

11241

14

2ej'

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 INTEROBSERVADOR 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 .

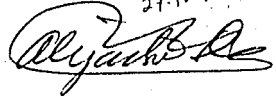
PRESENTA: DR. MIGUEL A. HERRERA ESTRELLA

TUTOR: DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO.



MEXICO FEBRERO DE 1990/



Vo. So. 27-10-90




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 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 aplamamiento 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-

tos 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).

A N T E C E D E N T E S

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

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 Fiszbein A. Genetics of the schizophrenia and the positive-negative dimension. American Journal of Psychiatry, 142: 994-995, 1985.

Kay SR, Opler LA and Fiszbein A. Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 149: 439-448, 1986.

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 Goorman D. Brief Psychiatric Rating Scale. -- Psychological Reports, 10: 799-812, 1962.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

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

MATERIAL Y METODOS

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 de 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 estudiar 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 termino de la proyección del video, cada evaluador califica rá la escala, auxiliandose del manual, sin comunicarse con otros evaluadores y la entregara antes de pasar a la siguiente parte del estudio.

PROCEDIMIENTO:

Se hizo una invitación abierta a elementos del equipo psiquiatrico 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 intraclase para evaluar la consistencia interna del instrumento por medio de la prueba alfa de Crombach.

RESULTADOS.

Se incluyeron a 32 sujetos de los cuales cuatro eran psicólogos clínicos, 14 eran residentes de primer año (un año de experiencia clínica), 10 residentes de segundo año (con dos años de práctica clínica), dos residentes de tercer año (con tres años de práctica clínica) y un psiquiatra adscrito.

Dentro del grupo de Guadalajara se incluyeron los 4 psicólogos y el médico adscrito. En el grupo del Fray Bernardino Alvarez todos eran residentes de psiquiatría.

Los 32 sujetos valoraron la primera entrevista (paciente número uno), de un paciente esquizofrénico con predominancia de -- síntomas positivos.

Sólo siete sujetos valoraron la segunda entrevista (paciente -- número dos), de un paciente con predominio de síntomas negativos.

La tabla 1 nos muestra la media y la varianza de las calificaciones por puntaje obtenidas de la primera entrevista por cada evaluador en la escala de PANSS, en los apartados de subescalas de síntomas positivos y negativos.

respecto de la escala de síntomas positivos podemos decir que los ítemes que tuvieron mayor varianza fueron la conducta alucinatoria (con $\bar{x}= 2.94$, $S^2 = 3.87$), seguido del ítem de suspicacia y persecución ($\bar{x}=3.50$, $S^2=2.50$) y grandiosidad ($\bar{x}= 2.97$, $S^2= 2.34$); los ítemes que presentaron una varianza moderada -- fueron desorganización conceptual ($\bar{x}= 4.22$, $S^2= 1.73$) y delirios ($\bar{x}= 5.63$, $S^2= 1.42$); y finalmente los que tuvieron una -- varianza baja fueron excitación ($\bar{x}= 1.31$, $S^2= 0.34$) y hostilidad ($\bar{x}= 1.28$, $S^2= 0.33$)

Dentro de la subescala de síntomas positivos los ítemes que mayor varianza mostraron fueron el de retirada social (\bar{x} = 3.06, S^2 = 2.50), retirada emocional (\bar{x} = 3.06, S^2 = 2.38), afecto adormecido o embotado (\bar{x} = 3.56, S^2 = 2.25), dificultad para pensar en abstracto (\bar{x} = 4.50, S^2 = 2.19) y pensamiento estereotipado (\bar{x} = 3.50, S^2 = 2.13) y solo encontramos dos ítemes con una varianza moderada que fueron empatía limitada (\bar{x} = 2.78, S^2 = 1.98) y dificultad para la conversación fluida (\bar{x} = 2.72, S^2 = 1.70).

La tabla dos muestra los resultados de la media y la varianza de la subescala de psicopatología general los ítemes con mayor varianza fueron falta de juicio y discernimiento (\bar{x} = 4.13, S^2 = 3.05), preocupación (\bar{x} = 2.94, S^2 = 2.25) y contenido de pensamientos inusuales (\bar{x} = 5.00, S^2 = 2.06); por otra parte los ítemes con una varianza moderada fueron evitación social (\bar{x} = 2.56, S^2 = 2.00), retraso motor (\bar{x} = 2.84, S^2 = 1.94), manierismos (\bar{x} = 2.81, S^2 = 1.96), ansiedad (\bar{x} = 2.19, S^2 = 1.65), alteración de la voluntad (\bar{x} = 2.69, S^2 = 1.53), desorientación (\bar{x} = 1.75, S^2 = 1.50), preocupación somática (\bar{x} = 5.19, S^2 = 1.40), atención deficiente (\bar{x} = 1.84, S = 1.38), tensión (\bar{x} = 2.16, S^2 = 1.19) y depresión (\bar{x} = 1.84, S = 1.13); los ítemes que mostraron menor varianza fueron a su vez, el deficiente control de los impulsos (\bar{x} = 1.47, S^2 = 0.75), sentimientos de culpa (\bar{x} = 1.53, S^2 = 0.69) y la falta de cooperación (\bar{x} = 1.34, S^2 = 0.66).

Los puntajes totales para la escala PANSS para todos los sujetos variaron dentro de un rango de 53 a 146, con una media de 87.41 y una varianza de 368.05).

Con éstos datos procedimos a realizar la prueba alfa de Crombach para establecer la correlación de los puntajes, comparando primero entre las dos mitades de la muestra y sacando pruebas t

TABLA 1.**MEDIA Y VARIANZA DE LOS ÍTEMES. CALIFICACION INTEROBSERVADOR EMPLEANDO LA PANSS.**

ITEM.	MEDIA	VARIANZA
SUBESCALA POSITIVA		
Delirios	5.63	1.42
Desorganización conceptual	4.22	1.73
Conducta alucinatoria	2.94	3.87
Excitación	1.31	0.34
Grandiosidad	2.97	2.34
Susplicacia/persecución	3.50	2.50
Hostilidad	1.28	0.33
SUBESCALA NEGATIVA		
Afecto adormecido/embotado	3.56	2.25
Retirada emocional	3.16	2.38
Empatía limitada	2.78	1.98
Retirada social	3.06	2.50
Dificultad para pensar en abstrac- to	4.50	2.19
Dificultad para la conversa- ción fluída	2.72	1.70
Pensamiento estereotipado	3,50	2.13

simples, resultando que de todas ninguna era significativa.

De la prueba de correlación alfa de Crombach se encontró que fué de 0.8861, lo cual es altamente significativo como índice de consistencia interna del instrumento.

A fin de diferenciar si este índice se modificaba por poblaciones, se realizó el análisis de los datos del grupo de Guadalajara, encontrando que el alfa de Crombach es de 0;90 con una media de 88.06 y la varianza fué de 391.94 (con una desviación estándar de 19.80).

En cambio en la población del grupo del Hospital Fray Bernardino

T A B L A 2.

MEDIA Y VARIANZA DE LOS ÍTEMES. CALIFICACION INTEROBSERVADOR EMPLEANDO LA PANSS.

<u>ÍTEM</u>	<u>MEDIA</u>	<u>VARIANZA</u>
PSICOPATOLOGIA GENERAL.		
Preocupación somática	5.19	1.40
Ansiedad	2.19	1.65
Sentimiento de culpa	1.53	0.69
Tensión	2.16	1.19
Manerismos	2.81	1.96
Depresión	1.84	1.13
Retraso motor	2.84	1.94
Falta de cooperación	1.34	0.66
Contenido de pensamientos inusuales	5.00	2.06
Desorientación	1.75	1.50
atención deficiente	1.84	1.38
Falta de juicio y discernimiento	4.13	3.05
Alteración de la voluntad	2.69	1.53
Deficiente control de los im- pulsos	1.47	0.75
Preocupación	2.94	2.25
Evitación social	2.56	2.00

el alfa de Crombach fué de 0.88 con una media de 86.67 y una -
desviación estándar de 18.43.

La comparación entre ambas poblaciones no resultó significati-
va en sus diferencias respecto de su contribución al puntaje -
total.

La segunda entrevista que fué evaluada por siete sujetos unica-
mente, se constituyó como un grupo muy pequeño para lograr es-
tablecer varianzas suficientemente válidas, por lo que no se -
empleó para los cálculos posteriores.

Así nos restringimos al resultado obtenido por la mayor población con los datos de la primera entrevista.

D I S C U S I O N .

Contrariamente a lo esperado encuentro que hay una muy importante variabilidad dentro de la subescala de síntomas positivos, - especialmente en los ítemes que consideraba más claramente diferenciables a partir de los datos de la entrevista videograbada - teniendo los sujetos una regular formación en psicopatología.

Como citan Andreasen y Kay en sus trabajos sobre reproductibilidad de la escala de síntomas positivos, las personas en el medio psiquiátrico o no tienden a observar más fidedignamente la sintomatología productiva, más popularmente ligada con la psicosis.-- Definitivamente éste punto de vista no resultó válido en el presente estudio, presentando la mayor varianza las conductas alucinatorias, suspicacia y grandiosidad.

Corroborando por otra parte los hallazgos de Andreasen y de Kay con las escalas para valorar síntomas negativos, encontramos una amplia variabilidad en general en todos los ítems, presentando la mayoría una varianza muy amplia siendo especialmente notable la encontrada en los ítemes de retirada social, retirada emocional, afecto embotado y dificultad para el pensamiento abstracto, prácticamente toda la escala presenta puntajes de varianza superiores al 60%. En esta subescala se confirman los hallazgos de los investigadores previos del tema.

Dentro de la escala de psicopatología general pudimos observar - que hay pocos ítemes con una importante varianza como fueron fal

ta de juicio y discernimiento, preocupación y contenido del pensamiento inusuales, presentando una cantidad mucho mayor de ítems con varianza moderada y solo 3 que mostraron poca varianza a saber, deficiente control de los impulsos, sentimientos de culpa y falta de cooperación. Todo ello hace que la varianza media de la subescala sea en general menor que la de las subescalas sindromáticas.

Es de hacer notar que el análisis con el alfa de Crombach presenta una alta concordancia interna entre evaluadores, lo que da una alta consistencia interna para todo el instrumento.

El análisis primero de los dos grupos poblacionales, y secundariamente de los evaluadores con las puntuaciones extremas nos señalan en forma clara la razón de dicha alta consistencia, a saber, se trata del llamado "efecto halo", el cual es un error sistemático en el evaluador de cualquier instrumento de medición intrínseco a sus características ideosincráticas, esto es que los evaluadores que iniciaron las escalas calificando con puntaje alto, se mantuvieron en éste nivel durante la calificación de toda la escala; por el contrario el sujeto que los evalúa con puntajes bajos, continua también con puntajes bajos durante toda la valoración.

Ahora bien, éste efecto halo puede estar en función de la propia identidad y la identificación que el evaluador haga con el paciente, además de la experiencia clínica previa, según estudios psicopatológicos anteriores.

Sin embargo en este estudio encontramos que la experiencia clínica no fué determinante de una diferencia significativa entre los resultados, tampoco la relación continua con pacientes psicóticos

Hubo una tendencia leve a concordar más las calificaciones obtenidas por el grupo capitalino, pero ésto podía deberse a que estaba compuesto más homogéneamente, solo por residentes de psiquiatría, pero todo ésto no tuvo una diferencia significativa en ningun ítem en particular.

En general quisiera hacer algunas consideraciones acerca del método seguido por ésta investigación, en primera el 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 continuidad de la entrevista.

Otro punto criticable viene en base del tamaño de la muestra, la que debería haber sido más grande para aspirar a demostrar diferencias significativas que no se alcanzaron en el estudio.

Un tercer punto, quizás el más importante, la inconsistencia del auditorio para cooperar completamente en la ejecución de las sesiones programadas, recordemos que sólo siete personas vieron la segunda entrevista, y de éstas se podría decir que solo 5 realizaron ambas entrevistas, siendo un número muy reducido para tratar de establecer correlaciones entre ambas sesiones con un mismo evaluador.

CONCLUSIONES:

Se estudiaron dos poblaciones de equipo psiquiátrico para determinar la consistencia de la escala y se encontraron amplias varianzas entre los puntajes de cada ítem, independientemente de su rango.

Sin embargo el análisis estadístico con alfa de Crombach demostró una alta coincidencia en los puntajes, que de tal manera se comprobó una alta consistencia interna del instrumento.

El efecto halo, atribuible al evaluador como variable no controlable, auxilió a la vez a la presentación de ésta alta variabilidad entre puntajes y la consistencia interna del instrumento.

Se hace necesaria otra metodología para poder llegar a resultados más significativos sobre la validez de la escala, que permita aplicar los métodos estadísticos indicados para poder discriminar el efecto halo y determinar la confiabilidad y consistencia.

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 Fiszbein A. Genetics of the schizophrenia and the positive-negative dimension. *American Journal of Psychiatry*, 142: 994-995, 1985.
- Kay SR, Opler LA and Fiszbein A. Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 149: 439-448, 1986.
- 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 Goorman D. 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 ansiedades, 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 PAKSS 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 abordado 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, dificultad 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 está 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 evalúen 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:

Percentil	Rango
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:

Rango de perc.	Positivo	Puntuación en la escala de PANSS			gral.
		Negativo	Compuesto	Psicopatología	
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 bloques 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 da como resultado una falta 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 o 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 o 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 dudosa, 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 -- 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 carajada 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, energía, 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 ésto 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 evidencia 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 el 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 vaga 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 frecuencia) acerca de un padecimiento físico o de una alteración de las funciones corporales, o también puede revelar una o dos ideas delirentes 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 somático, o solamente algunos delirios somáticos, pero de naturaleza catastrófica, los que dominan completamente el afecto y pensamiento del paciente.

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 minusvalía. 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.

Bases 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 entrecimiento 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-

dentificar 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 otros 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 enfermería 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 amerita 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 responde 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.