

11241

15  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE M**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLO  
MEDICA Y SALUD MENTAL**

**"SIGNOS Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS EN RESIDENTES  
DE PSIQUIATRIA Y SUS MODIFICACIONES DURANTE  
EL PRIMER AÑO DE ENTRENAMIENTO PSIQUIATRICO"**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**QUE PRESENTA**

**DR. OSCAR OJEDA AMADOR**

**PARA OBTENER EL GRADO DE**

**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

México, D. F. 1992



## **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

I. INTRODUCCION.....	1
a) ANTECEDENTES .....	1
b) PROBLEMA .....	10
c) OBJETIVO .....	10
d) HIPOTESIS .....	10
II. MATERIAL Y METODOS .....	11
III. RESULTADOS .....	13
IV. DISCUSION .....	18
V. BIBLIOGRAFIA .....	20

I

INTRODUCCION

ANTECEDENTES.

La Psicopatología es para la Psiquiatría clínica, lo que la Patología general, médica y quirúrgica (a su vez fundadas en las materias básicas, como la fisiología), son para la Medicina. En palabras de M. Cabaleiro: "...para abordar las anomalías y las enfermedades psíquicas...habrá que partir de la Psicología, o mas justamente aún, de la Psicología médica, que estudia la vida psíquica desde el ángulo que puede interesarle al médico, pasando luego por la Psicopatología general que se ocupa de las alteraciones psíquicas con una visión global y arribando con los necesarios conocimientos básicos, al estudio de la Psiquiatría clínica o especial como parte activa y práctica de ésta rama de la Medicina"(3).

Para Jaspers el objeto de la Psicopatología es el acontecer psíquico "patológico": "Es todo el hombre en su enfermedad, en tanto que es enfermedad psíquica y está psíquicamente condicionada".

En su criterio, "la psicopatología no tiene la misión de reca

pitular todos los resultados, sino de formar un todo. Su función - consiste en el esclarecimiento, la ordenación, la cultura" (10).

De tal suerte que la tarea que ha de realizar la Psiquiatría clínica ante el hombre que tiene como objeto de su estudio - es alimentada por la Psicopatología general, por medio de sus métodos de investigación que aquella hace suyos para su labor.

Lo anterior queda mas claro al conocer la concepción Cabaleiriana de la Psiquiatría "...es, pues, la rama de la Medicina que tiene como objeto el estudio del hombre con anomalías en su modo de ser psíquico o con manifestaciones morbosas de su psiquismo - consecutivas a una alteración somática que modifica la estructura de su ser, cambiando y transformando su modo de "estar en-el-mundo" y haciéndole tomar una postura ante su Yo, ante su mundo exterior y ante su morbosismo, específica y singular; y como tal rama de la Medicina, tiene como objetivo final modificar y tratar éstas anomalías y perturbaciones morbosas, de acuerdo con los caracteres personales del hombre-anormal o enfermo psíquico en cada caso, con un concepto terapéutico totalista, personal y antropológico" (3).

Jaspers es contundente al considerar la Psiquiatría como profesión práctica y la Psicopatología como la ciencia, donde se finca aquella. Hace énfasis en la idea del todo a través del ordenamiento metodológico como principio de estructuración (3, 10).

Ante la Psicología, la Psicopatología, establece sus límites a partir de aquellos fenómenos psíquicos que constituyen una variante anormal de caracteres negativos que conducen, al hombre - que los muestra, a una inadaptación ante las diversas situaciones vitales con un consiguiente trastorno del comportamiento. En éste sentido E. Minkowski se ha preguntado si la Psicopatología es una patología de lo psicológico o una psicología de lo patológico. Para él "patología de lo psicológico", se ajusta mas al lenguaje desde el punto de vista médico, mientras que "psicología de lo patológico" es mas exacto desde el punto de vista antropológico.

En relación con la Medicina, la Psicopatología general tiene íntima relación con la Neurología y Endocrinología, las cuales son auxiliares de ella; y con respecto a la Medicina - sobre todo - concebida como Medicina de "todo el hombre" aparece como una parte integrante de ésta (7).

Desde éste punto uno de los primeros pasos para el entrenamiento de la Psiquiatría, es sumergirse en la inmensa atmósfera psicopatológica, en tanto que ya vimos la importancia que para la Psiquiatría tiene, así el joven médico (25 años promedio) con la intención de ser psiquiatra, una vez capaz en el dominio de los conceptos teóricos del proceso morboso y su aplicación práctica - de varios de ellos, se encuentra en la demandante necesidad de ampliar su visión integradora y humanista, dado que su interés se torna sobre adiestrarse respecto a la enfermedad psíquica, cuyo concepto adquiere en el hombre una dimensión por completo nueva, - pues lo que ocurre en el hombre por la enfermedad psíquica no se ha agotado con las categorías de la exploración científica. (El hombre como creador de obras espirituales, como creyente religioso como ser que obra éticamente, trasciende de lo que puede ser sabido y conocido de él en la investigación empírica (3)).

De ésta forma, el residente antes que psiquiatra tiene que convertirse en psicopatólogo, cuyo objeto de investigación es la vida psíquica comprendida, expresada por el comportamiento sensorial percibido y a través de las manifestaciones habladas. Querer sentir, comprender, meditar lo que pasa realmente en la psique de los hombres, reconociendo y conservando su propia vida psíquica real, cuya comprensión le dá la plenitud de sus conceptos a través de ideas vacías provenientes de prejuicios, de los que librarse es necesario, para vivir la capacidad y el placer de imaginar lo psicológico en su plenitud, pues éste es fundamental para hacer psicopatología. Así el mismo residente es el instrumento indispensable de su conocer (3,10,13).

Jaspers apunta: "lo más característico que reconoce el psicopatólogo se dá en el trato con seres humanos. Lo que experimenta así es dependiente de cómo se dá la situación del hombre y cómo colabora terapéuticamente a su producción, iluminándose al mismo tiempo él mismo y los otros. No espera solo una percepción indiferente, como al leer una medida, sino una comprensión a - barcativa en la visión del alma", y continúa diciendo "hay una especie de presencia en el interior de los otros seres humanos, en una tentativa de transformarse uno mismo en un teatralismo, el cual, - por decirlo así, es inspirado por sustancia..." (3,10).

Entonces ése ser explorador(entiéndase:residente de psiquiatría),que médico,estudioso del psiquismo es,ante todo,humano,con todo lo que ésto implica.

Al situar los comportamientos normales así como los patológicos,dentro de conjuntos que tornan inteligible la complementaridad funcional de los sistemas de reciprocidad y de circulación de lo simbólico entre los enfermos y los que no lo están,la enfermedad mental se constituye en un diálogo incesante entre aquellos cuya función consiste en curar y aquellos cuya función es estar"locos":el diálogo entre el chamán y el poseso en Africa tradicional,entre el exorsista y el brujo en la Europa de la Edad Media,entre el psiquiatra y su paciente en nuestros días (12).

Cabe plantearse,pues una pregunta:la de las relaciones que unen al psiquiatra,a la enfermedad y al enfermo en el interior del triángulo psiquiátrico.Las estructuras de sus relaciones posibles no son ilimitadas en cuanto a número.Disociadas en beneficio de individuos diferentes como ocurre entre nuestra cultura o confundidos como entre los Azandé,que pueden ser alternativa --mente enfermos y curadores,ambas modalidades de la enfermedad mental contituyen siempre las dos caras complementarias de una misma representación simbólica compartida por el conjunto del grupo social(12,19).

Así en el trance mismo reconocido como instrumento de una comuniación superior,perfectamente manipulada y controlada por el grupo,el que se convierte en acto psiquiátrico por excelencia. A partir de éste momento el chamán sigue una trayectoria ascendente,deja su cuerpo,abandona la asistencia y conduce el juego terapéutico,invitando a su cliente a internarse con el en una locura compartida,en un trance frenético.La posesión extática y"terapéutica" está siempre fundada en el no reconocimiento de lo patológico por lo que es.Es en palabras del chamán Songhay,la aceptación del"lenguaje de los dioses",la transformación de síntomas --hitéricos llamativos y espectaculares al máximo en estructura institucional de comunicación.Esta comprensión(bantú)de los trastornos mentales que no solo deben ser aceptados por el grupo,sino --que es más,deseados y sistemáticamente provocados,lejos de ser ex

cepcional, representa una de las estructuras posibles, universalmente detectables, de las relaciones recíprocas que existen entre la enfermedad, el enfermo y su psiquiatra.

Mas próximo a nosotros, el "antipsiquiatra" europeo, al igual que el chamán Songhay, ve en la alienación mental un estado privilegiado: la oportunidad de alcanzar la superación de uno mismo mediante la captación de una verdad que los seres comunes, traídos por las dificultades de la vida cotidiana, son incapaces de sospechar, siendo importante por lo tanto cultivarla a fin de que el grupo en pleno pueda beneficiarse de ella.

Un segundo tipo posible de relación que une la enfermedad al psiquiatra y al enfermo es aquella en la que se considera a los síntomas mórbidos como manifestaciones intempestivas de las cuales es preciso, a como dé lugar, liberar al sujeto. Así contrariamente a la primera postura en la que existía un vínculo específico entre psiquiatra y paciente; éste segundo tipo exige que no haya nada en común entre el enfermo y el terapeuta, que éste último sea totalmente extraño y exterior a la relación que une al "loco con su locura" (4, 12).

De la misma forma la posesión demoniaca siempre fué considerada por el Occidente cristiano como una verdadera fractura de la conciencia por el Diabolo que requiere un exorcismo asumido por un sacerdote especializado en ésta difícil tarea. Este último tal como lo indican todas las historias de desposesión registradas en nuestros obispados, libra una patética batalla cuerpo a cuerpo con el espíritu satánico, al que intima a revelar su nombre y a salir del cuerpo del enfermo. El exorcista cristiano, lo mismo que el curador de mal de ojo que existe aún en nuestros días aunque arranca el núcleo patógeno que ha penetrado en el espíritu o cuerpo de su paciente, no puede pactar con lo que considera como el mal absoluto. (12, 19). Es ésta misma inteligibilidad la que sustenta la acción terapéutica la Psiquiatría europea y americana. Para que la causa presunta de la enfermedad sea neutralizada, para que la voz del cuerpo o del espíritu patógeno que habla por intermedio de los síntomas psiquiátricos, sea acallada y que el enfermo esté "curado", es decir readaptado a su medio (12).

Retomando nuevamente a Jaspers: "el psicopatólogo es depen

diente de su capacidad de visión y de experimentación, de su amplitud, de su franqueza y plenitud... El estremecimiento del alma propia con los acontecimientos en otros favorece en el investigador la objetivación pensante de tal experiencia. La conmoción no es todavía conocimiento, sino fuente de las concepciones que proporcionan el material ineludible para el conocimiento. La frialdad y el estremecimiento marchan juntos y no se pueden oponer la una al otro. La fría observación por sí sola no ve nada esencial...". (11). Se antoja entonces pensar cual es el suceso y la secuela de éste, resultante de dicha tarea, al poseer esa helida observación que en intercambio mutuo con las propias vibraciones deberá constantemente dominar lo visto, llevándole a una forma racional, para obtener el conocimiento, y aún más: dar una comprensión realmente comprensiva, que por otra parte se antoja también una empresa harto difícil para un neófito psicopatólogo (residente).

Para inferirlo es precisa una consideración de existencia: Al hombre no puede concebirse de forma aislada sin su ligazón con el mundo, el hacerlo equivaldría a considerársele como una pura abstracción y resultaría artificioso, por eso es que si lo pensamos como una auténtica realidad, como aquél hombre de "carne y hueso" concebido por Unamuno, o el "Humano demasiado humano" calificado por el mismo Nietzsche como el monumento conmemorativo a una crisis, no es posible comprenderle sin el mundo, sin su mundo. Así - al hablar del hombre como totalidad, C. Goas utiliza la frase: "inmerso en su mundo", para expresar así la estrecha relación entre - ambos (18).

Ortega y Gasset a través del concepto de circunstancia o como Heidegger al considerar al hombre como "un ser arrojado en el mundo", centra el existir humano en el estar en el mundo, o a la manera de Hans Lips "un ser confinado en el mundo". La filosofía Heideggeriana se fundamentaliza a partir de una primera experiencia existencial sobre el conocimiento de la dualidad de: mí mismo-mundo, inderivables entre sí, resultando la estructura del ser o estar en el mundo (18).

Es menester precisar los efectos del mundo circundante sobre la vida psíquica. Psicopatológicamente ya K. Jaspers nombra las manifestaciones que se han observado a consecuencia del cambio de día y la noche, de la estación del año, del tiempo y del clima (10).

Es indudable que la convivencia (desde el punto de vista existencial) con el paciente psiquiátrico, también la provoca, por todo lo antes mencionado; contenidas en una caracterización reactiva, concretamente "una reacción de la psiquis a una vivencia", llamada por Jaspers reacción psicológica para diferenciarla de la reacción biológica.

K. Schneider considera indispensable la vivencia ocasionante, así como una relación comprensible entre dicha reacción y la vivencia (6). Respecto al contenido de la reacción (en contraposición con Jaspers) comenta no corresponder directamente, pues ante una situación catastrófica, puede un hombre reaccionar con "un matiz inadecuadamente eufórico", e indica, como a veces, una depresión que surge a raíz de una vivencia, no forma ésta parte del contenido de su depresión (para Heidegger es solo un desencadenamiento). (3). López Ibor, ante éstas depresiones reactivas frente a una vivencia, que siguen luego un curso totalmente endógeno, habla de depresiones o reacciones "cristalizadas"; como intermedias entre las reacciones puramente psicológicas y las puramente biológicas. Sin embargo K. Schneider dice que "casi nunca se puede admitir la existencia de una reacción vivencial si el estado no posee como contenido una determinada vivencia", aunque reconoce que se dan "muchos estados no reactivos, que poseen como tema una vivencia que no constituye su causa" (6,3). El mismo autor denomina "reacción vivencial a intervalos o intermitente" aquella en la que existen oscilaciones no dependientes de las fluctuaciones de la situación vivencial, señalando como una experiencia dolorosa solo produce sufrimiento cuando es actualizada por algo que la evoque, mientras esto no suceda no se sufre por ella (3).

Por otro lado también habla de "reacción de fondo", es decir, reacciones comprensibles que se dan sobre una personalidad biológicamente anormal, determinadas por cualquier circunstancia que actúe sobre ése fondo biológico que está detrás de la reacción vivencial. El concepto de López Ibor sobre las reacciones vivenciales anormales, sobre las neurosis, se fundamenta en que la producción de una reacción psíquica anómala, tiene lugar porque en el momento en que dicha vivencia actúa existe en el hombre que la experimenta una situación de ánimo que favorece la presentación de la reacción vivencial anómala (3,10).

De ésta manera, aunque en forma global, hemos puntualizado la complejidad del proceso al que está sometido el médico durante su residencia psiquiátrica. La cuestión que se desprende es: ¿que - de todo esto se ha objetivizado?. Vemos que se han procurado determinaciones de un perfil de personalidad, utilizando para ello escalas originadas en estudios de hombres plenamente alterados psíquicamente (v.gr. MMPI); se ha estudiado el contenido depresivo y ansioso de forma generalizada sin correlación con algún evento. Por lo que respecta a la exploración psicopatológica, ésta no se ha realizado, aún cuando el residente de psiquiatría está obligado a conocerla, como ya se apuntó previamente; antes que todo es en esencia hombre inmerso en su mundo circundante con el que interactúa y, - por lo tanto es pues también sujeto de exploración, tanto más que su interés en el estudio de la vida psíquica lo lleva a experimentar vivencias muy especiales.

En lo concerniente a los aspectos cualitativos y cuantitativos de la sintomatología psiquiátrica siempre hay la necesidad de instrumentos de medida válidos y confiables. Las medidas objetivas que emplean variables neurofisiológicas y bioquímicas no han sido útiles, por el momento las escalas proveen la mejor medida -- disponible (5). Han sido pocas las escalas construidas específicamente para medir los cambios en la psicopatología, a pesar del -- gran número de las escalas disponibles para valorar las enfermedades psiquiátricas ( 2,5 ).

Así, pues, tenemos la Multidimensional Scale for Rating -- Psychiatric Patients (MSRPP) (1953) y la Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS) (1960) de las cuales se ha derivado el -- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Gorham y Overall, 1960, 1961, - 1962, que es prácticamente una versión reducida, construida por 16 puntos, con el propósito de realizar una valoración técnica rápida sobre todo encaminada a evaluar los cambios psicopatológicos de - los pacientes. Su validación se realizó de forma consensual y ha - demostrado ser efectiva a través de una entrevista estandarizada en donde se determina además la medida de cada uno de los sínto - mas (17).

Por otro lado la Comprehensive Psychopathological Rating - Scale (CPRS) es una colección de 65 puntos que cubren un amplio -- rango de signos y síntomas psicopatológicos. Al mismo tiempo se ha tomado como un banco de preguntas, del que se seleccionan y organi

zan para construir diferentes síndromes, tales como depresión, esquizofrenia, síndrome neurasténico y desorden obsesivo-compulsivo (2,9,16).

La escala ha sido comparada con la Cronholm-Ottosson Depression Rating Scale (Cronholm, Ottosson, 1960) (20). Se ha usado en la valoración del estrés emocional en pacientes que padecen una enfermedad maligna, al igual que en pacientes hemofílicos (11,21). En pacientes esquizofrénicos se ha utilizado en el seguimiento de la sintomatología (9). Su empleo en la determinación de síntomas mentales en trabajadores expuestos a gas-avión, en Escandinavia así como en Inglaterra aplicado por trabajadores de la salud mental, ha demostrado su utilidad en estudios transculturales y lo práctico que resulta dado que las preguntas se plantean en un lenguaje no técnico (1,14,15,16).

En el presente estudio se utilizará una versión libre de CPRS, dado que es una escala altamente específica, solo que por no estar validada en nuestro medio será necesario el empleo simultáneo del BPRS que sí cuenta con esta característica, siendo una prueba probablemente igual de sensible se espera similitud en sus resultados, para determinar el tipo de signos y síntomas psicopatológicos en los residentes de psiquiatría de recién ingreso, realizando una reaplicación a los 12 meses, para valorar los cambios en dicha psicopatología, a consecuencia de su incursión a la citada residencia, para lo cual es necesario descartar la influencia de algún evento adverso de su vida que interfiera con tal exploración, razón por la que se utilizará la escala de eventos de la vida desarrollada por Holmes y Rahe (8), basada en la respuesta de 394 sujetos a 43 eventos de la vida que fueron derivados de la experiencia clínica. Se asignaron valores a cada uno de los eventos en forma ordenada para reflejar la intensidad y duración de adaptación necesaria para estos eventos.

La escala de eventos de la vida utilizada en el presente estudio, es una versión adaptada en el IMP, consta de 44 reactivos y es autoaplicable.

**PROBLEMA.**

Describir los cambios en la Psicopatología del residente de Psiquiatría, después de su primer año de entrenamiento.

**OBJETIVO.**

Determinar si se presentan cambios en los signos y síntomas psicopatológicos de los médicos residentes, después del primer año de entrenamiento psiquiátrico.

**HIPOTESIS.**

Debido a la naturaleza del trabajo (estudio descriptivo) se prescinde de hipótesis.

## II

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

#### MUESTRA.

Se estudiaron a los médicos residentes de nuevo ingreso en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvares", que no tuvieran experiencia previa en el manejo de pacientes psiquiátricos. No hubo límite de edad y se incluyeron tanto del sexo femenino como masculino, cualquiera que fuere su estado civil, y que hayan aceptado entrar al estudio.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION.

No entraron en la investigación aquellos que contaban con experiencia previa en el manejo de pacientes psiquiátricos, o aquellos que estuvieron bajo tratamiento psicoterapéutico de cualquier tipo.

#### METODO.

Se trató de un estudio prospectivo, longitudinal de tipo: prueba contra prueba, en el que se aplicaron las escalas de Psicopatología, BPRC (Anexo 1) y CPRS (Anexo 2), en dos momentos; el primero

dentro del mes previo a su ingreso en la residencia, sabiéndose ya aceptados, y el segundo doce meses después, mediante una entrevista semiestructurada, ideada por el investigador (Anexo 3) y aplicada por un mismo entrevistador. Todos los instrumentos se aplicaron simultáneamente en un consultorio del servicio de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray B. Alvarez".

La escala de Eventos de la Vida (Anexo 4) se le proporcionó a cada residente para que la autoaplicara, una vez terminada la entrevista del segundo momento.

Para la evaluación se consideraron importantes aquellos eventos cuya intensidad se calificó 4. En tanto que en los instrumentos de Psicopatología, se consideró que el signo o síntoma estaba presente cuando calificó con 1 en el caso del CPRS y con 2 en el BPRS.

### III

## RESULTADOS

La muestra, que originalmente incluía 20 sujetos (los que -- constituyen una generación), se redujo a 15, dos de ellos desertaron, dos más salieron por haber ingresado a tratamiento psicoterapéutico grupal, y el último se excluyó por contar con experiencia previa en el manejo de pacientes psiquiátricos.

Los resultados arrojados de la primera aplicación del CPRS, muestran la presencia de los reactivos 3, 4, 13 y 23 (que se refieren a: tensión, hostilidad, indecisión y desórdenes autonómicos) con una frecuencia de 8, lo que representa la presencia de cada uno de los reactivos en el 53% de los sujetos, les siguen los reactivos 15 y 16 (fatigabilidad y dificultades en la concentración) en un 40% (6), el 25 y 46 (tensión muscular y signos autonómicos) en el 33% (5), el 1, 2 y 9 (tristeza, alegría y aprehensión) en el 27% (4), el 8, 24 y 44 (hipocondriasis, molestia corporal y labilidad emocional) en el 20% (3), el 14, 18, 19, 20, 35, 59 y 61 (lasitud, disminución del apetito, disminución del sueño, incremento del sueño, celos, hiperactividad y agitación) en el 13% (2) y, finalmente, los reactivos 5, 6, 10, 11, 17, 21, 30, 34, 48, 50, 53, 58 y 64 (afecto embotado, pesimismo, pensamiento obsesivo, fobias, falla de memoria, disminución del interés sexual, pensamiento desorganizado, - grandeza, éxtasis, distracción, perplejidad, apremio, lenguaje incoherente, perseveración y manierismos) en el 7% (1). El resto de los reactivos no se observaron, (Tabla No.1).

Por otro lado, en el BPRS se observó el reactivo (tensión física) en el 67% (10), el reactivo 10 (hostilidad) en el 53% (8), el 2 (ansiedad) en el 47% (7), el 13 (retardo motor) en el 33% (5), el 9 (ánimo depresivo) en el 26% (4), el 1 (problemas somáticos) en el 13% (2), y los reactivos 7, 8, 15 y 16 (manerismos, grandiosidad, alteraciones del contenido del pensamiento, afecto embotado) en el 7% (1). El resto de los reactivos no se observaron, (Tabla No. 2).

En la segunda aplicación del CPRS el reactivo más frecuente fue el 3 con 60% (9), siguiéndole el 1 y 23 en un 47% (7), el 13, 15 y 46 en un 40% (6), el 16 en un 33% (5), el 4 y 14 en un 27% (4), el 22, 25 y 59 en un 13% (2) y por último los reactivos 6, 8, 9, 10, 11, 18, 19, 21, 29, 32, 35, 43, 44, 53 y 64 en un 7% (1), (Tabla No. 1).

El BPRS mostró los reactivos 2 y 6 en el 67% (2), el 13 en el 47% (7), el 9 en el 26% (4), el 10 en el 20% (3), los reactivos 1, 5 y 7 presentes en el 13% (2) y, finalmente, el 8 y el 11 en el 7% (1), (Tabla No. 2).

Respecto a la Escala de Eventos de la Vida, los sujetos 1 y 2 reportaron 8 eventos con calificación de 4, el 3er. sujeto 3, el 4to. solo 1, el 5to. 4, el 6to. 6, el 7mo. 7. el 8vo. no presentó, el 9no. 5, el 10mo. 1, el sujeto 11 presentó 2, el 12 presentó 7, el número 13 no presentó, el 14 presentó 2 y el 15 no presentó.

La correlación de la diferencia del número de reactivos presentes en la primera en la primera y segunda aplicaciones con los eventos vitales nos arrojó una  $r=0.4463$ ; por otro lado, la correlación entre la diferencia en la intensidad de los reactivos presentes en la primera y segunda aplicación y los eventos de la vida fue de  $r=0.165$ .

En términos generales, el número de signos y síntomas presentes en el CPRS (el cual consta de 65 reactivos), se redujo de 36 en la primera aplicación, a 26 observados en la reaplicación; no ocurriendo lo mismo en el otro instrumento (BPRS; constituido por 16 reactivos), manteniéndose el mismo número de 10; sin embargo los cambios en la intensidad, medidos por ambos instrumentos, son similares.

Los signos y síntomas que desaparecieron son: alegría, molestia corporal, incremento de sueño, agitación, embotamiento afectivo, fallas de memoria, pensamiento desorganizado, éxtasis, distracción, perplejidad, lenguaje incoherente y perseveración.

Los signos y síntomas nuevos registrados fueron: incremento en el interés sexual, sensación de influencia en el pensamiento y -- hostilidad observada.

Los que incrementaron su frecuencia fueron: tensión, signos autonómicos, tristeza y lasitud.

Respecto a los cambios de intensidad, en el caso de la tensión se pasó desde tener ocasionales sensaciones de ansiedad hasta ser continua y mas intensa en el 40% de los casos(6). Los signos autonómicos pasaron de ocasionales a describirse como severos y persistentes en el 20%(3). En tanto que los sentimientos de tristeza llegaron a describirse como una continua experiencia de miseria o abatimiento externo, asociado con ideas de desesperanza en un 13%(2). La sensación de lasitud se intensificó solo en el 7%(1) describiéndose como una dificultad para iniciar las actividades rutinarias simples, es decir realizadas con esfuerzo.

Otros de los signos y síntomas que incrementaron su intensidad fueron: hostilidad, indecisión, disminución del apetito, síntomas autonómicos, disminución del sueño, fatigabilidad y dificultad en la concentración.

T A B L A # 1

C P R S

1a. APLICACION			2a. APLICACION		
REACTIVO No.	fc.	%	REACTIVO No.	fc.	%
3	8	53	3	9	60
4	8	53	1	7	47
13	8	53	23	7	47
23	8	53	13	6	40
15	6	40	15	6	40
16	6	40	46	6	40
25	5	33	16	5	33
46	5	33	4	4	27
1	4	27	14	4	27
2	4	27	22	2	13
9	4	27	25	2	13
8	3	20	59	2	13
24	3	20	6	1	7
44	3	20	8	1	7
14	2	13	9	1	7
18	2	13	10	1	7
19	2	13	11	1	7
20	2	13	18	1	7
35	2	13	19	1	7
59	2	13	21	1	7
61	2	13	29	1	7
5	1	7	32	1	7
6	1	7	35	1	7
10	1	7	43	1	7
11	1	7	44	1	7
17	1	7	53	1	7
21	1	7	64	1	7
30	1	7			
32	1	7			
34	1	7			
48	1	7			
50	1	7			
53	1	7			
57	1	7			
58	1	7			
64	1	7			

T A B L A I , 2

B P R S

1a.APLICACION			2a.APLICACION		
REACTIVO No.	fc.	%	REACTIVO No.	fc.	%
6	10	67	2	10	67
10	8	53	6	10	67
2	7	47	13	7	47
13	5	33	9	4	26
9	4	26	10	3	20
1	2	13	1	2	13
7	1	7	5	2	13
8	1	7	7	2	13
15	1	7	8	1	7
16	1	7	11	1	7

IV

D I S C U S I O N

Nuestros resultados muestran que el grupo de residentes estudiados, presentó antes de iniciado su entrenamiento psiquiátrico, signos y síntomas en más de la mitad de los residentes compatibles con ansiedad, sin llegar a constituir en forma individual, cuadros clínicos ya sea depresivos o ansiosos.

Así mismo, al final del estudio, se detectaron cambios en dichos datos, tornándose con mayor intensidad y llegando a constituir cuadros sindrómicos de depresión con datos importantes de ansiedad.

Los eventos vitales influyeron sobre el incremento de frecuencia de los signos y síntomas, dado que su correlación se apreció entre baja y moderada (lo que explica el cambio por lo menos en el 20% de los casos); sin embargo no parecen haber influido en su intensificación, ya que la correlación detectada fué despreciable (explica el cambio solo en 2% de los casos), esto significa que el incremento en la intensidad de los signos y síntomas, apreciados en este grupo, se deben a otras circunstancias que no están en la Escala de Eventos de la Vida, entre los que por supuesto está el encuentro\* con el enfermo mental.

Ya Roskin y Carseb, observaron cambios en las actitudes hacia la enfermedad mental, de estudiantes de medicina, provocados al relacionarse con pacientes psiquiátricos en un periodo de 6 semanas (20).

\*Denominado por L. Entralgo como "manera de encontrar, aunque previamente no se la hubiera buscado, la realidad llamada "otro hombre"."

Tal efecto puede atribuírsele al proceso de "concientización" en tanto que -como dice Henri Hey- "El ser conciente es estructurado como reverberación del Yo sobre su experiencia.-...aparece como ...un ser que exige que su Yo trascienda sus vivencias",(6).

El encuentro con el enfermo mental, implica contender con diversos modelos personales del mundo, lo que confronta el modelo propio, como resultado de la interacción, a través de la relación médico-paciente, que por lo demás no deja de ser una relación interpersonal en la que, según Laín Entralgo, existen tres momentos cardinales: "uno coejecutivo, otro compasivo y otro cognoscitivo". Así, ante el dolor ajeno, en el momento coejecutivo "yo ejecuto o hago en mí los actos espirituales de ése dolor". El momento compasivo o coafectivo será aquel en que dichos actos de ese dolor "yo los padezco en mí y para mí". Y el momento cognoscitivo "es aquel en que, en virtud de mi inteligencia sentiente me hago cargo de la situación...". Este momento tiene, para L. Entralgo, dos ingredientes: uno espontáneo, "la nuda conciencia de la coejecución y de la compasión y de su sentido", y otro reflexivo y contemplativo, "mi conocimiento de mi propia actividad y de mi propia situación cuando introspectivamente me detengo a considerarlas", (3).

En este contexto el residente de psiquiatría está expuesto, como parte activa de la relación médico-paciente necesaria para su desempeño, a diversas formas de relación interpersonal como las que se establecen con el hombre afecto de un proceso orgánico, con el hombre-esquizofrénico o maniaco o, deprimido, paranoide, neurótico, sociopático, etc.; influyendo en su propio proceso psíquico, tanto en el trasfondo cognoscitivo y afectivo como en el actitudinal.

Por problemas metodológicos, éste estudio no esclarece esta influencia, considerándose haber sido necesario el empleo de la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental; sin embargo al cumplir nuestro objetivo, a mi parecer, abre un espacio en el que es posible contemplar la situación del residente desde el punto de vista psiquiátrico, en un intento de "reencuentro", al estilo de Entralgo. Así, pues, para profundizar a este respecto habrá que realizar un seguimiento de esta población, así como estudios comparativos con residentes de Psiquiatría en otros Hospitales y, con médicos de otras residencias.

V. BIBLIOGRAFIA.

1. Amanti, M.A. THE COMPREHENSIVE PSYCHOPATHOLOGICAL RATING SCALE (CPRS): COMMUNICABILITY TO, AND INTER-RATER RELIABILITY AMONG UNTRAINED RATES. Acta Psychiat. Scan. Suppl. 271. 1978.
2. Asberg, M. THE CPRS DEVELOPMENT AND APLICATIONS OF A PSYCHIATRIC RATING SCALE. Acta Psychiat. Scan. Suppl. 271. 1978.
3. Cabaleiro G.M. TEMAS PSIQUIATRICOS. Paz Nontalvo. Madrid. 1960.
4. Caso M.A. FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA. Limusa. México. 1982.
5. Dohrenwend, B.P. THE PSYCHIATRIC STATUS SCHEDULE AS A MEASURE OF DIMENSIONS OF PSYCHOPATOLOGY IN GENERAL POPULATION. Arch. Gen. --- Psychiatry. 35(6):731-7. 1978.
6. Ey Henri. TRATADO DE PSIQUIATRIA. Grafos. S.A. España. 1978.
7. Freedman A. COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. Salvat. España. 1975.
8. Holmes, T.H. THE SOCIAL READJUSTMENT RATING SCALE. J. Psychosom. --- Res. 11:213-18. 1967.
9. Jacobsson, L. THE COMPREHENSIVE PSYCHOPATHOLOGICAL RATING SCALE- CPRS- IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC SYNDROMES. Acta Psychiat. Scan. Suppl. 271. 1978.
10. Jaspers K. PSICOPATOLOGIA GENERAL. Ed. Beta. Buenos Aires. 1963.
11. Klein, R.H. THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND KNOWLEDGE OF DISEASE AMONG HEMOPHILIA PATIENTS AND THEIR FAMILIES: A PILOT STUDY. J. of Psychosom. Research. 26(4):387-91. 1982.
12. Laplantine, F. ETNOPSIQUIATRIA. Gedisa. España. 1979.
13. Mackinon, J.P. PSIQUUIATRIA CLINICA APLICADA. Interamericana. México. 1988.
14. Mindus, G.P. A CPRS SUBSCALE TO ASSES MENTAL SYMTOMS IN WORKERS EXPOSED TO JET FUEL- SOME METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS. Acta Psychiat. Scan. Sppl. 271. 1978.
15. Montgomery, M.S. CROSS CULTURAL STUDIES ON THE USE OF CPRS IN ENGLISH AND SWEDISH DEPRESSED PATIENTS. Acta Psychiat. Scan. Suppl. 271. 1978.

16. Montgomery, S. RELIABILITY OF THE CPRS BETWEEN THE DISCIPLINES OF PSYCHIATRY, GENERAL PRACTICE, NURSING AND PSYCHOLOGY IN DEPRESSED PATIENTS. Acta Psychiat. Scan. Suppl. 271. 1978.
17. Overall, J. E. THE BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE. Psychological Reports. 10, 799-812. 1962.
18. Politzer, G. CURSOS DE FILOSOFIA. E.M.U. México. 1978.
19. Postel, J. HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA. F.C.E. México. 1983.
20. Roskin, G. ATTITUDES TOWARD PATIENTS. J. of. Psychiat. Educ. 10:14-47 1986.
21. Von Knorring, L. A COMPARISON BETWEEN "CRONHOLM-OTTOSSON DEPRESSION RATING SCALE" AND VARIABLES CONCERNED WITH DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN "THE COMPREHENSIVE PSYCHOPATHOLOGICAL RATING SCALE-CPRS". Acta Psychiat. Scan. Suppl. 271. 1978.
22. Wiholm, B. E. A RATING SCALE FOR EMOTIONAL DISTRESS IN PATIENTS WITH MALIGNANT DISEASE. Acta Psychiat. Scan. 70:378-88. 1984.



## REPORTED PSYCOPATHOLOGY

1 *Sadness*

Representing subjectively experienced mood, regardless of whether it is reflected in appearance or not. Includes depressed mood, low spirits, despondency, and the feeling of being beyond help and without hope.

Rate according to intensity, duration and the extent to which the mood is influenced by events.

Flattened mood is scored zero on this item.

- 0 Occasional sadness may occur in the circumstances.
- 1 Predominant feelings of sadness, but brighter moments occur.
- 2 Pervasive feelings of sadness or gloominess. The mood is hardly influenced by external circumstances.
- 3 Continuous experience of misery or extreme despondency.

2 *Elation*

Representing subjectively experienced mood — regardless of whether it is reflected in demeanour or not. Includes reports of well-being, high spirits and unvarying exuberance. Rate according to intensity, duration and the extent to which the mood is influenced by external circumstances.

Distinguish from ecstatic experiences (34).

Depressed mood is scored zero.

- 0 Occasional cheerfulness may occur in the circumstances.
- 1 Predominating feelings of well-being and high spirits but lower moods occur.
- 2 Pervasive feeling of well-being and high spirits. The mood is hardly influenced by the circumstances. Longer periods of abundant good humour.
- 3 Unvarying exuberance, supreme well-being, intense exhilaration.

3 *Inner tension*

Representing feelings of ill-defined discomfort, edginess, inner turmoil, mental tension amounting to panic, dread and anguish.

Rate according to intensity, frequency, duration and the extent of reassurance called for. Distinguish from sadness (1), worrying (9), and muscular tension (25).

- 0 Placid. Only fleeting inner tension.
- 1 Occasional feelings of edginess and ill defined discomfort.
- 2 Continuous feelings of inner tension, or intermittent panic which the patient can only master with some difficulty.
- 3 Unrelenting dread or anguish. Overwhelming panic.

4 *Hostile feelings*

Representing anger, hostility and aggressive feelings regardless of whether they are acted on or not.

Rate according to intensity, frequency and the amount of provocation tolerated.

Inability to feel angry is scored zero on this item (Cf. inability to feel, 5).

- 0 Not easily angered.
- 1 Easily angered. Reports hostile feelings which are easily dissipated.
- 2 Reacts to provocation with excessive anger or hostility.
- 3 Persistent anger, rage or intense hatred which is difficult or impossible to control.

### 5 *Inability to feel*

Representing the subjective experience of reduced interest in the surroundings, or activities that normally give pleasure. The ability to react with adequate emotion to circumstances or people is reduced.

Distinguish from lassitude (14).

- 0 Normal interest in the surroundings and in other people.
- 1 Reduced ability to enjoy usual interests. Reduced ability to feel anger.
- 2 Loss of interest in the surroundings. Loss of feelings for friends and acquaintances.
- 3 The experience of being emotionally paralyzed, inability to feel anger or grief, and a complete or even painful failure to feel for close relatives and friends.

### 6 *Pessimistic thoughts*

Representing thoughts of guilt, inferiority, self-reproach, sinfulness, remorse, and ruin.

- 0 No pessimistic thoughts.
- 1 Fluctuating ideas of failure, self-reproach or self-depreciation.
- 2 Persistent self-accusations, or definite but still rational ideas of guilt or sin. Increasingly pessimistic about the future.
- 3 Delusions of ruin, remorse and unredeemable sin. Absurd self-accusations.

### 7 *Suicidal thoughts*

Representing the feeling that life is not worth living, that a natural death would be welcome, suicidal thoughts, and preparations for suicide.

Suicidal attempts should not in themselves influence the rating.

- 0 Enjoys life or takes it as it comes.
- 1 Weary of life. Only fleeting suicidal thoughts.
- 2 Much better off dead. Suicidal thoughts are common, and suicide is considered as a possible solution, but without specific plans or intention.
- 3 Explicit plans for suicide when there is an opportunity. Active preparations for suicide.

### 8 *Hypochondriasis*

Representing exaggerated preoccupation or unrealistic worrying about ill health or disease. Distinguish from worrying over trifles (9), aches and pains (24), and loss of sensation or movement (26).

- 0 No particular preoccupation with ill health.
- 1 Reacting to minor bodily dysfunction with foreboding. Exaggerated fear of disease.
- 2 Convinced that there is some disease but can be reassured, if only briefly.
- 3 Incapacitating or absurd hypochondriacal convictions (body rotting away, bowels have not worked for months).

### 9 *Worrying over trifles*

Representing apprehension, and undue concern over trifles, which is difficult to stop and out of proportion to the circumstances.

Distinguish from inner tension (3), pessimistic thoughts (6), hypochondriasis (8), compulsive thoughts (10), phobias (11), and indecision (13).

- 0 No particular worries.
- 1 Undue concern, worrying that can be shaken off.
- 2 Apprehensive and bothered about trifles or minor daily routines.
- 3 Unrelenting and often painful worrying. Reassurance is ineffective.

### 10 *Compulsive thoughts*

Representing disturbing or frightening thoughts or doubts which are experienced as silly or irrational, but keep coming back against one's will.

Distinguish from hypochondriasis (8), worrying over trifles (9), and disrupted thoughts (3C).

- 0 No repetitive thoughts.
- 1 Occasional compulsive thoughts which are not disturbing.
- 2 Frequent disturbing compulsive thoughts.
- 3 Incapacitating or obsessional obsessions, occupying one's entire mind.

### 11 *Phobias*

Representing feelings of unreasonable fear in specific situations (such as buses, supermarkets, crowds, feeling enclosed, being alone) which are avoided if possible.

- 0 No phobias.
- 1 Feelings of vague discomfort in particular situations which can be mastered without help or by taking simple precautions like avoiding rush hours when possible.
- 2 Certain situations consistently provoke marked discomfort, and are avoided without impairing social performance.
- 3 Incapacitating phobias which severely restrict activities, for example completely unable to leave home.

### 12 *Rituals*

Representing a compulsive repeating of particular acts or rituals which are regarded as unnecessary or absurd and resisted initially but cannot be suppressed without discomfort. The rating is based on the time spent on rituals and the degree of social incapacity.

- 0 No compulsive behaviour.
- 1 Slight or occasional compulsive checking.
- 2 Clearcut compulsive rituals which do not interfere with social performance.
- 3 Extensive rituals or checking habits that are timeconsuming and incapacitating.

13 *Indecision*

Representing vacillation and difficulty in choosing between simple alternatives. Distinguish from worrying over trifles (9), and compulsive thoughts (10).

- 0 No indecisiveness.
- 1 Some vacillation but can still make a decision when necessary.
- 2 Indecisiveness or vacillation which restricts or prevents action, makes it difficult to answer simple questions or make simple choices.
- 3 Extreme indecisiveness even in situations where conscious deliberation is not normally required, such as whether to sit or stand, enter or stay outside.

14 *Lassitude*

Representing a difficulty getting started or slowness initiating and performing everyday activities.

Distinguish from indecision (13) and fatigability (15).

- 0 Hardly any difficulty in getting started. No sluggishness.
- 1 Difficulties in starting activities.
- 2 Difficulties in starting simple routine activities which are carried out only with effort.
- 3 Complete inertia. Unable to start activity without help.

15 *Fatigability*

Representing the experience of tiring more easily than usual. When lassitude (14) is extreme, this item is difficult to evaluate. If impossible do not rate.

Distinguish from lassitude (14)

- 0 Ordinary staying power. Not easily fatigued.
- 1 Tires easily but does not have to take a break more often than usual.
- 2 Easily wearied. Frequently forced to pause and rest.
- 3 Exhaustion interrupts almost all activities or even makes them impossible.

16 *Concentration difficulties*

Representing difficulties in collecting one's thoughts amounting to incapacitating lack of concentration.

Rate according to intensity, frequency, and degree of incapacity produced.

Distinguish from failing memory (17), and disrupted thoughts (10).

- 0 No difficulties in concentrating.
- 1 Occasional difficulties in collecting one's thoughts.
- 2 Difficulties in concentrating and sustaining thought which interfere with reading or conversation.
- 3 Incapacitating lack of concentration.

17 *Failing memory*

Representing subjective disturbances of recall compared with previous ability.

Distinguish from concentration difficulties (16).

- 0 Memory as usual.
- 1 Occasional increased lapses of memory.
- 2 Reports of socially inconvenient or disturbing loss of memory.
- 3 Complaints of complete inability to remember.

18 *Reduced appetite*

Representing the feeling of a loss of appetite compared with when well.

- 0 Normal or increased appetite.
- 1 Slightly reduced appetite.
- 2 No appetite. Food is tasteless. Need to force oneself to eat.
- 3 Must be forced to eat. Food refusal.

19 *Reduced sleep*

Representing a subjective experience of reduced duration or depth of sleep compared to the subject's own normal pattern when well.

- 0 Sleeps as usual.
- 1 Slight difficulty dropping off to sleep or slightly reduced, light or fitful sleep.
- 2 Sleep reduced or broken by at least 2 hours.
- 3 Less than two or three hours' sleep.

20 *Increased sleep*

Representing a subjective experience of increased duration or depth of sleep, compared to the subject's own normal pattern when well.

- 0 No extra sleep.
- 1 Sleeps deeper or longer than usual.
- 2 Several hours extra sleep.
- 3 Spends a great part of the day asleep in spite of normal or increased sleep at night.

21 *Reduced sexual interest*

Representing descriptions of a reduced sexual interest or a reduction of sexual activity (this should always be judged against the subject's usual sexual habits when well). Habitual impotence or frigidity should be ignored when assessing interest.

Distinguish from inability to feel (5).

Increased sexual interest is rated 0.

- 0 No reduction of sexual interest.
- 1 Sexual interest is admitted to be reduced, but activity is unimpaired.
- 2 Definite reduction of sexual interest. Ordinary sexual activities are reduced or non-existent.
- 3 Complete sexual indifference.

## 22 *Increased sexual interest*

Representing descriptions of a stronger sexual interest than usual, which may be reflected in an increase in sexual activities or phantasies. (This should always be judged against the subject's usual sexual habits when well).

- 0 No increase in sexual interest.
- 1 Increase in sexual interest or phantasies not reflected in activities.
- 2 Definite increase in sexual interest or activities, or intrusive sexual phantasies.
- 3 Totally preoccupied with sexual phantasies. Very marked increase in sexual activities.

## 23 *Autonomic disturbances*

Representing descriptions of palpitations, breathing difficulties, dizziness, increased sweating, cold hands and feet, dry mouth, indigestion, diarrhoea, frequent micturition. Distinguish from inner tension (3), aches and pains (24), and loss of sensation or movement (26).

- 0 No autonomic disturbances.
- 1 Occasional autonomic symptoms which occur under emotional stress.
- 2 Frequent or intense autonomic disturbances which are experienced as discomforting or socially inconvenient.
- 3 Very frequent autonomic disturbances which interrupt other activities or are incapacitating.

## 24 *Aches and pains*

Representing reports of bodily discomfort, aches, and pains.

Rate according to intensity, frequency and duration, and also request for relief. Disregard any opinion of organic cause.

Distinguish from hypochondriasis (8), autonomic disturbance (23), and muscular tension (25).

- 0 Absent or transient aches.
- 1 Occasional definite aches and pains.
- 2 Prolonged and inconvenient aches and pains. Requests for effective analgesics.
- 3 Severely interfering or crippling pains.

## 25 *Muscular tension*

Representing the description of increased tension in the muscles and a difficulty in relaxing physically.

Distinguish from aches and pains (24).

- 0 No increase in muscular tension.
- 1 Some occasional increase in muscular tension, more evident in demanding situations.
- 2 Considerable difficulty in finding a comfortable position when sitting or laying. Disturbing muscular tension.
- 3 Painful muscular tension. Completely incapable of relaxing physically.

### 26 *Loss of sensation or movement*

Representing impairment or loss of particular motor or sensory functions. Disregard any organic basis.

Distinguish from hypochondriasis (8), autonomic disturbances (23), and aches and pains (24).

- 0 No impairment of sensory or motor functions.
- 1 Slight, and transient impairment which does not disturb ordinary activities.
- 2 Clearcut impairment or loss of some function, but manages daily activities without help.
- 3 Severely incapacitating and persistent sensorimotor loss which necessitates help, such as blindness, inability to walk or speak.

### 27 *Derelisation*

Representing a change in the quality of awareness of the surroundings, which may appear artificial. Also includes déjà-vu, déjà-vecu, and changed intensity of perceptions.

Distinguish from depersonalization (28).

- 0 No change in awareness.
- 1 Occasional episodes of déjà-vu phenomena or derealisation.
- 2 Frequent episodes of derealisation.
- 3 Very frequent or persistent derealisation.

### 28 *Depersonalization*

Representing a change in the quality of awareness of oneself combined with feelings of unreality, bodily change, detachment, or radical change of person.

Distinguish from inability to feel (5), derealisation (27), feeling controlled (29).

- 0 No experience of change.
- 1 Occasional or vague feelings of change in oneself.
- 2 Feelings of change of person which are intrusive.
- 3 Continuous experience of a radical change of one's person.

### 29 *Feeling controlled*

Representing the experience of being in the literal sense influenced or controlled from without, and the experience that feelings, impulses or volitions are imposed from without.

Also rated under this heading is the experience of being able to control others in a similar manner.

Distinguish from disrupted thoughts (30), and ideas of persecution (31).

- 0 Ordinary influence from social forces.
- 1 Vague or unconvincing report of being unnaturally influenced from without.
- 2 Occasional but clear experiences of being controlled from without e.g. by means of hypnosis.
- 3 Continuous experiences that feelings or impulses do not derive from oneself but are forced into one, say by means of rays.

### 30 *Disrupted thoughts*

Representing the experience of a sudden stoppage of thoughts (thought blocking), or thoughts being put into one's head (insertion), or being taken out (withdrawal), or listened to or broadcast.

Distinguish from compulsive thoughts (10), and concentration difficulties (16).

- 0 No thought interruptions.
- 1 Vague or unconvincing reports of episodes of interruptions to thought.
- 2 Occasional but clear thought blocking or occasional episodes of thought insertion or withdrawal. Feeling that thoughts are being read.
- 3 Disturbing or disabling thought interruptions. Thought broadcasting.

### 31 *Ideas of persecution*

Representing suspiciousness, exaggerated self-consciousness, the conviction of being talked about or watched or persecuted with malicious intent.

- 0 No undue suspiciousness or self-consciousness.
- 1 Vague feelings of being observed. Occasional suspicions of malice.
- 2 Pervasive feelings of being talked about, threatened or persecuted.
- 3 Unalterable conviction of being the victim of systematic persecution. Delusional misinterpretation of ordinary events or "cues". Conviction of being referred to beyond the realm of likelihood (for example on television or in newspapers).

### 32 *Ideas of grandeur*

Representing exaggerated opinion of self-importance, capabilities or good health.

Distinguish from elation (2), and ecstatic experiences (34).

- 0 No ideas of grandeur.
- 1 Self assured, with an inflated sense of one's own importance.
- 2 Clearly exaggerated opinion of self-importance and capabilities. Grandiose, facile, and unrealistic plans for the future.
- 3 Absurd, delusional ideas of grandeur.

### 33 *Delusional mood*

Representing strong, unreasonable premonitions, the feeling or sudden conviction that trivial events or things have a profound and bizarre significance.

Distinguish from derealisation (27), and ecstatic experiences (34).

- 0 Only ordinary superstitions. No delusional mood.
- 1 Vague premonitions that something personal and unknown is about to happen.
- 2 A strong feeling that generally trivial events have a special significance (delusional mood).
- 3 The sudden unshakable conviction, appearing out of the blue, that a particular set of events has a profound and often bizarre meaning. (Autochthonous delusions).

### 34. *Ecstatic experiences*

Representing experiences of mystic rapture, bliss or ecstatic happiness which may involve sudden illumination, insight into religious matters or union with God.

Distinguish from elation (2), and ideas of grandeur (32).

- 0 No ecstatic experiences.
- 1 Occasional inexplicable feelings of happiness with metaphysical overtones.
- 2 Frequent experiences of bliss rapture connected with feelings of sudden insight into metaphysical matters.
- 3 Marked, or continuous feelings of bliss or mystic rapture, "oceanic feelings", mystical union with God.

### 35. *Morbid jealousy*

Representing an absorbing preoccupation with the possible unfaithfulness of a sexual partner.

- 0 No undue suspicions towards the partner.
- 1 Vague feelings of insecurity and suspicions about the partner's faithfulness.
- 2 Searches for and misinterprets "evidence" of unfaithfulness.
- 3 Morbid ideas of jealousy dominate life and actions. Threatens the partner and tries to extract "confessions".

### 36. *Other delusions*

Representing any other delusions than those above. (Pessimistic thoughts (6), hypochondriasis (8), feeling controlled (29), ideas of persecution (31), ideas of grandeur (32), delusional mood (33), morbid jealousy (35)).

- 0 No other delusions.
- 1 Vague and unconvincing descriptions.
- 2 Definitely pathological ideas, approaching delusional strength.
- 3 Absurd delusions which may be reflected in behaviour.

### 37. *Commenting voices*

Representing the experience of hearing one's own thoughts spoken or repeated aloud, or hearing voices, commenting or arguing about one in the third person.

Distinguish from other auditory hallucinations (38).

- 0 No hallucinated commenting voices.
- 1 Vague, or unconvincing reports of commenting voices.
- 2 Definite, but not disabling hallucinated voices.
- 3 Frequent, disabling hallucinated voices.

### 38. *Other auditory hallucinations*

Representing all hallucinated sounds or voices except commenting voices (37). Also includes auditory hallucinations in keeping with the predominant mood such as depression or elation.

- 0 No auditory hallucinations, except for hypnagogic phenomena (on going to sleep).
- 1 Misinterpretations of auditory stimuli. Vague or unconvincing reports of auditory hallucinations.
- 2 Definite hallucinations which may be persistent but not intrusive.
- 3 Loud, or unpleasant hallucinations. Forceful commands.

39 *Visual hallucinations*

Representing a misinterpretation of a visual stimulus (illusion) or a false visual perception without any actual outside stimulus (hallucination).

- 0 No false visual experiences, except for possible hypnagogic phenomena.
- 1 Occasional illusions.
- 2 Frequent illusions, or occasional visual hallucinations.
- 3 Clear, frequent or persistent hallucinations.

40 *Other hallucinations*

Representing hallucinations of taste, smell or bodily sensation. Specify the senses, and base the rating on the most severe.

- 0 No hallucinations.
- 1 Vague or unconvincing reports of hallucinations.
- 2 Occasional but definite hallucinations.
- 3 Clear, frequent or persistent hallucinations.

## OBSERVED PSYCHOPATHOLOGY

41 *Apparent sadness*

Representing despondency, gloom and despair, (more than just ordinary transient low spirits) reflected in speech, facial expression, and posture. Rate by depth and inability to brighten up.

- 0 No sadness.
- 1 Looks dispirited but brightens up occasionally.
- 2 Appears sad and unhappy all of the time.
- 3 Extreme and continuous gloom and despondency.

42 *Elated mood*

Representing an elated and exuberant state (excludes ordinary transient high spirits). Includes evident increased well-being, self-confidence, elation and hilarity shown in speech, choice of subject, facial expression, posture and activity. Rate according to intensity and inability to respond seriously when demanded.

- 0 Normal cheerfulness.
- 1 Self-confident and somewhat expansive but can change to seriousness when demanded.
- 2 Expansive hilarity with exaggerated self-confidence and mirth that is out of tune. Unable to respond seriously.
- 3 Displays persistent extreme exuberance, exhilaration, and absurd hilarity.

43 *Hostility*

Representing irritability, angry looks, words, or actions. Rate by intensity and frequency, and the small amount of provocation that elicits the response and the time taken to quieten.

- 0 No evident hostility.
- 1 Querulous, touchy and irritable on provocation. Occasional angry glances.
- 2 Pugnacious, quarrelsome, very aggressive gestures, but can be calmed down.
- 3 Threatening behaviour or actual physical violence.

44 *Labile emotional responses*

Representing rapidly changing moods say to sudden elation or sadness with a tendency to display intense emotional responses. Should not be confused with the preponderant mood.

Rate by speed, and frequency of change.

- 0 No sudden mood changes.
- 1 Occasional and understandable rapid mood changes.
- 2 Frequent sudden or exaggerated mood changes.
- 3 Very rapid changes between intense opposite moods.

45 *Lack of appropriate emotion*

Representing blunting of affects as shown by lack of emotional expression, or the occurrence of incongruous emotional displays which are clearly out of keeping with the situation.

Distinguish from apparent sadness (41), and elated mood (42).

- 0 Appropriate affect in keeping with mood.
- 1 Apparent lack of concern, slightly odd displays of emotion.
- 2 Responds in a clearly inappropriate way on sensitive issues, or appears not to respond at all.
- 3 Only clearly bizarre emotional response, or total emotional indifference.

46 *Autonomic disturbances*

Representing signs of autonomic dysfunction, hyperventilation or frequent sighing, blushing, sweating, cold hands, enlarged pupils and dry mouth, fainting.

- 0 No observed autonomic disturbances.
- 1 Occasional or slight autonomic disturbances such as blushing or blanching, or sweating under stress.
- 2 Obvious autonomic disturbance on several occasions even when not under stress.
- 3 Autonomic disturbances which disrupt the interview.

47 *Sleepiness*

Representing evident diminished ability to stay awake as seen in facial expression, speech or posture.

Distinguish from withdrawal (49), perplexity (50), and slowness of movement (60).

- 0 Fully awake.
- 1 Looks sleepy. Yawns occasionally.
- 2 Tends to fall asleep when left in peace.
- 3 Falls asleep during interview or is difficult to wake.

48 *Distractability*

Representing attention easily diverted by irrelevant external stimuli.

Distinguish from withdrawal (49), perplexity (50), blank spells (51), flight of ideas (56), and hallucinatory behaviour (65).

- 0 Adequately sustained attention.
- 1 Attention occasionally distracted by irrelevant stimuli (such as background noises).
- 2 Easily distracted.
- 3 Continually distracted by incidental events and objects which makes interviewing difficult or impossible.

49 *Withdrawal*

Representing grossly restricted attention and apparent unawareness of people or surroundings.

Distinguish from sleepiness (47), perplexity (50), blank spells (51), and reduced speech (54).

- 0 Apparently well aware of the surroundings.
- 1 Occasional withdrawal, but attention can be brought back without difficulty.
- 2 Appears absent and withdrawn and is only brought back to the interview with difficulty.
- 3 Completely withdrawn. Appears not to react to words or touch.

50 *Perplexity*

Representing bewilderment, a difficulty in comprehending any situation, and interpreting the context.

Distinguish from sleepiness (47), distractability (48), and withdrawal (49).

- 0 No perplexity.
- 1 Puzzled. Occasional difficulty understanding what should be simple questions.
- 2 Appears bewildered. Simple questions must be repeated to be understood. Occasional answers unrelated to the question.
- 3 Obviously perplexed and bewildered. Speech and behaviour clearly inappropriate, as if in a dream.

51 *Blank spells*

Representing sudden stoppages and inattention while speaking, which last for a few seconds or longer. It is often accompanied by immobility and apparent thought blocking.

Distinguish from reduced speech (54), specific speech defects (55), incoherent speech (57).

- 0 No blank spells.
- 1 Occasional lapses which could be interpreted as wandering of the mind.
- 2 Obvious blank spells even when not under particular stress.
- 3 Frequent or long blank spells which interfere with conversation.

52 *Disorientation*

Representing failure of orientation in time and place

- 0 Fully oriented.
- 1 Minimal disorientation as to day or date.
- 2 Marked disorientation for date or some disorientation in time.
- 3 Markedly disoriented for time and place.

53 *Pressure of speech*

Representing pressure to talk, increased flow of speech, and undue loquaciousness. Reduced speech is scored zero on this item.

Distinguish from flight of ideas (56), and incoherent speech (57).

- 0 Ordinary speech without undue loquaciousness.
- 1 Rapid verbose speech. Gives detailed answers.
- 2 Garrulous and very difficult to interrupt.
- 3 Leads the interview. Words come tumbling out. Cannot be interrupted.

54 *Reduced speech*

Representing reticent or slowed speech with long delays or pauses. Pressure of speech is scored zero on this item.

Distinguish from withdrawal (49), perplexity (50), blank spells (51), specific speech defects (55).

- 0 Ordinary speech without undue pauses.
- 1 Takes time to produce brief answers.
- 2 Extremely brief monosyllabic answers with long delays. Hardly any spontaneous comments and when they occur they are slow.
- 3 Monosyllabic answers are only produced with great effort. Almost or completely mute.

55 *Specific speech defects*

Representing for example stuttering, dysarthria, and aphasia — specify the type, and any obvious reason.

- 0 No specific difficulties with speech.
- 1 Occasional speech defects, especially when upset.
- 2 Very evident speech defects which are intrusive but do not interfere with communication.
- 3 Persistent and disturbing speech defects which markedly interfere with communication.

56 *Flight of ideas*

Representing a rapid flow of ideas shown in speech. There is a continuity of thought, even if it is difficult or even impossible to catch up, in contrast to incoherent speech (57).

- 0 Ordinary flow of ideas.
- 1 Free and lively associations with tendency to drift in the discussion.
- 2 Rapid flow of ideas which can be followed. Frequent changes of subject which interfere with conversation.
- 3 The rapid changes of subject, and the richness and speed of associations make conversation extremely difficult or impossible.

57 *Incoherent speech*

Representing circumlocutory disorganized or apparently illogical speech with inexplicable shifts from topic to topic, distortion and fragmenting of syntax, and words.

Distinguish from flight of ideas (56).

- 0 Coherent and understandable speech.
- 1 Pedantic and slightly circumlocutory speech. Some idiosyncratic but comprehensible use of words or phrases, especially under stress.
- 2 Illogical association between words or phrases even when not under stress. "Knights move" shifts.
- 3 Obviously disjointed and illogical speech. Fragmentation of phrases or words or bizarre neologisms, which seriously interfere with communication.

58 *Perseveration*

Representing a tendency to get stuck, to repeat sentences or actions such as repeating the answer to a previous question to subsequent questions and to constantly return to the same topic, or being unable to interrupt a thought or action.

- 0 No perseveration.
- 1 The same phrase is occasionally repeated. Returns to the same question several times.
- 2 Repeats the same phrase, but can be persuaded to give more adequate answers. Difficulties in interrupting a line of thought or an action once started.
- 3 Perseverating phrases or behaviour makes communication difficult or impossible.

59 *Overactivity*

Representing an increase in frequency and extent of voluntary movement (facial movements, gait, accompanying movements and gestures) and an increased speed in their initiation and completion.

Distinguish from agitation (61), and involuntary movements (62).

- 0 Ordinary change between activity and rest.
- 1 Lively gestures and hurried gait but can rest.
- 2 Obviously expansive and rapid movements and gestures. Abrupt reactions. Leaves the chair occasionally during the interview.
- 3 Continuous wildly exaggerated motor activity. Cannot be persuaded to sit or lie down.

60 *Slowness of movement*

Representing a decrease in frequency and extent of voluntary movements. Facial movements, gait, accompanying movements and gestures retarded and sluggish.

- 0 Ordinary change between rest and activity.
- 1 Minimal gestures and facial movements.
- 2 Almost no spontaneous motor activity. Slow and laboured movement.
- 3 Has to be led to the interview. No spontaneous movements. Immobile face. Stupor.

61 *Agitation*

Representing "purposeless" motor activity such as hand-wringing, picking at objects and clothes, inability to sit still.

Distinguish from overactivity (59), involuntary movements (62), and mannerisms (64).

- 0 No agitation.
- 1 Difficult to keep hands still. Changes position several times during the interview. Fiddles with objects.
- 2 Obviously restless. Vacant and obtrusive picking at objects. Half-rises occasionally.
- 3 Cannot be persuaded to sit except for brief periods. Incessant purposeless wandering.

62 *Involuntary movements*

Representing the following involuntary movements — tics, tremor, choreoathetotic movements, dyskinesias, dystonias, and torticollis. Specify the type.

Distinguish from overactivity (59), agitation (61), and mannerisms (64).

- 0 No involuntary movements.
- 1 Occasional involuntary movements when under stress.
- 2 Obvious and frequent involuntary movements, accentuated when under stress. Manages not to let them interfere with ordinary motor activity.
- 3 Continuous involuntary movements which seriously interfere with ordinary activities.

63 *Muscular tension*

Representing observed muscular tension as shown in facial expression, posture, and movements.

- 0 Appears relaxed.
- 1 Slightly tense face and posture.
- 2 Moderately tense posture and face (easily seen in jaw and neck muscles). Does not seem to find a relaxed position when sitting. Stiff and awkward movements.
- 3 Strikingly tense. Often sits hunched and crouched, or tense and rigidly upright at the edge of the chair.

64 *Mannerisms and postures*

Representing repeated or stereotypic complex movements or postures, such as grimacing, stylized movements, odd postures, catalepsy. The rating is based on frequency, and degree of interference with other activities.

Distinguish from perseveration (58), agitation (61), and involuntary movements (62) especially tics.

- 0 No mannerisms.
- 1 Occasional or doubtful grimaces or stylized movement.
- 2 Mannerisms, grimaces or postures which are obvious but do not interfere.
- 3 Pronounced mannerisms or postures which take over from ordinary motor activity.

65 *Hallucinatory behaviour*

Representing odd behaviour suggestive of hallucinations, for example turning around suddenly, shouting, or apparently answering voices, retreating from presumed visual hallucinations. Should be rated regardless of whether hallucinations are admitted or not. Distinguish from involuntary movements (62), and mannerisms and posturing (64).

- 0 No hallucinatory behaviour.
- 1 Odd behaviour like talking to oneself which might represent hallucinatory behaviour but is thought not to be.
- 2 Convincing hallucinatory behaviour.
- 3 Bizarre or frequent hallucinatory behaviour which interferes with the interview.

66 *Global Rating of Illness*

- 0 None. Absence of illness.
- 1 Minimal or doubtful illness which does not interfere.
- 2 Moderate and definite illness.
- 3 Severe or incapacitating illness.

67 *Assumed reliability of the rating*

- 0 Very poor.
- 1 Fair.
- 2 Good.
- 3 Very good.

The CPRS is at present available in the following languages: Swedish, German, Danish, Italian and Finnish.

Marie Asberg, MD  
 Daisy Schalling, MD  
 Göran Sedvall, MD  
 Department of Psychiatry  
 Karolinska Institute  
 S-104 01 Stockholm, Sweden

Stuart Montgomery, MRCPsych  
 Academic Department of Psychiatry  
 Guy's Hospital Medical School  
 London Bridge, S.E.1, England

Carlo Perris, MD  
 Department of Psychiatry  
 Umeå University  
 S-901 85 Umeå, Sweden

## ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.

Solicitar al entrevistado que, de los siguientes puntos que le ocurran, señale la frecuencia, intensidad u otra característica que deseé especificar.

1. Tristeza: humor deprimido, ánimo bajo, abatimiento, sensación de estar fuera de toda posibilidad de ayuda y desesperanza.
2. Alegría: sentirse o estar bien, ánimo elevado y constante exuberancia. Distinguir de experiencia de éxtasis.
3. Tensión interna: incomodidad, desorden interno, ansiedad, tensión mental, temor y angustia.
4. Sentimientos hostiles: enojo, sentimientos agresivos y de hostilidad.
5. Incapacidad para sentir: reducido interés en el entorno o actividades que normalmente dan placer.
6. Pensamiento pesimista: inferioridad, culpa, autorreproche, remordimiento.
7. Pensamiento suicida: la vida no vale, bienvenida la muerte natural, pensamiento suicida, preparativos para el suicidio.
8. Hipocondriasis: preocupación exagerada o poco realista acerca de la salud y enfermedad.
9. Aprehensión: interés indebido por pequeñeses.
10. Pensamientos obsesivos: pensamientos perturbadores, alarmantes o incertidumbre que son experimentados como irracionales v.s su voluntad.
11. Fobias: sentimientos irracionales de temor a situaciones específicas, que son evitadas en lo posible.
12. Rituales: repeticiones compulsivas de actos particulares que son apreciados innecesarios o absurdos, que no pueden suprimirse sin incomodidad.
13. Indecisión: vacilación y dificultad en la toma de decisiones o elección de alternativas simples.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

13. Lasitud: dificultad para iniciar las actividades diarias, baja en el desempeño.
15. Fatigabilidad: experimentar mayor cansancio que de costumbre.
16. Dificultades en la concentración: dificultad en reunir los propios pensamientos.
17. Fallas de memoria: perturbación subjetiva para recordar comparada con la capacidad previa.
18. Disminución del apetito: sensación de pérdida de apetito comparada retrospectivamente.
19. Disminución del sueño: experiencia subjetiva de disminución en la duración o profundidad del sueño, comparativa con el estado previo.
20. Incremento del sueño: experiencia subjetiva de aumento en la duración o profundidad del sueño.
21. Disminución del interés sexual: Disminución del interés y actividad sexual.
22. Incremento del interés sexual: reporta un fuerte interés se xual que puede reflejarse en aumento de la actividad o fantasias.
23. Desórdenes autonómicos: descripción de palpitaciones, dificultad para respirar, vértigo o mareo, sudoración, pies y manos -- frías, diarrea, boca seca, indigestión, micción frecuente.
24. Dolor y sufrimientos: incomodidad corporal por dolor.
25. Tensión muscular: descripción de un aumento en la tensión de los músculos, dificultad para relajarse físicamente.
26. Pérdida de sensaciones o movimientos: deterioro o pérdida de funciones motoras o sensitivas, omitir cualquier base orgánica.
27. Desrealización: cambios en la calidad de la conciencia del -- mundo circundante. Incluye fenómeno de lo ya visto y lo nunca visto.
28. Despersonalización: cambios cualitativos de la conciencia de sí mismo, combinada con sentimientos de irrealidad, cambios comporales, desprendimiento o cambio radical de persona.
29. Sentimientos controlados: experiencia de estar en sentido lirtal influenciado o controlado desde fuera.
30. Pensamiento desorganizado: experiencia de interrupción o sus pensión súbita del pensamiento, pensamientos puestos en su ca beza, escuchados o transmitidos.

31. Ideas de persecución: suspicacia, timidez exagerada, convicción de que los demás están hablando de él, vigilándolo o persiguiéndolo con malas intenciones.
32. Ideas de grandeza: opinión exagerada de ser importante, de capacidad o salud.
33. Humor delirante: fuertes e irracionales premoniciones, sensación o convicción súbita de que eventos o cosas triviales tiene una significancia profunda y bizarra.
34. Experiencia extática: experiencia de místico arebato (éxtasis) de deleite o felicidad que puede implicar iluminación súbita, dentro de la materia religiosa, unión con dios.
35. Celos mórbidos: preocupación absorbente por la posible infidelidad de una pareja sexual.
36. Otros delirios: cualquier otra idea delirante.
37. Pensamiento sonoro: Experiencia de escuchar hablar al propio pensamiento, como repetido en voz alta, o escuchar voces que comentan acerca de uno en tercera persona.
38. Alucinaciones auditivas: todos los sonidos o voces alucinados.
39. Alucinaciones visuales: mala interpretación de estímulos visuales (ilusión) o percepciones visuales falsas, sin estímulo externo.
40. Otras alucinaciones: gustativas, olfatorias o sensaciones corporales.

#### Psicopatología observada.-

41. Tristeza aparente: abatimiento, desaliento, desesperanza, melancolía, ánimo bajo reflejado en el lenguaje, expresión facial y postura.
42. Humor alegre: estado alegre y exuberante, manifestado por hilaridad en el lenguaje, en la expresión facial y la actividad.
43. Hostilidad: irritabilidad, enojo aparente por palabras o actos.
44. Labilidad emocional: cambios rápidos de humor, sea tristeza o alegría súbita, con tendencia a exhibir esta respuesta emocional en forma intensa.
45. Afecto inapropiado: embotamiento de los afectos mostrados como fallas en la expresión emocional, la cual se muestra incongruente, claramente fuera de lugar.

46. Desórdenes autonómicos: signos de disfunción autonómica, hiperventilación o suspiros frecuentes, rubor, diaforesis, manos -  
frias, pupilas dilatadas, boca seca.
47. Somnolencia: disminución de la capacidad para estar despierto observable en la expresión facial, lenguaje o postura.
48. Distracción: atención fácilmente desviada, dispersa por estímulo los externos irrelevantes.
49. Ensimismamiento: atención gruesamente restringida o aparente ignorancia o inconciencia del medio ambiente.
50. Perplejidad: desconcierto, dificultad para comprender la situación o interpretar el contexto.
51. Acceso mudo: interrupción súbita de la atención, durante algunos segundos, a menudo acompañado de inmovilidad o aparentes bloqueos del pensamiento.
52. Desorientación: falla en la orientación temporo-espacial.
53. Taquiplalia: apremio al hablar, aumento en el flujo del lenguaje e indebida locuacidad.
54. Bradiplalia: lenguaje lento o reticente, con grandes pausas.
55. Defectos específicos del lenguaje: disfemia, disartria y afasia.
56. Fuga de ideas: lenguaje con flujo rápido de ideas, hay una continuidad de pensamiento en contraste con el lenguaje incoherente.
57. Lenguaje incoherente: aparentemente ilógico, desorganizado, circunloquio, síntesis distorsionada y fragmentada.
58. Perseverancia: repetir frases o las respuestas o las preguntas regresar constantemente al mismo tópico. O ser incapaz de interrumpir un pensamiento o acción.
59. Hiperactividad: aumento en la frecuencia y extensión de los movimientos voluntarios (movimientos faciales, caminar y gestulación).
60. Bradicinesia: disminución en la frecuencia y extensión de la actividad motora voluntaria.
61. Agitación: Actividad motora inútil como incapacidad para estar sentado.
62. Movimientos involuntarios: tics, temblores, movimientos coreoatetósicos, disquinesias y distonías.
63. Tensión muscular: tensión que se puede observar en la expresión facial, en la postura y en los movimientos.

64. Manerismos: movimientos repetidos o estereotipados, complejos o en la postura, movimientos estilizados, posturas incómodas, catalepsia.

65. Actitud de alucinado: comportamiento extraño, que sugiere alucinaciones, como aparentar contestar voces, voltear súbitamente.



7. Cambio(S) significativo(s) en sus hábitos de alimentación(come mas o menos de lo usual, diferentes horarios de comida)  18
8. Privación o pérdida de un préstamo(hipoteca)  19
9. Cambio(s) en hábitos personales, vestimenta, maneras, etc.  20
10. Muerte de un amigo  21
11. Violaciones menores de la ley(perturbar la paz, infracción de tránsito).  22
12. Logro personal notable  23
13. Embarazo(de la esposa, o de usted misma)  24
14. Cambio(s) significativo(s) en la salud o conducta de algún miembro de la familia.  25
15. problemas o dificultades sexuales  26
16. Problemas con parientes  27
17. Cambio(s) significativo(s) referente a reuniones familiares(mucho mas o mucho menos de lo usual).  28
18. Cambio(s) significativo(s) en el aspecto económico (mucho mejor o mucho peor de lo usual).  29

19. Inclusión de un nuevo miembro a la familia (por nacimiento, adopción, otro familiar que viene a vivir con la familia).  30
20. Cambio de residencia (cambio a una nueva dirección)  31
21. Hijo o hija se va de la casa (por casamiento, ir a vivir a otra ciudad, etc.)  32
22. Separación del conyuge o pareja (casamiento o noviazgo).  33
23. Cambio(s) significativo(s) en actividades religiosas (mucho mas o mucho menos de lo usual).  34
24. Reconciliación con el cónyuge o pareja  35
25. Ser despedido del trabajo o expulsado de la escuela.  36
26. Divorcio (de Ud. o de los padres)  37
27. Cambio a otro tipo de trabajo diferente del que usted realiza usualmente  38
28. Cambio(s) significativo(s) en el número de discusiones con el cónyuge, o con los padres (mucho mas o mucho menos de lo usual en lo que se refiere al cuidado y atención de los niños, hábitos personales, etc)  39
29. Cambio significativos de responsabilidades en el trabajo (promoción, estancamiento, cambios, etc)  40

30. La esposa empieza o deja de trabajar fuera de casa  41
31. Cambio significativo de horario o condiciones de trabajo  42
32. Cambio significativo en actividades recreativas (mas o menos de lo usual)  43
33. Petición de un préstamo considerable  44
34. Verse implicado con drogas o alcohol  45
35. Enfermedad seria o lesión significativa que requiere hospitalización o no necesariamente.  46
36. Reajuste en el trabajo(reorganización,bancarrota)  47
37. Cambios significativos en su vida o actividades sociales(ir al cine,bailar,visitas,etc.)  48
38. Cambio significativo referente a condiciones de vivienda(construcción,remodelación,deterioro ,etc.)  49
39. Retiro o jubilación del trabajo  50
40. Vacaciones  51
41. Reprobar en la escuela  52
42. Cambio de escuela(Universidad)o lugar de estudio  53

43. Iniciación o terminación de actividades escolares  54

44. Le han ocurrido otros eventos no mencionados anteriormente.  55

¿Cuales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  56

\_\_\_\_\_  57

\_\_\_\_\_  57

Fecha : \_\_\_\_\_