varianza total aunque disminuyó en forma notable en algunos grupos al aplicar la calificación por consenso nunca alcanzó validez estadística.

El efecto halo, atribuible al evaluador, como variable no controlada, contribuyó a la presentación continua de alta variabilidad entre puntajes manteniendo una buena consistencia interna.

Es necesaria otra metodología para poder llegar a resultados más significativos sobre la validez de la escala PANSS en su versión hispana.

B I B L I O G R A F I A

- Andreasen and Olsen. Negative vs. Positive schizophrenia: definition and validation. Archives of General Psychiatry 39: 789-794. 1982.
- Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia more than one disease process?. British Medical Journal, 280: 66-68, 1980.
- Crow TJ. Positive and negative schizophrenic symptoms and -- the role of dopamine. British Journal of Psychiatry, 137: 383-386, 1980.
- Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 35: 837-844, 1978.
- Kay SR, Fiszbein A, Lindenmayer JP and Opler LA. Positive and negative syndromes in schizophrenia as a function of chronicity. Acta Psychiatrica Scandinavica, 74: 507-518, 1986.
- Kay SR, Fiszbein A and Opler LA. Negative symptom rating scale limitations in psychometrical research methodology. Psychiatric Research, 19: 169-170, 1986.
- Kay SR, Fiszbein A and Opler LA. The positive and negative -- syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13: 261-276, 1987.
- Kay SR and Lindenmayer JP. Outcome predictors in acute schizophrenia: prospective significance of background and clinical dimensions, Journal of Nervous and Mental Diseases 175: 152-160, 1987.

- Kay SR, Opler LA and Lindenmayer JP. Reliability and validity of the Positive and Negative syndrome scale for schizophrenics *Psychiatry Research*. 23: 99-110, 1987.
- Lindenmayer JP, Kay SR and Friedman C. Negative and Positive -- schizophrenic syndromes after the acute phase: a prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*. 27: 276-286, 1986.
- Lindenmayer JP, Kay SR and Opler LA. Positive and Negative subtypes in acute schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 25: 455-464; 1984.
- Opler LA, Kay SR, Rosado B, and Lindenmayer JP. Positive and negative syndromes in chronic schizophrenic inpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 172: 317-325, 1984.
- Overall JE and Gorman DR. Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10: 799-812, 1962.

MANUAL DEL EVALUADOR
ESCALA DE PANSS

PROCEDIMIENTO DE LA ENTREVISTA.

La evaluación con la escala de PANSS se basa en la totalidad de la información pertinente dentro de un período de tiempo específico, que comúnmente comprende la semana previa. La información deriva tanto de la entrevista clínica y de los reportes del equipo hospitalario (enfermeras trabajadoras sociales, etc.), ó en caso de ser externo, de los informes de los familiares. Los reportes sobre el funcionamiento diario son una fuente esencial para evaluar las desviaciones sociales y conductuales, especialmente en los apartados de retirada emocional, retiro social, apatía/pesividad, pobre control de impulsos, evitación social activa, hostilidad, poca cooperación, excitación y retardo motor. Tanto los reportes del equipo hospitalario como los de los familiares, contribuyen también al permitir evaluar la severidad en otras diversas dimensiones de la psicopatología, en la medida que éstas se manifiestan dentro de los dominios de las interacciones sociales, la conducta en general ó las funciones de adaptación.

Sin embargo, la mayor parte de la evaluación con la escala, se acumula primariamente a partir de una entrevista psiquiátrica semiestructurada, que dura entre 30 y 40 minutos, la cual permite la observación directa de las funciones afectivas, psicomotoras, cognitivas, perceptuales, integradoras, interactivas y de vigilia (atención). Esta entrevista podría conceptualizarse como integrada por 4 fases, como se vé en la tabla:

ORGANIZACION DE LA ENTREVISTA DE LA PANSS.

Fase	Estrategia	Objetivos	Duración.
I	No dirigida	Establecer confianza mutua Observación de conducta espontánea Identificar áreas de preocupación	10-15 min
II	Semiestructurada.	Separación sistemática de los síntomas y evaluación de su severidad	15-20 min
III	Estructura	Evaluación del estado de ánimo, la ansiedad, la orientación y pens. abstracto	5-10 min
IV	Directiva	Clarificar la información Probar límites y respuesta bajo tensión Evaluar la psicopatología general.	5-10 min

En los primeros 5-10 minutos (min), se animará a los pacientes a discutir su vida (su historia), las circunstancias alrededor de su hospi

talización, su situación de vida actual y sus síntomas. El objetivo del entrevistador es el de establecer un clima de confianza mutua, y permitir al paciente que se exprese sobre las áreas que más le preocupan; además durante ésta fase el entrevistador asume una postura no directiva y de distensión a fin de poder observar con los menos obstáculos posibles, la naturaleza del proceso del pensamiento y su contenido, el juicio y el insight (autoesclarecimiento), la comunicación y la confianza, así como las respuestas afectivas y motrices.

El material que surge del primer segmento de la entrevista es separado sistemáticamente durante la segunda fase, que dura otros 10-15 minutos, empleando preguntas dirigidas que van progresando de una pregunta inespecífica y no irritante (por ejemplo, ¿es Ud. especial en ciertos aspectos?), hacia una indagación más directa de los temas patológicos (por ejemplo, ¿Tiene poderes especiales ó poco comunes? ó ¿Se considera famoso?). El objetivo es ahora hacer una evaluación medible de los síntomas productivos, los que se juzgan principalmente a partir del reporte del paciente y de la elaboración que haga de ellos, tales como las alucinaciones, ideación delirante, suspicacia y alteración del autoconocimiento (insight). Para tal propósito, el entrevistador trata de establecer primero la presencia del síntoma y a continuación su severidad, la cual generalmente es sopesada de acuerdo a la prominencia de manifestaciones anormales, la frecuencia con que ocurren, y su impacto desorganizador sobre el funcionamiento cotidiano.

La tercera fase de la entrevista requiere otros 5-10 minutos, con lleva una serie de preguntas específicas para asegurar la información sobre el estado de ánimo, la presencia de ansiedad, la orientación en las tres esferas y la capacidad para el razonamiento abstracto - éste se evalúa mediante preguntas de similitudes e interpretación de refranes, para probar la capacidad de formación de conceptos y el razonamiento abstracto respectivamente- cuando la escala PARSE se aplica longitudinalmente y en forma repetida el contenido de éstos apartados se varía y rota sucesivamente.

Después de que se ha obtenido toda la información esencial para hacer la evaluación, en los últimos 5-10 minutos la entrevista se enfoca en forma más directiva y forzada a probar áreas en las que el paciente se mostró defensivo, ambivalente ó poco cooperador. Por ejemplo, un paciente que evitó un reconocimiento tácito de ser portador de un trastorno psiquiátrico puede ser acordado con un argumento decisivo. En esta última fase, además, se somete al paciente al mayor grado de tensión y se prueban sus límites, lo cual es necesario antes de proceder más allá de las demandas sociales características inherentes a toda situación de en-

prueban sus límites, lo cual es necesario antes de proceder más allá de las demandas sociales características a toda situación de entrevista y - posteriormente explorar la susceptibilidad del paciente a desorganizarse.

La entrevista asimismo presta atención a la observación de las manifestaciones somáticas (por ejemplo, tensión, manierismos y postura, excitación, aplanamiento del afecto, etc.), la conducta interpersonal (por ejemplo, escasa confianza en la entrevista, poca cooperación, hostilidad y pobre atención), procesos cognitivo-verbales (por ejemplo, desorganización conceptual, pensamiento estereotipado, falta de espontaneidad y - el curso de la conversación), contenido del pensamiento (por ejemplo, -- grandiosidad, preocupación somática, sentimientos de culpa, delirios), - y las respuestas a un cuestionario estructurado (por ejemplo, desorientación, ansiedad, depresión, dificultades para el pensamiento abstracto).

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA EVALUACION CON PANSS.

Los datos obtenidos con éste método de entrevista son después convertidos a puntuaciones en la escala PANSS. Cada uno de los 30 apartados (items) se acompaña de una definición específica, así como de un criterio fijo detallado para cada uno de los 7 puntos de elección. Estos siete puntos representan niveles crecientes de psicopatología, como se muestra:

- 1 - ausente
- 2 - mínimo ó cuestionable
- 3 - leve
- 4 - moderado
- 5 - moderadamente severo
- 6 - severo
- 7 - extremo ó extremadamente severo

Para asignar la puntuación, uno primero debe considerar si ésta - característica (item) se encuentra realmente presente, a juzgar por la - definición correspondiente. Si la característica está ausente, se puntúa 1, mientras que si está presente, uno deberá determinar la severidad según lo refiera el criterio particular para cada punto determinado. Siempre se elegirá el punto aplicable más alto, aún cuando el paciente llene también los criterios de puntajes menores también. Al juzgar el nivel de severidad el investigador debe emplear una perspectiva de conjunto (holística) para decidir cual punto determinado es el que mejor caracteriza el funcionamiento del paciente, y calificar en base a ello, aunque no se observen todos los elementos contenidos en la descripción.

Los puntos 2 al 7 corresponden a niveles crecientes de severidad del síntoma. En general, un puntaje de 2 denota un síntoma sospechoso ó cuestionable, pudiendo asimismo aludir a punto máximo del rango normal. Una calificación de 3 (leve) es indicativa de un síntoma cuya presencia esté claramente definida, pero la cual no es acentuada, y por lo mismo interfiere poco en el funcionamiento cotidiano. Un puntaje de 4 (moderado) es el que caracteriza al síntoma que, aunque representa un problema serio, puede venir ocurriendo solo ocasionalmente, ó que interfiere con la vida diaria del sujeto solo en un grado muy pequeño. Una puntuación de 5 (moderadamente severo) indica una manifestación muy marcada, que claramente altera el funcionamiento del sujeto, pero que no lo envuelve completamente, y que comunmente puede ser contenida a voluntad. Un puntaje de 6 (severo) representa una patología obvia que se presenta en forma muy frecuente, es altamente desorganizadora de la vida del sujeto y a menudo motiva una supervisión directa. Finalmente, una puntuación de 7 (extremo, ó extremadamente severo) se refiere al nivel más serio de la psicopatología, comprendiendo todas aquellas manifestaciones que interfieren violentamente en la mayoría ó la totalidad de las funciones vitales, haciendo que el sujeto requiera de supervisión estricta y ayuda en diversas áreas.

Cada característica (item) se evalúa consultando con las definiciones y criterios que se describen en éste manual. Las calificaciones son posteriormente vertidas en la Forma de Evaluación de la escala PANSS encerrando en un círculo el número apropiado para cada dimensión.

INSTRUCCIONES PARA LA CALIFICACION.

De los 30 apartados incluidos en el PANSS, siete constituyen la Escala Positiva, siete la Escala Negativa y los restantes 16 la Escala de Psicopatología general. Las calificaciones para éstas tres escalas se obtienen de la sumatoria de los puntajes de todos los apartados (ítems) que las componen. De ésta manera tenemos unos rangos potenciales entre 7 y 49 tanto para la escala positiva como para la negativa y un rango de -16 a 112 para la escala de psicopatología general. Además de estas mediciones, la Escala Compuesta se califica restando a la calificación de la escala positiva el puntaje de la escala negativa. Esta operación nos provee de un índice bipolar que varía entre -42 hasta +42, el cual representa básicamente una calificación diferencial, que refleja el grado de predominio de un síndrome (positivo ó negativo) en relación al otro.

A fin de alcanzar una confiabilidad óptima en el uso de la PANSS, se recomienda que, siempre que sea posible, dos evaluadores entrenados e valúen la escala PANSS en forma independiente y simultánea, basándose en la misma entrevista. En tal caso, las puntuaciones de la PANSS y las calificaciones de las escalas deberán derivar de la media aritmética del -total de evaluadores, ó de otro modo, partiendo de puntajes acordados -- por la mayoría (consenso) despues de haber discutido las puntuaciones individuales.

La interpretación de este procedimiento de calificación dimensional se facilita al referirse a la tabla provisional de normas obtenidas a partir de una muestra de 138 pacientes esquizofrénicos, con diagnóstico confirmado con los criterios del DSM-III. La edad promedio de este grupo fué de 32.88 años, con desviación estándar (DE) de 11.46 ($r = 20$ a 68 años), con un promedio de evolución de 11.19 años (DE = 10.21). Demográficamente la muestra estaba integrada por 92 hombres y 46 mujeres, 65 negros, 38 blancos y 35 latinos.

El apéndice de la página 6 nos dá la conversión de las calificaciones brutas en rangos percentilares de las 4 escalas de la PANSS. En los casos en que el valor de la calificación no se encuentre indicado en la tabla su rango percentilar deberá ser calculado mediante una interpolación simple. El rango percentilar, a su vez, podrá ser sujeto a interpretación de acuerdo a la posición que ocupe a lo largo de la curva de distribución normal. Como ya es habitual en las mediciones psicométricas los rangos percentilares de la escala PANSS pueden interpretarse como se indica a continuación:

<u>Percentil</u>	<u>Rango</u>
95 ó más	Muy alto
75 - 94	Alto
26 - 74	Promedio
6 - 25	Bajo
5 ó menos	Muy bajo

La forma de evaluación de la escala PANSS contiene un espacio para registrar las calificaciones del paciente, sus percentiles y rangos.

Además del método de evaluación dimensional ya descrito, la escala PANSS puede ser utilizada para una medición tipológica cuando sea necesario clasificar a los pacientes esquizofrénicos como portadores de un síndrome predominantemente positivo (Crow tipo I) ó negativo (Crow tipo II). Los autores de la escala describen dos métodos, uno más estricto y excluyente y otro menos estricto que permite la clasificación de prácticamente todos los pacientes.

El sistema más estricto se base en el conteo de cuantos apartados de la escala positiva, ó de la escala negativa, presentan puntuaciones de 4 (moderado) ó mayores. Los pacientes son clasificados como subtipo "positivo" si presentan 3 ó más apartados con puntaje moderado ó mayor en la escala positiva, pero menos de 3 apartados con puntajes moderados en la escala negativa. Los pacientes son clasificados como subtipo "negativo" si muestran en su evaluación un patrón opuesto al descrito, por ejemplo, por lo menos 3 puntajes moderados en la escala negativa y menos de 3 en la positiva. Los pacientes que puntúan al menos 3 aparados con calificaciones de moderado en ambas escalas (positiva-negativa) se les considera como tipos "mixtos", mientras que aquellos que no alcanzan este criterio para ninguna de ambas escalas son considerados como de tipo "nulo".

Normalización provisional para la escala PANSS basada en una muestra de 138 pacientes esquizofrénicos: conversión de puntajes brutos a rangos de percentil:

<u>Rango de perc.</u>	<u>Puntuación en la escala de PANSS</u>				<u>gral.</u>
	<u>Positivo</u>	<u>Negativo</u>	<u>Compuesto</u>	<u>Psicopatología</u>	
99.9	37	40	22	69	
99	33	36	17	62	
98	31	34	15	59	
95	28	31	11	55	
90	26	29	8	51	
85	25	28	6	49	
80	24	27	4	47	
75	23	26	3	45	
70	22	25	2	43	
65	21	24	1	42	

Normalización provisional para la escala PANSS (continuación del cuadro)

Rango de perc.	Positivo	Negativo	Compuesto	Psicopatología gral.
60	20	23	0	41
55	--	22	-1	39
50	19	21	-2	38
45	18	20	-4	37
40	17	19	-5	36
35	16	18	-6	34
30	15	17	-7	33
25	14	16	-8	31
20	13	15	-9	29
15	12	14	-11	27
10	11	13	-13	25
5	9	11	-15	21
2	7	8	-19	17
1	--	7	-21	-
0.1	--	--	-26	--

El sistema más inclusivo para la evaluación tipológica utiliza la calificación diferencial proveniente de la escala compuesta. Los pacientes con una valencia positiva en la escala compuesta (p. ej. mayor a 0) se clasifican como subtipos "positivos", y aquellos con valencia negativa en el mismo rubro, como subtipos "negativos". Finalmente el investigador puede optar por establecer un punto de corte que cuadre más con sus objetivos de investigación particulares, empleando los rangos de percentil establecidos en forma empírica (que se muestran en tabla adjunta) como criterio estadístico. Mediante éste procedimiento se puede decir que toda persona con un perfil decididamente positivo ó negativo es aquella que tienda a situarse por su puntuación hacia alguno de los extremos de la curva de distribución para la escala compuesta de la PANSS dentro de una muestra de pacientes esquizofrénicos. Por ejemplo, podría acordarse considerar como "positivo", a todos aquellos que se ubicaran por encima del percentil 75 (puntuación compuesta mayor de 3), y como "negativo" a todos los que se situaran por debajo de la percentil 25 (puntuación compuesta inferior a -8). Un criterio mucho más riguroso sería ubicarlos si rebasaran los percentiles 95 y 5 (con puntajes compuestos de 11 ó más y de -15 ó inferiores, respectivamente).

ESCALA POSITIVA

DELIRIOS. Son creencias que no tienen fundamento, no tienen base en la realidad y son idiosincráticas. Base de evaluación: El contenido del pensamiento expresado durante la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y la conducta.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínima - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior de límites normales.
3. Leve - Se presentan una ó dos ideas delirantes, pero son vagas, no se encuentran cristalizadas, y no las sostiene tenazmente. No interfiere con el pensamiento, relaciones sociales ni conducta.
4. Moderado - Se presentan ó un arreglo caleidoscópico de ideas delirantes pobremente estructuradas, ó unas pocas ideas delirantes bien delineadas que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
5. Moderadamente severo - Se presentan numerosas ideas delirantes estructuradas - que son mantenidas con tenacidad, y que ocasionalmente interfieren con pensamiento, relaciones sociales ó conducta.
6. Severo - Se presenta un conjunto estable de delirios los cuales se encuentran cristalizados, posiblemente sistematizados, se mantienen tenazmente y - los cuales interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
7. Extremo - Se presenta un conjunto estable de delirios que son muy numerosos y - están altamente sistematizados, los cuales dominan los principales aspectos de la vida del paciente. Esto frecuentemente desencadena acciones - inapropiadas ó irresponsables las cuales pueden en un momento dado poner en riesgo la seguridad tanto del paciente como de otros.

DESORGANIZACION CONCEPTUAL. Es una desorganización del proceso del pensamiento -- que se caracteriza por una alteración severa de una secuencia que busca una meta. Por ejemplo la circunstancialidad, la tangencialidad, la pérdida de las asociaciones, falta de lógica evidente, incoherencia o bloqueos del pensamiento. Base de evaluación: Los procesos cognitivo-verbales observados durante la entrevista

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínima - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior de límites normales.
3. Leve - El pensamiento es circunstancial, tangencial, ó paralógico, hay cierta - dificultad para dirigir los pensamientos hacia una meta, y al ser sometido a presión puede tener pérdida de algunas asociaciones.
4. Moderado - Es capaz de enfocar su pensamiento cuando el mensaje es breve y estructurado, pero se pierde ó vuelve irrelevante cuando tiene que dar explicaciones más complejas, ó actuando bajo mínima presión.
5. Moderadamente severo - Generalmente presenta dificultad para organizar sus pensamientos, lo que se vuelve evidente al caer en irrelevancias con frecuencia, dice cosas inconexas, pierde asociaciones aún sin presión.

6. Severo - El pensamiento está severamente alterado, siendo internamente inconsistente (incoherente), resultando en irrelevancias muy evidentes y desestructuración del proceso del pensamiento, la cual ocurre constantemente.
7. Extremo - El pensamiento se encuentra alterado de tal modo que el paciente se aprecia totalmente incoherente. Hay una marcada pérdida en las asociaciones, la cual es como resultado de una falla total en la comunicación.

CONDUCTA ALUCINATORIA. Es la referencia verbal ó la apreciación de conductas que indiquen que el sujeto tiene percepciones que no se generan en estímulos externos. Pueden involucrar los campos auditivo, visual, olfatorio y somático.
Bases para evaluación: Reporte verbal, y las manifestaciones físicas observadas durante la entrevista, así como los reportes de conducta de enfermería ó familiares.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior de límites normales.
3. Leve - Una ó dos alucinaciones claramente formadas, pero poco frecuentes, ó de otro modo, cierto número de percepciones anormales vagas que no resultan en distorsiones del pensamiento ó de la conducta.
4. Moderado - Las alucinaciones ocurren con frecuencia, pero no continuamente, y el pensamiento y la conducta del paciente se ven afectados mínimamente.
5. Moderadamente severo. Las alucinaciones son frecuentes, pudiendo involucrar más de una modalidad sensorial, y tienden a alterar el pensamiento y/o la conducta. El paciente puede hacer una interpretación delirante de ésta experiencia y responder a ella emocionalmente, y en ocasiones también - en forma verbal.
6. Severo - Las alucinaciones se presentan en forma casi continua, causando una gran desorganización del pensamiento y la conducta. El paciente las trata como percepciones reales, y su funcionamiento general se vé deteriorado por las frecuentes respuestas verbales y emocionales que le generan.
7. Extremo - El paciente se encuentra totalmente preocupado por las alucinaciones, las cuales claramente dominan su pensamiento y conducta. Las alucinaciones se acompañan de una rígida interpretación delirante, provocando intensas respuestas verbales y conductuales, incluyendo obediencia a los órdenes que le dan las alucinaciones.

EXCITACION. La hiperactividad del paciente se refleja en una actividad motriz acelerada, elevada respuesta a los estímulos, hipervigilia ó excesiva labilidad afectiva.

Bases para evaluación: las manifestaciones conductuales, a lo largo de la entrevista, así como los reportes de conducta que proporciona enfermería ó los familiares.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior de límites normales.
3. Leve - El paciente tiende a observarse levemente agitado, hipervigilante, o algo tenso a lo largo de la entrevista, pero sin mostrar episodios definidos de excitación ó de marcada labilidad afectiva. Se puede notar el discurso ligeramente apresurado.

4. Moderado - Agitación o sobretensión se observan claramente a través de la entre vista, afectando el discurso y la motilidad general, con ocasionales sobresaltos que aparecen esporádicamente.
5. Moderadamente severo - Se encuentra significativa hiperactividad o frecuentes explosiones de actividad motora, haciéndole al paciente difícil permanecer sentado por más de unos pocos minutos en un momento dado.
6. Severo- Una marcada excitación domina la entrevista, limita la atención del paciente y, hasta cierto punto, afecta las funciones personales, tales como comer o dormir.
7. Extremo- Una marcada excitación interfiere seriamente, tanto para comer como para dormir y vuelve prácticamente imposible las interacciones personales. La aceleración del discurso y de la actividad motriz, puede tornar al paciente incoherente y exhausto.

GRANDIOSIDAD. Una opinión exagerada de sí mismo, y convicciones de superioridad que rebasan la realidad, incluyendo delirios de capacidades extraordinarias, riquezas, conocimientos, fama, poder o calidad moral.

Bases para evaluación: el contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia sobre la conducta.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es ruidosa, puede estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- Es evidente cierta expansividad o petulancia, pero sin encontrarse ideas delirantes de grandiosidad bien delimitadas.
4. Moderado- El paciente se siente distinto e irrealmente superior a otros. Algunas ideas delirantes pobremente estructuradas, a cerca de su especial status o capacidades pueden encontrarse, pero el paciente no las actúa.
5. Moderadamente severo- Se expresan ideas delirantes bien estructuradas relativas a sus sorprendentes habilidades, status o poder, llegando a influenciar la actitud, pero no la conducta del sujeto.
6. Severo- Ideas delirantes bien estructuradas de sorprendente superioridad que involucran más de un parámetro (salud, conocimientos, fama, etc.) se expresan durante la entrevista, influenciando notablemente las interacciones del paciente, quien puede llegar a actuarlas.
7. Extremo- El pensamiento, las interacciones y la conducta del paciente se encuentran dominadas por múltiples delirios de capacidades increíbles, salud, conocimiento, fama, poder o calidad moral, que pueden tomar en sí mismas cualidades bastante extrañas.

SUSPICACIA/PERSECUCION. Las ideas exageradas o fuera de la realidad de ser perseguido, que se reflejan en una actitud defensiva, desconfiada, en una hipervigilancia suspicaz, o francas ideas delirantes de que otras personas tratan de dañarlo a uno.

Bases para la evaluación: el contenido del pensamiento expresado durante la entre

vista y su influencia sobre la conducta.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- El paciente presenta una actitud defensiva o abiertamente desconfiada, pero sus pensamientos, interacciones y conducta, están mínimamente afectados.
4. Moderado- La desconfianza es claramente evidente e interfiere en la entrevista y en la conducta, pero no hay evidencia de delirios de persecución. En forma alternativa puede haber datos que indiquen ideas delirantes de persecución pobremente estructuradas, pero estas parecen no afectar las actitudes del paciente o sus relaciones interpersonales.
5. Moderadamente severo- El paciente muestra una marcada desconfianza, lo que produce una gran alteración en sus relaciones interpersonales, o si no hay ideas delirantes de persecución bien delimitadas, que tienen impacto limitado sobre sus relaciones interpersonales y su conducta.
6. Severo- Delirios de persecución claramente delimitados, que pueden estar sistematizados, y que interfieren significativamente en las relaciones interpersonales.
7. Extremo- Una red de delirios de persecución sistematizados domina el pensamiento del paciente, sus relaciones sociales y su conducta.

HOSTILIDAD. Las expresiones verbales y paraverbales de coraje y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, la conducta pasivo-agresiva, la agresividad verbal y la actitud de ataque.

Bases para la evaluación: la conducta interpersonal observada durante la entrevista y los reportes de enfermería o de los familiares.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- Se observa una comunicación indirecta o restringida de coraje, tal como el sarcasmo, la falta de respeto, las expresiones hostiles o irritabilidad ocasional.
4. Moderado- El paciente presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando irritabilidad frecuentemente y una expresión clara de coraje o resentimiento.
5. Moderadamente severo- El paciente está altamente irritable y ocasionalmente se comporta agresivo verbalmente o amenazante.
6. Severo- La falta de cooperación, la agresividad y las amenazas, interfieren la entrevista y alteran seriamente sus relaciones sociales. Puede ser violento o destructivo, pero no llega a atacar a otros.
7. Extremo- Total falta de cooperación, asalto físico a otros.

ESCALA NEGATIVA

APECTO APLANADO. Se refiere a la disminución de la respuesta emocional caracterizada por una reducción de la expresión facial, de la modulación de los sentimientos y de los gestos comunicativos.

Base para evaluación: Observación de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de las respuestas emocionales durante la entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Los cambios en la expresión facial y los gestos comunicativos parecen -- escartonados, forzados y artificiales, ó faltos de modulación.
4. Moderado - La presencia de una reducida variedad de expresiones faciales y poca gesticulación expresiva, dá como resultado una apariencia sosa.
5. Moderadamente severo - El afecto se encuentra generalmente plano, presentando -- cambios muy ocasionales de la expresión facial y bastante lentitud en -- los gestos comunicativos.
6. Severo - El paciente presenta un marcado aplanamiento y deficiencia en las expresiones que muestra la mayor parte del tiempo. Pueden presentarse descargas afectivas extremas y sin modulación, tales como excitación, ira, ó una carcajada totalmente inapropiada.
7. Extremo - Hay una clara ausencia de cambios en la expresión facial, y no hay evidencia de gestos comunicativos. El paciente se ve constantemente con una expresión estéril ó "de palo".

RETIRADA EMOCIONAL: Se refiere a la falta de interés, compromiso, ó involucramiento afectivo del paciente con los hechos de su vida cotidiana.

Base para evaluación: Reportes de funcionamiento cotidiano de enfermería ó de los familiares, y la observación de la conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Falta usualmente la iniciativa, y ocasionalmente puede mostrar un deficiente interés en los eventos circundantes.
4. Moderado - El paciente está generalmente distanciado emocionalmente del medio y de sus demandas, pero si se le motiva, puede acoplarse.
5. Moderadamente severo - El paciente se encuentra claramente desligado en sus emociones de las personas y eventos del medio circundante, resistiendo todo esfuerzo por integrarlo a él. El paciente parece distante, dócil, y sin un propósito definido, pero puede ser involucrado en una comunicación al menos brevemente, puede ser negligente en algunas necesidades -- propias, requiriendo asistencia.
6. Severo - Hay una marcada deficiencia en el interés y el compromiso emocional -- con el medio, lo que limita la conversación, frecuente abandono personal.

ESCALA NEGATIVA

AFFECTO APLANADO. Se refiere a la disminución de la respuesta emocional caracterizada por una reducción de la expresión facial, de la modulación de los sentimientos y de los gestos comunicativos.

Base para evaluación: Observación de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de las respuestas emocionales durante la entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Los cambios en la expresión facial y los gestos comunicativos parecen -- acartonados, forzados y artificiales, ó faltos de modulación.
4. Moderado - La presencia de una reducida variedad de expresiones faciales y poca gesticulación expresiva, dá como resultado una apariencia sosa.
5. Moderadamente severo - El afecto se encuentra generalmente plano, presentando - cambios muy ocasionales de la expresión facial y bastante lentitud en - los gestos comunicativos.
6. Severo - El paciente presenta un marcado aplanamiento y deficiencia en las expresiones que muestra la mayor parte del tiempo. Pueden presentarse descargas afectivas extremas y sin modulación, tales como excitación, ira, ó una carcajada totalmente inapropiada.
7. Extremo - Hay una clara ausencia de cambios en la expresión facial, y no hay evidencia de gestos comunicativos. El paciente se ve constantemente con una expresión estéril ó "de palo".

RETIRADA EMOCIONAL: Se refiere a la falta de interés, compromiso, ó involucramiento afectivo del paciente con los hechos de su vida cotidiana.

Base para evaluación: Reportes de funcionamiento cotidiano de enfermería ó de los familiares, y la observación de la conducta interpersonal durante el curso de la - entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Falta usualmente la iniciativa, y ocasionalmente puede mostrar un deficiente interés en los eventos circundantes.
4. Moderado - El paciente está generalmente distanciado emocionalmente del medio y de sus demandas, pero si se le motiva, puede acoplarse.
5. Moderadamente severo - El paciente se encuentra claramente desligado en sus emociones de las personas y eventos del medio circundante, resistiendo todo esfuerzo por integrarlo a él. El paciente parece distante, dócil, y sin un propósito definido, pero puede ser involucrado en una comunicación al menos brevemente, puede ser negligente en algunas necesidades - propias, requiriendo asistencia.
6. Severo - Hay una marcada deficiencia en el interés y el compromiso emocional -- con el medio, lo que limita la conversación, frecuente abandono personal.

7. Extremo - El paciente se muestra casi totalmente autista, no se comunica y no atiende a sus necesidades básicas como resultado de una profunda falta de interés y de involucramiento emocional.

EMPATIA LIMITADA. La falta de empatía interpersonal, de apertura en la conversación que provoca una sensación de encerramiento, falta de interés ó de compromiso con el entrevistador.

Base para evaluación: Conducta interpersonal durante la entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - La conversación se caracteriza por un tono extraño ó artificial. Puede -- faltar profundidad en los contenidos emocionales de la conversación ó - tender a permanecer en un plano intelectual ó impersonal.
4. Moderado - El paciente se vé usualmente retraído, con una distancia interpersonal bastante evidente. El paciente puede contestar preguntas en forma - mecánica, actuar aburridamente, ó expresar desinterés por la entrevista.
5. Moderadamente severo - La falta de involucramiento en la entrevista es obvia e impide claramente la productividad de la misma. El paciente puede tender a evitar el contacto visual ó mirar a la cara del entrevistador.
6. Severo - El paciente se observa especialmente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Sus respuestas son evasivas y hay poca evidencia paraverbal de involucramiento en la entrevista. El contacto facial ó visual se evita en forma frecuente.
7. Extremo - El paciente se encuentra totalmente autista respecto del entrevistador puede parecer completamente indiferente, y continuamente evita las interacciones tanto verbales como paraverbales durante la entrevista.

RETIRADA SOCIAL PASIVA/APATIA. Se refiere a una disminución del interés y la iniciativa para emprender interacciones sociales debido a la pasividad, apatía, anergia, anhedonia y falta de voluntad del paciente, todo lo cual lo conduce a un reducido número de compromisos interpersonales y al abandono de las actividades cotidianas.

Base para evaluación: Reporte de conducta social del paciente que entrega enfermería ó los familiares.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - El paciente muestra un interés ocasional en las actividades sociales, pero con poca iniciativa. Usualmente logra acoplarse a otros solo cuando es abordado primeramente por ellos.
4. Moderado - El paciente participa pasivamente en la mayoría de las actividades sociales, pero en una forma mecánica y sin demostrar interés alguno. Tiende a permanecer a la retaguardia.

5. Moderadamente severo - El paciente participa pasivamente solo en una escasa minoría de actividades y muestra claramente que no tiene interés, ni iniciativa. Generalmente se pasa poco tiempo en compañía de otros.
6. Severo - Tiende a ser apático y aislado, participando solo rara vez en las actividades sociales, y llegando ocasionalmente al abandono de sus necesidades personales. Tiene muy pocos contactos sociales espontáneos.
7. Extremo - Se muestra profundamente apático, aislado socialmente y con abandono total de su persona.

DIFICULTAD PARA EL PENSAMIENTO ABSTRACTO. Comprende el deterioro en el empleo de - conceptos abstractos-simbólicos en el pensamiento, lo cual se vuelve evidente por la dificultad para hacer clasificaciones, generalizaciones y rebasar el pensamiento egocéntrico ó concreto en las tareas de resolución de problemas.

Base para la evaluación: Las respuestas a los cuestionamientos sobre similitudes, e interpretación de refranes, y el empleo de modos de pensamiento concreto vs. abstracto a lo largo de la entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiera estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Tiende a dar interpretaciones literales ó personalizadas a la mayoría de - los proverbios difíciles, pudiendo presentar además algunos problemas - con los conceptos que son medianamente abstractos ó remotamente relacionados.
4. Moderado - Emplea a menudo un modo de pensamiento concreto. Tiene dificultad con la mayoría de los proverbios en varias categorías. Tiende a estar distraído por los aspectos funcionales ó las características sobresalientes.
5. Moderadamente severo - El paciente piensa básicamente en un modo concreto, y exhibe dificultad para la mayoría de los proverbios, y de las categorías.
6. Severo - Es incapaz de extraer el contenido abstracto de cualquier refrán, ó de alguna expresión figurativa, y solo puede formular clasificaciones en - base a las semejanzas más simples. El pensamiento puede ser tanto vacío (vacío) como encerrado en aspectos muy funcionales, las características más sobresalientes y las interpretaciones idiosincráticas al paciente.
7. Extremo - Puede emplear solo un modo concreto de pensamiento. No comprende refranes, ni metáforas sencillas ó semejanzas, ni puede establecer categorías del nivel más simple. No puede hacer clasificaciones ni en base a las características más sobresalientes ó los atributos funcionales. Esta categoría también es aplicable para quienes no pueden interactuar mínimamente con el entrevistador debido a un severo trastorno cognitivo.

FALTA DE ESPONTANEIDAD y FLUJO DE LA CONVERSACION. Trata de la reducción del flujo normal de la comunicación que se asocia a la apatía, la ausencia de voluntad, la actitud defensiva, ó el déficit cognitivo en el paciente. Todo esto se manifiesta por una disminución de la fluidez y productividad de los procesos de interacción verbal.

Base para evaluación: Los procesos cognitivo-verbales observados en la entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Muestra poca iniciativa en la conversación. Sus respuestas tienden a ser breves y sin adornos, requiriendo de preguntas directas y cierta guía de parte del entrevistador.
4. Moderado - La conversación carece de un flujo libre y parece irregular ó vacilante. Se necesita con frecuencia preguntas dirigidas para obtener unas respuestas adecuadas y continuar con la conversación.
5. Moderadamente severo - El paciente muestra una severa falta de espontaneidad y apertura, replicando a las preguntas del entrevistador solo con una ó dos respuestas breves.
6. Severo - Las respuestas que dá el paciente se limitan principalmente a unas pocas palabras, ó frases cortas, pues intenta siempre evitar ó cortar la comunicación (por ejemplo, "No sé", "No puedo decirlo" etc.). La conversación, en consecuencia, se haya seriamente deteriorada, y la entrevista es altamente improductiva.
7. Extremo - La comunicación verbal se haya restringida, a lo sumo, a un enunciado ocasional, volviendo imposible la conversación.

PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO. Hay una disminución de la fluidez, espontaneidad, y flexibilidad del pensamiento, que se evidencía en un contenido del pensamiento rígido, repetitivo ó árido.

Base para evaluación: Los procesos cognitivo-verbales observados en la entrevista.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Muestra cierta rigidez en sus actitudes ó conducta. El paciente puede rechazar ó considerar una posición alternativa, ó tiene dificultad en -- cambiar de una idea a la otra.
4. Moderado - La conversación gira alrededor de un tema recurrente, lo que resulta en una dificultad para cambiar a un nuevo tópico la plática.
5. Moderadamente severo - El pensamiento es rígido y repetitivo, hasta el punto que a pesar de los esfuerzos del entrevistador, la conversación se limita a solo dos ó tres tópicos dominantes.
6. Severo - Hay una incontrolable repetición de las demandas, los enunciados, las ideas, ó de preguntas que alteran severamente la conversación.
7. Extremo - El pensamiento, la conducta y la conversación se encuentran dominadas por la repetición constante de ideas fijas ó de frases limitadas, lo que la vuelve sumamente rígida, inapropiada y restrictiva para la comunicación del paciente.

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL.

PREOCUPACION SOMATICA. Son las quejas físicas o las creencias de que se tiene un trastorno corporal o algo funciona mal. Esto puede variar desde una sensación va ga de estar enfermo, hasta tener ideas delirantes estructuradas de un padecimiento físico catastrófico.

Bases para la evaluación: el contenido del pensamiento expresado en la entrevista.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- Se encuentra preocupado a cerca de su salud o por temas referentes a su cuerpo, lo cual se evidencia por preguntas ocasionales y el deseo de que se le asegure lo contrario.
4. Moderado- Hay quejas de mala salud, o de mal funcionamiento corporal, pero no hay una convicción delirante, y esta preocupación excesiva puede disminuir al asegurarle lo contrario.
5. Moderadamente severo- El paciente expresa numerosas quejas (o con bastante fre cuencia) acerca de un padecimiento físico o de una alteración de las funciones corporales, o también puede revelar una o dos ideas delirantes bien delimitadas que caen dentro de estos temas, pero que no le preocupan en extremo.
6. Severo- El paciente se encuentra preocupado por una o varias ideas delirantes bien estructuradas, referentes a un trastorno físico o a una alteración de las funciones orgánicas, pero su afecto no está totalmente inmerso en estos temas, y los pensamientos pueden ser apartados de estos por un esfuerzo del entrevistador.
7. Extremo- Hay reporte constante de numerosas ideas delirantes de carácter somá tico, o solamente algunos delirios somáticos, pero de naturaleza catas trófica, los que dominan completamente el afecto y pensamiento del pa-ciente.

ANSIEDAD. Es la experiencia subjetiva de nerviosismo, preocupación, aprensión o sensación de no descansar, que varía desde una preocupación excesiva a cerca del presente o futuro, hasta un sentimiento de pánico.

Bases para la evaluación: El reporte verbal durante el curso de la entrevista y las manifestaciones físicas correspondientes.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- El paciente expresa cierta inquietud, preocupación, o sensación de incomodidad subjetiva, pero no hay consecuencias somáticas o conductuales referidas o evidentes.

4. Moderado- El paciente refiere distintos síntomas de nerviosismo, que se reflejan en algunas manifestaciones físicas leves, tal como un fino temblor palmar o excesiva sudoración.
5. Moderadamente severo- El paciente refiere serios problemas de ansiedad, que tienen importantes consecuencias físicas y conductuales, tales como marcada tensión, pobre concentración, palpitaciones o alteración del sueño.
6. Severo- Hay un estado subjetivo de miedo casi constante, que se asocia con fobias, marcada intranquilidad, o numerosas manifestaciones somáticas.
7. Extremo- La vida del paciente está seriamente desorganizada por la ansiedad, la que se presenta en forma casi constante y, en ocasiones, llega a la proporción de un ataque de pánico, o se manifiesta todo el tiempo como tal.

SENTIMIENTOS DE CULPA. Es el sentimiento de remordimiento o autoreproche para faltas de conducta pasadas, reales o imaginarias.

Bases para la evaluación: La referencia verbal de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista, y su influencia sobre las actitudes y los pensamientos.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- Al preguntar, el paciente refiere una vaga sensación de sentirse culpable o autorreprocharse por un incidente trivial, pero no se encuentra preocupado excesivamente por ello.
4. Moderado- El paciente expresa una clara preocupación por su responsabilidad en un incidente real en su vida, pero no está preocupado excesivamente por él, y tanto su actitud como su conducta, no están afectados.
5. Moderadamente severo- El paciente expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio, o la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden expresarse espontáneamente y ser origen de intensa preocupación y/o un estado de ánimo deprimido, y no pueden ser revertidos fácilmente por el entrevistador.
6. Severo- Hay intensas ideas de culpa, que pueden revestirse de un carácter delirante, y conducir al paciente a una actitud de desesperanza o minucavalia. Puede creer que merece recibir fuertes sanciones por sus errores y puede incluso ver su actual situación como un castigo.
7. Extremo- La vida del paciente está dominada por delirios de culpa irreductibles, por los que el paciente cree que merece un castigo muy severo, tal como prisión de por vida, tortura o muerte. Puede haber pensamientos suicidas asociados, o la atribución de que los problemas de otros se deben a los errores propios.

TENSION. Manifestaciones físicas obvias de miedo, angustia y agitación, como contracción muscular, temblor, sudoración profusa e intranquilidad.

Bases para la evaluación: la referencia verbal de sentir angustia, y además, la evaluación de la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- La postura y los movimientos indican una aprensividad leve, así como una rigidez leve, con intranquilidad ocasional, cambios de posición o un temblor palmar fino y rápido.
4. Moderado- Emerge una apariencia claramente nerviosa, por observación de varias manifestaciones, tales como una conducta inquieta, un temblor palmar obvio, excesiva sudoración, o manierismos nerviosos.
5. Moderadamente severo- Es evidente una severa tensión, el paciente la manifiesta a través de sacudidas nerviosas, sudoración profusa e intranquilidad, pero que en general no afectan significativamente la conducta en la entrevista.
6. Severo- Hay una tensión demasiado severa, a tal punto que las interacciones personales están desorganizadas. El paciente, por ejemplo, puede estar temblando constantemente, incapaz de permanecer sentado por un rato, o estar hiperventilando.
7. Extremo- Una tensión tremenda se manifiesta a través de signos de pánico o de una aceleración motriz intensa, tal como un paso intranquilo y rápido o incapacidad para permanecer sentado por más de un minuto, lo que hace imposible sostener una conversación.

MANERISMOS Y POSTURA. Movimientos antinaturales, o posturales que se caracterizan por una apariencia acartonada, desorganizada o extraña.

Bases para la evaluación: la observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista, así como los reportes de enfermería o de los familiares.

1. Ausente- La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior de lo normal.
3. Leve- Hay cierto endurecimiento en los movimientos, una rigidez mínima en la postura.
4. Moderado- Los movimientos están notablemente endurecidos o desarticulados, o se mantiene una postura antinatural por periodos breves.
5. Moderadamente severo- Hay rituales extraños en forma ocasional, o se observa una postura contorsionada, o se sostiene una posición anormal por periodos largos de tiempo.
6. Severo- Hay repetición frecuente de rituales extraños, manierismos o movimientos estereotipados, o una postura contorsionada se mantiene por largo tiempo.

7. Extremo- El funcionamiento está seriamente alterado por un involucramiento prácticamente constante en movimientos estereotipados, ritualísticos o manierísticos, o se encuentra una postura antinatural fija que se mantiene durante la mayor parte del tiempo.

DEPRESION. Los sentimientos de tristeza, falta de motivación, incapacidad y pesimismo.

Base para la evaluación: el reporte verbal de un estado de ánimo deprimido durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.

1. Ausente-La definición no es aplicable.
2. Mínimo- La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve- Se expresa cierta tristeza o desánimo solamente cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en la actitud general o en el comportamiento.
4. Moderado- Hay sentimientos claros de tristeza o desesperanza, los cuales pueden ser referidos espontáneamente, pero el ánimo deprimido no tiene un gran impacto sobre la conducta o el funcionamiento social, y el paciente, usualmente, puede ser animado.
5. Moderadamente severo- El ánimo deprimido está claramente asociado con una tristeza obvia, pesimismo, pérdida del interés en lo social, el retardo psicomotriz y cierta interferencia con el apetito y el sueño. El paciente no puede ser animado con facilidad.
6. Severo- Un estado de ánimo marcadamente deprimido se asocia con sentimientos constantes de miseria, llanto ocasional, desesperanza y minusvalía. Además, hay una gran interferencia con el apetito y el sueño, así como con las funciones motora y social, con posibles señales de autoabandono.
7. Extremo- Los sentimientos depresivos interfieren seriamente en la mayoría de las funciones. Sus manifestaciones incluyen llanto frecuente, síntomas somáticos severos, alteración de la concentración, retraso psicomotriz, desinterés social, autoabandono y, posiblemente, delirios de corte depresivo o nihilista, y posibles ideas o intentos suicidas.

RETRASO MOTOR. La reducción de la actividad motriz se refleja en el enlentecimiento ó disminución de los movimientos y del discurso, también en la disminución de la capacidad de responder a los estímulos y una reducción del tono corporal.

Base para la evaluación: Las manifestaciones durante el curso de la entrevista, así como los reportes de enfermería o de los familiares.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - Hay una ligera, pero aún perceptible, disminución de la cantidad de movimientos y de la velocidad del discurso. El paciente puede en ocasiones observarse improductivo al conversar o gesticular.

4. Moderado - El paciente muestra un claro enlentecimiento de los movimientos y de su discurso, el cual puede caracterizarse por escasa productividad, incluyendo una larga latencia en sus respuestas, extensión de las pausas, o un ritmo bastante lento.
5. Moderadamente severo - Hay una gran reducción de la actividad motriz, lo que hace la comunicación muy improductiva o limita el funcionamiento en situaciones sociales u ocupacionales. El paciente puede usualmente encontrarse sentado, ó recostado.
6. Severo - Los movimientos son extremadamente lentos, resultando en un mínimo de actividad y de plática. Escencialmente se pasa el día sentado, ó recostado.
7. Extremo - El paciente se encuentra casi completamente inmóvil y prácticamente - no responde a estímulos externos.

FALTA DE COOPERACION: Es el rechazo activo a actuar de acuerdo a la voluntad de otros que le son significativos, incluyendo al entrevistador, el equipo hospitalario, o la familia, y que puede estar asociado con desconfianza, actitud paranoide, embotamiento, negativismo, conflicto con la autoridad, hostilidad o beligerancia. Base para evaluación: La conducta interpersonal que se observa durante la entrevista, así como los reportes de enfermería o los familiares.

1. Ausente - La definición no es aplicable.
2. Mínimo - La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve - El paciente obedece con una actitud de resentimiento, impaciencia ó sarcasmo. Puede objetar algunas pruebas susceptibles durante la entrevista.
4. Moderado - Hay una renuencia ocasional a cooperar con las demandas sociales normales, tales como hacer su cama, cumplir los programas hospitalarios, - etc. El paciente puede proyectar una actitud hostil, negativa ó paranoide pero usualmente puede sobrellevarla.
5. Moderadamente severo - Con frecuencia el paciente no cumple frente a las demandas de su medio, y otros pueden caracterizarlo como un "paria" o como - que "tiene un problema de actitud muy serio". La falta de cooperación - se refleja en una obvia actitud defensiva, o irritabilidad con el entrevistador y una posible falta de voluntad para contestar varias preguntas.
6. Severo - El paciente se encuentra bastante poco cooperador, negativista, y posiblemente hasta belicoso. Está renuente a cumplir con la mayoría de -- las demandas sociales y puede mostrarse reacio a iniciar o concluir la entrevista completa.
7. Extremo - La resistencia activa impacta seriamente, en prácticamente todas las principales áreas de funcionamiento. El paciente puede mostrarse reacio a unirse a cualquier tipo de actividad social, abandonar su propia higiene personal, rechazar la conversación con los miembros del equipo o sus familiares, y negarse a participar aunque sea mínimamente en la entrevista.

CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO. El pensamiento está caracterizado por ideas extrañas, fantásticas o absurdas, variando de ideas que son remotas o atípicas, hasta otras que son francamente absurdas, ilógicas y distorsionadas.

Bases para evaluación: el contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve. El contenido del pensamiento es algo peculiar e idiosincrático, o expresa ideas familiares en un contexto extraño.
4. Moderado. Las ideas son frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son absurdas.
5. Moderadamente severo. El paciente expresa muchos pensamientos extraños y fantásticos (por ejemplo, es el hijo adoptivo de un rey, se ha escapado de la tumba, etc.) u otras ideas son francamente absurdas (por ejemplo, tiene cientos de niños, recibe mensajes radiales del espacio exterior a través de un palillo de dientes, etc.).
6. Severo. El paciente expresa muchas ideas ilógicas y absurdas o algunas que son francamente raras (por ejemplo, que tiene tres cabezas, o que es un visitante de otro planeta).
7. Extremo. El pensamiento está repleto de ideas absurdas, sumamente raras y hasta grotescas.

DESORIENTACION. Hay una pérdida de la conciencia del paciente y de su relación con el medio, en las tres esferas de persona, lugar y tiempo, la cual puede deberse a confusión o a su presión sensorial intensa.

Bases para evaluación: las respuestas relativas a orientación durante la entrevista.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve. La orientación general es adecuada pero existe alguna dificultad con datos específicos. Por ejemplo, el paciente sabe su localización pero no la dirección, conoce el nombre del personal pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con los días siguientes, o falla al dar la fecha en más de dos días. Existe una reducción del interés evidenciada por una familiaridad con lo inmediato del medio pero no con la totalidad del medio, tal como una capacidad para identificar a los miembros del equipo hospitalario pero no al alcalde, al gobernador o al presidente.
4. Moderado. Obtiene un éxito parcial en el reconocimiento de personas, lugares y tiempo. Por ejemplo, el paciente sabe que está en un hospital pero no conoce su nombre, conoce el nombre de la ciudad pero desconoce el estado, sabe el nombre de su terapeuta principal pero no el de otros de sus cuidadores primarios, sabe el año y la estación pero no está seguro del mes.
5. Moderadamente severo. Falla considerablemente en el reconocimiento de personas, lugares y tiempo. El paciente tiene sólo una vaga noción del lugar en que se encuentra y desconoce a la mayoría de la gente de su entorno. Puede i-

identificar el año correctamente pero no sabe el mes, el día de la semana o la estación del año.

6. Severo. Falla marcadamente el reconocimiento de personas, lugares y tiempo. Por ejemplo, el paciente desconoce el lugar donde se encuentra, confunde la fecha por más de un año, puede nombrar sólo a uno o dos de sus conocidos.
7. Extremo. El paciente parece completamente desorientado en persona, lugar y tiempo. Existe una confusión extrema o total ignorancia acerca de su localización, el año y aún de la gente más familiar tales como padres, esposa, amigos y terapeuta principal.

ATENCIÓN DEFICIENTE. Hay una falla para focalizar la atención manifestada por una pobre concentración, distractibilidad por estímulos externos o internos y una dificultad para captar, sostener o cambiar a nuevos estímulos.

Bases para evaluación: las manifestaciones durante el curso de la entrevista.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve. La concentración limitada se manifiesta por distractibilidad ocasional o falta de atención hacia el final de la entrevista.
4. Moderado. La conversación está afectada por la tendencia a distraerse con facilidad, la dificultad para sostener la concentración por un tiempo prolongado, sobre un nuevo tópico, o problemas para cambiar su atención hacia nuevos temas.
5. Moderadamente severo. La conversación se encuentra seriamente alterada por una pobre concentración, distractibilidad y dificultad para cambiar la atención en forma apropiada.
6. Severo. La atención del paciente puede ser captada sólo por breves momentos o con grandes esfuerzos, debido a una marcada distractibilidad por estímulos internos o externos.
7. Extremo. La atención está seriamente alterada, volviendo imposible aun la conversación más breve.

FALTA DE JUICIO Y DISCERNIMIENTO. Falla de la conciencia o de la comprensión de la condición psiquiátrica propia y de su situación circunstancial. Esto se vuelve evidente al ser incapaz de reconocer una enfermedad psiquiátrica pasada o presente o sus síntomas, la negación de la necesidad de hospitalización o tratamiento psiquiátrico; la toma de decisiones está caracterizada por una pobre anticipación de las consecuencias y una planeación irreal a corto y mediano plazo.

Base para evaluación: el contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve. Reconoce tener un trastorno psiquiátrico pero subestima claramente su seriedad, las implicaciones del tratamiento o la importancia de tomar medidas para evitar una recaída. Pobre planeación al futuro.

4. Moderado. El paciente reconoce vagamente su enfermedad. Existen fluctuaciones en el reconocimiento de estar enfermo y tiene poca conciencia de los síntomas mayores que están presentes con ideas delirantes, pensamiento desorganizado, suspicacia y aislamiento social. El paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento alegando el alivio de síntomas menores como ansiedad, tensión y dificultades del sueño.
5. Moderadamente severo. Reconoce una enfermedad pasada, pero no la presente. Si se le fuerza puede reconocer la presencia de algunos síntomas poco relacionados o irrelevantes, los cuales tienden a ser explicados por malas interpretaciones o ideas delirantes. De forma similar la necesidad de tratamiento psiquiátrico puede no ser reconocida.
6. Severo. El paciente niega tener un trastorno psiquiátrico. El niega la presencia de algún síntoma psiquiátrico pasado o presente, y, por lo tanto, la necesidad de tratamiento y hospitalización.
7. Extremo. Niega enfáticamente una enfermedad psiquiátrica pasada o presente. El tratamiento y la hospitalización actual tienen una interpretación delirante (es un castigo por sus faltas, una persecución de sus atormentadores, etc.) y el paciente puede rehusarse a cooperar con el terapeuta, a tomar la medicina y seguir otros aspectos del tratamiento.

ALTERACION DE LA VOLUNTAD. Es un disturbio en el deseo, el inicio, sostenimiento y control de los propios pensamientos, de la conducta, de los movimientos y del discurso.

Bases para la evaluación: el contenido del pensamiento y la conducta manifestada durante el curso de la entrevista.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve. Existe alguna evidencia de indecisión en la conversación o en el pensamiento, lo que puede impedir los procesos verbales y cognitivos en un grado leve.
4. Moderado. El paciente a menudo es ambivalente y muestra una clara dificultad para tomar decisiones. La conversación puede estar marcada por alteraciones en el pensamiento y, en consecuencia, las funciones verbales y cognitivas están claramente alteradas.
5. Moderadamente severo. La alteración de la voluntad interfiere en el pensamiento así como en la conducta. El paciente muestra una indecisión pronunciada que le impide la iniciación y continuación de las actividades motoras y sociales, lo cual también puede evidenciarse por un discurso vacilante.
6. Severo. La alteración de la voluntad interfiere en la ejecución de las más simples y automáticas conductas motoras, tales como vestirse y afeitarse, el discurso está marcadamente afectado.
7. Extremo. La casi completa alteración de la voluntad se manifiesta por una inhibición gruesa de los movimientos y el discurso, resultando en la inmovilidad y/o el mutismo.

POBRE CONTROL DE IMPULSOS. El desorden en la regulación y el control de la acción de los impulsos resulta en una descarga de tensión y emociones mal dirigidas, súbitas, poco moduladas y arbitrarias, sin tener preocupación por las consecuencias.

Bases para la evaluación: la conducta durante la entrevista y los reportes de enfermedad y la familia.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve. El paciente se muestra enojado o frustrado con facilidad si se le provoca o se le niega una gratificación, pero raramente actúa en forma impulsiva.
4. Moderado. El paciente se muestra enojado y agresivo verbalmente a la mínima provocación. Ocasionalmente puede ser amenazante, destructivo o tener uno o dos episodios de confrontación física o una pelea menor.
5. Moderadamente severo. El paciente exhibe repetidos episodios de impulsividad que involucran abuso verbal, destrucción de la propiedad o amenazas físicas. Pueden existir uno o dos episodios de enfrentamiento serio por los cuales el paciente ameritó aislamiento, sujeción física o sedación.
6. Severo. El paciente frecuentemente es agresivo, amenazante, demandante y destructivo, sin una aparente consideración de las consecuencias. Muestra una conducta violenta y puede ser agresivo sexualmente y posiblemente responder a alucinaciones imperativas.
7. Extremo. El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, o muestra una brutalidad repetida o una conducta autodestructiva. Requiere supervisión directa constante o restricciones externas a causa de la imposibilidad de controlar sus impulsos peligrosos.

PREOCUPACION. El paciente se encuentra absorto en sus pensamientos y sentimientos, con experiencias autísticas que alteran su juicio de realidad y su conducta adaptativa.

Bases para evaluación: la conducta interpersonal observada durante la entrevista.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. La característica es dudosa, pudiendo estar en el extremo superior del límite normal.
3. Leve. Hay un involucramiento excesivo con las necesidades y los problemas personales, tanto que la conversación gira en torno de temas egocéntricos y hay una disminución de la importancia concedida a otros.
4. Moderado. El paciente ocasionalmente parece absorto, como si estuviera en un sueño o involucrado con experiencias internas, las cuales interfieren con la comunicación en forma mínima.
5. Moderadamente severo. A menudo el paciente parece estar inmerso en experiencias autistas, como se evidencia por su conducta que altera significativamente las funciones sociales y comunicativas, tales como la presencia de una mirada vaga, soliloquios o la realización de patrones motores estereotipados.

6. Severo. Una marcada preocupación con experiencias autistas, las que limitan seriamente la concentración, la habilidad para conversar y la orientación en el medio. El paciente frecuentemente puede observarse sonriendo, riendo, musitando, con soliloquios o gritándose a sí mismo.
7. Extremo. Se encuentra completamente absorto por las experiencias autistas que afectan profundamente todas sus formas de conducta. El paciente constantemente puede responder en forma verbal o conductual a las alucinaciones y muestra poca conciencia de otra gente o del medio externo.

EVITACION SOCIAL ACTIVA. El involucramiento social se encuentra disminuído y puede estar asociado con miedo, hostilidad o disgusto.

Base para evaluación: el reporte del funcionamiento social por enfermería o la familia.

1. Ausente. La definición no es aplicable.
2. Mínimo. Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve. El paciente se observa incómodo ante la presencia de otros y prefiere permanecer solo, aunque participa en las funciones sociales cuando se le requiere.
4. Moderado. El paciente atiende de mala gana todas, o la mayoría, de las actividades sociales pero puede necesitar ser persuadido o terminarlas prematuramente a causa de la ansiedad, suspicacia y hostilidad.
5. Moderadamente severo. El paciente responde con miedo y coraje ante muchas de las interacciones sociales y a pesar de los esfuerzos de otros para hacerlo participar. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo.
6. Severo. El paciente participa en muy pocas actividades sociales a causa del miedo, la hostilidad o el disgusto. Cuando alguien se aproxima, el paciente muestra una fuerte tendencia a evitar las interacciones y generalmente permanece aislado de otros.
7. Extremo. El paciente no puede participar en actividades sociales a causa de un miedo intenso, hostilidad o ideas delirantes de persecución. Tanto como le sea posible, evita todas las interacciones y permanece aislado.