

11241

18  
203

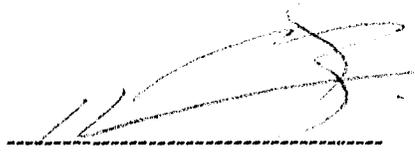
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

TITULO

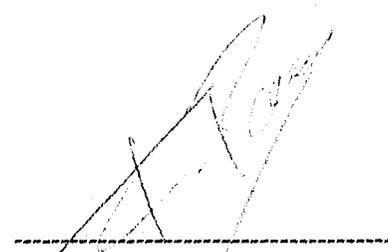
**"ESTUDIO DE TRADUCCION , CONFIABILIDAD Y  
VALIDEZ DE LA ESCALA DE AJUSTE  
PREMORBIDO.**

ALUMNO: Dr Macario López Favela.

TUTORES



**Dr Humberto Nicolini Sanchez**  
(Teórico)

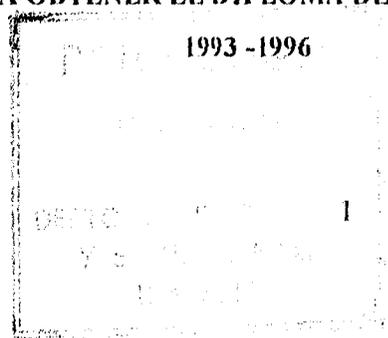


**Dr Francisco Páez Agraz**  
(Metodológico)

Instituciones Participantes.

**Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".**  
**División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA



*cam*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

# INDICE

Titulo.....	1
Indice.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Antecedentes.....	5
Planteamiento del problema .....	27
Objetivo general .....	27
Objetivos particulares .....	28
Material y métodos .....	28
Resultados .....	32
Discusión .....	36
Bibliografía .....	39
Anexo I ( Instrumentos ) .....	44

## RESUMEN

La planeación de metas terapéuticas exitosas para un paciente psicótico requiere el entendimiento y evaluación de como fué su funcionamiento social antes de la aparición de la enfermedad , lo que permite predecir el curso de la enfermedad y el tratamiento más conveniente.

En el presente trabajo se pretendió traducir y valorar la validez y confiabilidad de la escala de ajuste premórbido (EAP ) de Canoon- Spoor y cols. ya que aunque existen numerosos instrumentos para diagnosticar los diversos estados psicóticos se cuenta con escasos instrumentos auxiliares en el estudio del funcionamiento premórbido a un cuadro psicótico en la esquizofrenia.

La EAP es una escala de evaluación que fué diseñada para evaluar el grado de destreza en el desarrollo de metas para cada uno de los periodos de la vida antes de la aparición de un cuadro psicótico en la esquizofrenia. La EAP consta de 5 items, los cuales se califican del 0 al 6, considerando el 0 como normal o ausencia de disfunción y el 6 cuando el paciente manifiesta el síntoma en su máxima expresión o su funcionamiento más bajo.

Se realizó un estudio de proceso , transversal y comparativo en población del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez" . Los datos fueron analizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

El valor de alfa de Cronbach, utilizando la aportación de los 26 reactivos crudos de la escala total fué de 0.76. El alfa de Cronbach utilizando la aportación de cada uno de los subtotales de los 5 apartados de la escala fué de 0.95, lo que demuestra alta consistencia. El ajuste premórbido global fué significativamente más pobre en los paciente esquizofrénicos que en los controles (casos  $0.61 \pm 0.8$  vs controles  $0.14 \pm 0.9$   $F = 4.22.5$   $gl = 58$ ,  $P < 0.0001$ ). No se encontró relación entre el ajuste premórbido y las variables demográficas.

## INTRODUCCION.

Uno de los aspectos fundamentales de la investigación en psiquiatría en lo general, y en la esquizofrenia en lo particular, es la disponibilidad de las herramientas adecuadas para el estudio de los múltiples aspectos de la enfermedad ( 1 ).

La escala de ajuste premórbido ( EAP) es una escala de evaluación que fué elaborada para ser utilizada en el campo de la investigación . Este instrumento fué diseñado para evaluar el grado de destreza adquirida en el desarrollo de metas en cada uno de los periodos de la vida del paciente, previos a la aparición de la esquizofrenia. En el marco teórico de este estudio se presenta una descripción de la escala y su uso, así como las propiedades psicométricas reportadas por sus autores originales ( 2 ).

La EAP ha mostrado ser útil en la identificación de pacientes con probabilidad de ser hospitalizados en forma crónica o con alto riesgo de rehospitalización. Tambien sirve como un posible predictor de pacientes con anomalías cerebrales detectadas por tomografía computarizada ( 2 ).

Los anteriores aspectos generales nos indican que la EAP es un instrumento con grandes potencialidades en el campo de la investigación clínica psiquiátrica, y por ello se decidió llevar a cabo la tarea de traducir la escala y evaluar su consistencia interna y validez predictiva.

## ANTECEDENTES .

Originalmente Kraepelin en 1902, llamó demencia precoz a lo que ahora se denomina esquizofrenia. este autor consideraba que los síntomas típicos (es decir. delirios, alucinaciones , déficit de atención y actividad motriz bizarra ) se debían a una forma de deterioro mental que comenzaba en la adolescencia ( 3 ).

Sin embargo, Bleuler en 1911, observó que muchos pacientes que presentaban tales síntomas no seguían un curso de deterioro y que, con mucha frecuencia, la enfermedad comenzaba mucho después de la adolescencia. En consecuencia, introdujo el término de "esquizofrenia" ( de manera literal " mente escindida " o " personalidad dividida " ) para describir una enfermedad en la que " la personalidad pierde su unidad " (6) .

De acuerdo con Clare (6) el diagnóstico de la esquizofrenia se fundamenta en el Reino Unido en gran medida en lo que Schneider (6) denominó síntomas de primer rango. En presencia de uno o más de ellos ( y en ausencia de enfermedad cerebral , etc. ), se hace un diagnóstico de esquizofrenia. Pero aún en su ausencia se puede realizar un diagnóstico de este tipo ya que , con frecuencia, en las etapas iniciales y agudas de la enfermedad y en el estado de " defecto " crónico del paciente extremadamente perturbado los síntomas de primer rango no son aparentes.

Slater y Roth (6) consideran a las alucinaciones como el menos importante de todos los síntomas principales porque no son exclusivas de la esquizofrenia ; además de los síntomas de primer rango de Schneider identifican como síntomas clave a los trastornos en el proceso del pensamiento, a los trastornos psicomotores y a la falta de voluntad.

El DSM - III - R (5) requiere que existan signos continuos de perturbación al menos 6 meses antes de que se haga un diagnóstico de esquizofrenia ( 4 ). El ICD 10 requiere sólo una duración de un mes y descansa más en los síntomas de primer rango de Schneider que el DSM - III - R .

La esquizofrenia no sólo es la categoría más comunmente diagnosticada de los trastornos mentales severos (cerea de 40 - 50 % de todos los pacientes psiquiátricos se etiquetan como esquizofrénicos y se detectan como tales al 1% de la población total en algún momento de la vida), sino que se ha vuelto un foco de controversia que rodea al modelo médico ( 6 ,7 ).

El alto costo económico de la enfermedad ha sido señalado por varios autores (8, 9, 10), aunque los costos estimados están lejos de mostrar las dimensiones devastadoras de la enfermedad. Rashi Fein en 1958 fué el primero en discutir los conceptos de costos directos ( dinero gastado en hospitalización, servicios médicos, etc. ) e indirectos, que se refieren a las pérdidas en que incurre la sociedad debido a la reducción de la productividad causada por enfermedad mental o accidentes ; esto incluye el costo de días perdidos de trabajo y los días sin productividad secundarios a incapacidad mental y muerte prematura ( 10 ).

Weiden y Olfson publicaron en 1955 un articulo en que estimaron que el costo anual por hospitalizaciones cortas secundarias a recaídas fué aproximadamente de 2.3 billones de dólares en los Estados Unidos ( 8 ).

La esquizofrenia causa grandes problemas en el funcionamiento psicosocial del individuo. La evaluación del funcionamiento psicosocial ha sido útil en el área de investigación pero es confusa por el proceso de la esquizofrenia en sí. Sin embargo, varias investigaciones se han enfocado en la evaluación del funcionamiento psicosocial antes de la aparición del periodo de estado de la enfermedad, es decir el periodo premórbido (11 , 12).

Separar el funcionamiento mórbido temprano del funcionamiento premórbido puede ser difícil, sobre todo en términos de tiempo. Para lo que es más sencillo hacer una separación en términos temporales, es para los aspectos clínicos propios de la enfermedad, como son el curso, grado de respuesta al tratamiento y síntomas actuales.

En 1980, Crow propuso la existencia de un síndrome caracterizado por lo que se denominaron síntomas negativos en la esquizofrenia. Postuló que los síntomas negativos no respondían adecuadamente a los neurolepticos convencionales y que persistían a través del tiempo, sugiriendo una condición de cronicidad. Sin embargo, algunos síntomas negativos han mostrado ser estado - dependientes, en cuanto a que responden a los medicamentos, se incrementan con las recaídas psicóticas y con la abstinencia a drogas. Además, se ha descubierto que los síntomas negativos responden a la administración de anfetaminas. También hay indicaciones de que los síntomas negativos pueden ser resultado de la subestimulación proveniente del ambiente que rodea al paciente.( 13 )

Aparentemente ha existido una falta de definición en lo que se debe de incluir en el apartado de los síntomas negativos. Aunque algunos investigadores propusieron que un pobre funcionamiento social y un deterioro en la atención podrían ser considerados síntomas negativos, Crow sugirió delimitar la definición al aplanamiento del afecto y a la pobreza en el discurso. La especificidad de los síntomas negativos a la esquizofrenia también a sido puesta en duda ( 13 ).

Carpenter y cols (14) trataron de solucionar este punto haciendo una distinción entre los síndromes de déficit y de no déficit. En este paradigma la severidad y la persistencia de los síntomas son más importantes que la definición de los mismos. Los síntomas negativos consistentes que no son causados por depresión, ansiedad, efectos medicamentosos o privación ambiental, deben estar presentes por lo menos durante un año. Los síntomas son considerados consistentes si no muestran respuesta al tratamiento con neurolepticos o no disminuyen con la remisión de los síntomas psicóticos.

Las exploraciones de los síntomas negativos (11, 12, 15, 16) condujeron a la investigación de su relación con una pobre adaptación social premórbida, lo cual se ha encontrado correlacionado con varias otras variables negativas, tales como un pobre pronóstico, pobre respuesta a fármacos, y anomalías en la tomografía computarizada. (13)

Andreasen y Olsen (16) usaron un modelo de clasificación (grupos con síntomas positivos, negativos y mixtos) que mostró que el nivel de adaptación premórbida medido con la escala de Phillips fue significativamente más pobre en el grupo con síntomas negativos. Andreasen y cols. replicaron este hallazgo con una muestra más reciente (17).

Pogue-Geile y Harrow (13) reportaron una relación significativa entre un funcionamiento premórbido pobre (falta de amigos cercanos, pequeño número de personas conocidas) y el registro de síntomas negativos. Sin embargo, no en todos los estudios se observa esta relación.

### **Pronóstico y funcionamiento premórbido.**

La distinción entre síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia ha sido reconocida desde principios de siglo. La esquizofrenia tipo I fue descrita por Crow como la que presenta múltiples síntomas positivos, buen funcionamiento premórbido, inicio agudo y respuesta adecuada al neuroléptico. En el tipo II predominan los síntomas negativos, mal funcionamiento premórbido, inicio insidioso y resistencia a los medicamentos (18).

Fenton y McGlashan ( 19 ) estudiaron una población de esquizofrénicos egresados entre 1950 y 1975 del hospital Chesnut Lodge y un grupo de pacientes institucionalizados durante un periodo similar de tiempo y encontraron que la anhedonia, la adquisición de habilidades e intereses , el afecto plano y la conducta extravagante emergieron como predictores independientes de la evolución longitudinal. De los síntomas positivos, ni los delirios , ni las alucinaciones se asociaron con la evolución, sin embargo, la conducta extravagante y el trastorno del pensamiento se correlacionaron negativamente con ésta. Los autores comentan que la esquizofrenia con gran números de síntomas negativos se relacionó con un mal funcionamiento premórbido, con instalación insidiosa, remisiones nulas o parciales durante los primeros años de la enfermedad y, en muchos casos , con un curso progresivo con deterioro permanente. En contraste , la esquizofrenia con pocos síntomas negativos se relacionó con un buen funcionamiento premórbido, instalación aguda, curso temprano intermitente y, en más de la mitad de los casos, con un mejor pronóstico a largo plazo.

Se consideró que los síntomas positivos eran importantes para predecir futuras hospitalizaciones , pero fueron de menor importancia como indicadores de la historia diferencial de la enfermedad , del curso y de la incapacidad funcional de la misma ( 18 ).

#### **Etiología y funcionamiento premórbido.**

Al estudiar, en una cohorte de pacientes esquizofrénicos del hospital Chesnut Lodge, el grado en el que los subtipos clásicos definen a los grupos de pacientes con diferentes patrones de vulnerabilidad premórbida y diferente curso de la enfermedad , se informó de un nivel de funcionamiento significativamente mejor en el grupo paranoide que en los otros 2 grupos. También se reportó que los paranoides y los pacientes hebefrénicos presentaron un franco deterioro en el funcionamiento premórbido, en contraste con los del grupo que tenía esquizofrenia indiferenciada, cuyas características premórbidas habían sido exageradas ( 19 ).

El grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide se caracterizó por haber iniciado en forma tardía y aguda, situación que les permitió alcanzar un mejor nivel social y ocupacional antes de que se desarrollara la enfermedad, que en este grupo parece estar más relacionada con factores externos que con una exacerbación de características premórbidas. Debido a su buen funcionamiento anterior y a que la enfermedad no es completamente incapacitante, no es sorprendente que se presenten un alto índice de suicidios ( 19 ).

El grupo hebefrénico se caracterizó por mostrar más antecedentes de psicopatología familiar. El principio de la enfermedad tendió a ser insidioso, con inicio en la adolescencia, por lo que quedaron muy incapacitados antes de llegar a la vida adulta. El curso de la enfermedad fué continuo y en muchos casos con tendencia al deterioro. Fue muy raro que se recuperaran de sus funciones y algunos se suicidaron ( 19 ).

El grupo de esquizofrenia indiferenciada presentó más antecedentes de trastornos de la conducta durante la niñez , y en la mayoría de los casos, se presentó como una exageración o exacerbación de los rasgos premórbidos de la personalidad. No todas tuvieron un deterioro progresivo ( 19 ).

Genéticamente parece haber una pequeña distinción entre la esquizofrenia paranoide y la no paranoide; la primera presenta menor tendencia familiar. La edad de inicio separa claramente los 3 subtipos y el curso de la enfermedad tiende a ser diferente en cada uno (19).

La planeación bien pensada de metas terapéuticas para un paciente psicótico requiere el entendimiento y la evaluación individual de como fué su personalidad antes la aparición de la enfermedad, que grado de funcionamiento psicosocial y destreza en el desarrollo de actividades mentales tenía antes de comenzar a enfermar.

El funcionamiento psicosocial exitoso incluye muchos componentes y es difícil de conceptualizar y definir, especialmente en la forma de un instrumento de clasificación.

Por esto, es muy importante el diseño de una escala que cumpla con los criterios ideales de investigación para medir en forma confiable el ajuste del funcionamiento de los pacientes antes del inicio de la enfermedad.

### **Elementos de Clinimetría.**

Para que los datos obtenidos con diferentes tipos de instrumentos de medición puedan usarse en situaciones prácticas, estos deben satisfacer ciertas condiciones:

Primero, el instrumento de medida que se usa en un caso y con un propósito dado, debe de medir realmente el rasgo que intenta medir.

Segundo : el instrumento debe de dar medidas confiables, de manera que obtenga los mismos resultados al volver a medir el mismo rasgo, bajo condiciones similares del objeto o individuo en cuestión. Los datos deben ser significativos y reproducibles. Es necesario probar empíricamente que el instrumento mide la variable que intenta medir en un caso específico. A esto se le llama investigar la validez del instrumento y es una parte importante en el trabajo de construcción de nuevos instrumentos en psicología diferencial. El conocimiento del grado de validez del instrumento es necesario para que los datos obtenidos con él puedan usarse significativamente. ( 20 )

El segundo requisito de los instrumentos de medida, mencionado antes, es que los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones deben ser los mismos si volvemos a medir el mismo rasgo en condiciones similares. Este aspecto de la exactitud del instrumento de medida es su confiabilidad en acepción técnica de este término.

El grado de acuerdo entre las medidas hechas en diferentes ocasiones puede computarse por medio de métodos de correlación. El coeficiente de correlación para el acuerdo entre medidas repetidas bajo condiciones similares, constituye el valor numérico de la confiabilidad de los datos que pueden obtenerse con un instrumento dado. Este coeficiente de correlación es llamado coeficiente de confiabilidad y puede tomarse valores entre uno y cero, pero no puede ser negativo. (20)

La validez se refiere al grado en que una condición observada refleja la situación "verdadera" o bien la situación establecida por otros criterios que se piensan reflejan la situación verdadera con mayor precisión.

En general la validez es un método de exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con él, en el sentido que midan realmente los rasgos que se pretenden medir. Cuando examinamos la validez, investigamos si el test cuya confiabilidad es conocida mide aquello para lo que fue construido. Con métodos usados para medir variables psicológicas es necesario probar empíricamente que el instrumento es válido para todos los casos (20).

Cuando construimos un test nos interesa primordialmente saber si tiene alta validez. La confiabilidad interesa principalmente como una condición necesaria para la validez. Debe tenerse presente que una alta confiabilidad es un requisito necesario, pero no suficiente para una alta validez.

Aquellas medidas de criterio que usamos para obtener la validez de un nuevo instrumento, rara vez dan una medida exacta de las posiciones del individuo sobre el continuo de "criterio verdadero". Cuando estimamos la validez, rara vez, tenemos acceso a los criterios que son expresiones confiables y válidas de la variable del criterio. Por lo tanto debemos distinguir entre los genuinos criterios intermedios disponibles, cuando juzgamos el valor de algún coeficiente de validez, debemos tener en cuenta cuan estrechamente está relacionado el criterio usado con el verdadero y además, la confiabilidad de las medidas de criterio obtenidas. A un propósito dado, no siempre podemos esperar que el coeficiente de validez de una expresión exacta de la validez del test, todos los coeficientes de validez deben juzgarse a la luz del criterio que se ha usado ( 21 ). Cuando computamos la validez predictiva, deseamos usar el test para predecir las posiciones que el individuo tendrá sobre una distribución de las que sólo podemos disponer más tarde. El test predice resultados después de un tiempo dado.(21)

Como la validez predictiva, la validez concurrente se expresa por un coeficiente de validez. La validez concurrente se usa para test en situaciones de diagnóstico.

La validez de contenido se determina por el grado en que la muestra de apartados del test es representativa de la población total. Antes de que pueda estimarse la validez de contenido, es necesario definir explícitamente las metas del curso.

El concepto de validez de construcción es especialmente útil en relación a los test que miden rasgos para los cuales no hay un criterio externo ( 21 )

Existen dos aspectos muy importantes de la precisión de un procedimiento o estudio para el diagnóstico. El primero es la bondad de la prueba para detectar el trastorno y por lo tanto, ser positiva en pacientes que sí tienen la enfermedad. Este aspecto se llama sensibilidad elevada, su tasa de negativas será baja; es decir, no da un resultado negativo en muchos casos de los pacientes que tienen la enfermedad.

El segundo aspecto de la precisión es con cuanta seguridad la prueba identifica correctamente a pacientes que no tienen la enfermedad: este aspecto se conoce como especificidad de la prueba. Si esta especificidad es alta, su tasa de positivas falsas es baja; es decir, en muchas personas sin la enfermedad la prueba no dará resultado positivo ( 21 ).

La sensibilidad y la especificidad de un procedimiento para diagnóstico se determina por lo general seleccionando un grupo de pacientes que se sabe tienen la enfermedad y otro grupo que se sabe no tiene la enfermedad posteriormente se hace el análisis de los dos grupos. Luego, la sensibilidad se calcula como la proporción de pacientes que se sabe tienen la enfermedad y dieron una prueba positiva; especificidad es la proporción de personas que se sabe no tienen la enfermedad y dieron resultado negativo. Desde luego, no siempre se dispone de inmediato de un estándar de oro ( ideal ) o de uno totalmente libre de error (21).

La relación que hay entre variables es a menudo llamada correlación entre variables, el grado de correlación se expresa por un coeficiente de correlación, se obtiene un puntaje para cada una de las dos variables y se estudia la correlación entre ellas, el coeficiente indica entonces el grado en que los puntajes de una de las variables mantiene una relación lineal sistemática con los puntajes de la otra ( 20 )

El coeficiente de correlación puede tener valores entre 1.0 y -1.0, el valor de 1.0 significa que el acuerdo entre los conjuntos de puntajes para los que se calcula la correlación es perfecto y positivo ; cada individuo tiene exactamente la posición expresada como el puntaje estándar de ambas distribuciones. El valor de -1.0 significa una relación perfecta, pero negativa, en este caso los puntajes estándar de los individuos en dos distribuciones son los mismos , pero tienen signos contrarios . Si no hay una relación una relación lineal sistemática entre los puntajes de las dos distribuciones el coeficiente de correlación es cero. El coeficiente de correlación es pues , una medida del grado de relación lineal de dos series de medidas. La exactitud de la predicción que puede hacerse de una variable a partir de la

otra, aumenta con el grado de relación de los puntajes: cuanto mayor es el valor absoluto del coeficiente de correlación, tanto más cierta será la predicción.

Cuando el coeficiente de correlación es cero, no hay relación sistemática entre los puntajes de las variables, lo más que puede hacerse en este caso, es predecir la medida de distribución y, si estamos forzados a predecir el valor más probable a partir de un valor  $x$ , entonces, cuando la correlación es cero es imposible hacer una predicción significativa (20).

Cuando la relación es de 1.0, la predicción puede hacerse con perfecta exactitud, ya que los puntajes estándar de los individuos son los mismos para ambas variables. Tan pronto conocemos el puntaje de un individuo en una distribución sabemos el puntaje de la otra. Cuando el coeficiente de correlación es de -1.0, podemos hacer la predicción con la misma exactitud (20).

### **Escalas de Ajuste Premórbido.**

No siempre ha sido claro cuales aspectos de la vida previa al inicio de la enfermedad son característicos y pudieran formar parte de en una escala de medición. Por ejemplo, los estudios más minuciosos de escalas de funcionamiento premórbido, como son la escala de Phillips ( 22 ), la escala pronóstica Elgin (Wittman 1941) ( 23 ), la escala de ajuste social premórbido (Gittelman-Klein y Klein 1969) ( 24 ) y el estudio de funcionamiento premórbido (Goldstein 1977) ( 25 ), han demostrado que un pobre funcionamiento premórbido puede ser relacionado con diversos parámetros, incluyendo resultado de la terapia, duración de la hospitalización y tipo de síntomas (Goldstein, Held y Cromwell 1968; Klorman, Strauss y Klorman 1977 ).

Las escalas antes mencionadas fueron desarrolladas hace ya varios años y consecuentemente, en muchos apartados consideran evaluaciones subjetivas y no toman en cuenta de manera adecuada las diferencias culturales. Más allá todavía, la mayoría de las escalas fallan sistemáticamente al no evaluar el funcionamiento premórbido en varios periodos de la vida. La escala de funcionamiento asocial premórbido (Gittelman - Klein y Klein 1969) incorpora continuamente de un nivel de edad a otro, en sus apartados, pero no intenta evaluar la función en el adulto.

La escala de Phillips ( Phillips 1953 ) ( 22 ) está dirigida hacia el ajuste sexual a lo largo de la vida adulta, después de la aparición de las conductas sexuales.

La escala de Kantor, (Kantor, Wallner y Winder 1953 ) ( 26 ) que también tiene apartados para varios periodos de la vida desde la infancia hasta la edad adulta, fué desarrollada como un instrumento para discriminar pacientes con un proceso psicótico reactivo. La escala no proporciona apartados para medir los procesos de desarrollo mental.

Houlihan observó ( 1977 ) que el concepto proceso-reactivo, cuando es usado en una escala como ésta, tiende a reflejar el desarrollo del estado esquizofrénico, en vez del proceso de maduración normal.

En el verano de 1977, el Centro para Estudios de Esquizofrenia llevó a cabo un taller enfocado a analizar las dificultades para evaluar el ajuste premórbido ( Keith y Buchsbaum 1978 ) (27) de donde surgió la escala de Evaluación del Ajuste Premórbido en Esquizofrenia Crónica. La presente escala fué desarrollada en respuesta a las sugerencias y aparente consenso general de los participantes. Los autores quisieron desarrollar una escala que : 1) fuera de utilidad en investigación; 2) conceptualizara exitosamente el funcionamiento premórbido en términos de la realización de ciertos objetivos de desarrollo mental que fueron visto como primordiales en el funcionamiento saludable y 3) tomara en cuenta la especificidad de los objetivos en relación con la edad. De esta manera, el individuo con pobre ajuste premórbido fué conceptualizado como uno que no puede realizar una o más de estas

metas de desarrollo mental antes de la aparición de la enfermedad o bien, que pudiera realizarlo en un periodo más tardío del considerado apropiado.

Recientemente, Mukherjee y cols ( 13 ) propusieron un modelo premórbido de desarrollo para los síntomas negativos, basados en la Escala de Ajuste Premórbido. Ellos encontraron evidencia de que el deterioro de la función entre la infancia y la adolescencia temprana se correlacionaban con la calificación obtenida en síntomas negativos. Su estudio, así como muchos otros estudios previos evaluaron pacientes que estaban recibiendo medicación. Sin embargo, debido a que los síntomas negativos pueden, tanto responder a, como ser inducido por fármacos, una evaluación de los síntomas negativos en los sujetos libres de fármacos, sin la complicación de una exacerbación psicótica, podría ser de gran utilidad para comprender el origen de los síntomas negativos residuales.

Además, la evaluación de los sujetos libres de medicación es preferible, debido a que los pacientes con un pobre funcionamiento premórbido pueden recibir dosis más altas debido a la resistencia al tratamiento, creando así un sesgo sistemático.

En 1992, Bilder y cols ( 28 ), utilizando la EAP de Cannon-Spoor ( 2 ), estudiaron la correlación de los síntomas negativos con el funcionamiento premórbido utilizando la EAP encontrando que los pacientes con síntomas negativos tuvieron niveles significativamente menores de funcionamiento premórbido durante la adolescencia tardía y un deterioro premórbido significativamente mayor entre la infancia y la adolescencia temprana. El análisis de correlación reveló relaciones positivas significativas entre las variables premórbidas y los síntomas negativos. Esto sugiere que un deterioro en el funcionamiento intelectual y social entre la infancia y la adolescencia se asocian con el desarrollo de un síndrome de síntomas negativos en la esquizofrenia. El deterioro premórbido parece ser un prodromo temprano del trastorno. El hecho de si este síndrome residual de síntomas negativos está relacionado al síndrome de déficit en la esquizofrenia requiere de más estudios de tipo prospectivo.

## **ESCALA DE AJUSTE PREMORBIDO (EAP) de Cannon-Spoor y col. ( 2 ).**

La EAP está diseñada para evaluar el nivel de funcionamiento en cuatro aspectos de diferentes etapas del ciclo vital del sujeto: socialización y aislamiento, relaciones de amistad o de compañerismo, capacidad para funcionar fuera del núcleo familiar y capacidad para la vinculación socio-sexual.

Los cuatro periodos del ciclo vital evaluados son la infancia ( hasta los 11 años ), adolescencia temprana ( 12-15 años ), adolescencia tardía ( 16-18 años ) y edad adulta ( 19 años en adelante ). En la sección final de la escala se encuentra una valoración general que contiene aspectos globales que pretende estimar el nivel más alto de funcionamiento alcanzado por el sujeto antes de enfermarse, el tiempo de duración y características de la enfermedad actual y por último la recolección de información general, como por ejemplo, el grado de educación alcanzado.

El objetivo de la escala es la medición únicamente del funcionamiento premorbido. Como funcionamiento premorbido se define a lo sucedido en los 6 meses previos a la primera hospitalización psiquiátrica, al primer contacto con atención psiquiátrica, o bien a la evaluación de los seis meses previos a la presencia de síntomas psicóticos bien definidos. En la EAP, sólo se evaluarán los periodos que sean aplicables a cada sujeto de acuerdo a esta definición. Por ejemplo, cuando se evalúa a un sujeto de 39 años de edad que presentó su primer episodio psicótico a los 17 años no se calificaría la sección de la edad adulta y se evaluarían las demás secciones incluyendo a la general.

Las evaluaciones se pueden basar en la información obtenida de los expedientes clínicos, de familiares o bien del mismo paciente cuando las condiciones clínicas lo permitan.

**a) Evaluación :**

Cada sección de la escala se compone de áreas de funcionamiento descritas con diferentes enunciados y cada uno de estos tiene una calificación específica, el rango es de 0 a 6 puntos. el "0" corresponde al nivel más alto de funcionamiento y el "6" representa el nivel más bajo. cada enunciado tiene la frase que sirve como guía para la evaluación, el evaluador debe seleccionar el número que corresponde al enunciado que describa el más cercano posible la información obtenida. los enunciados tiene varias frases y no necesariamente deben de obtenerse todas las frases para seleccionarlo. cuando no se tenga la suficiente información para seleccionar un enunciado puede dejarse sin calificar esa área de funcionamiento.

**b) Calificación:**

Cada sección de la escala tendrá una calificación total la cual se obtendrá mediante la división de la suma de los puntajes obtenidos en cada área entre el puntaje posible de cada sección. El puntaje posible se refiere a la máxima calificación que se obtiene por sumar el puntaje máximo de cada área. Por ejemplo si un sujeto se le califica con 2,3,3 y 2 en las áreas de la sección de infancia, obtendremos una calificación total de 10 puntos. El puntaje posible para esa sección es de 24 puntos ( 6 + 6 + 6 + 6 ). por lo que al llevar a cabo la división tendremos una calificación total de .42, en el caso de que no se tenga disponible la información necesaria para calificar un área esta se eliminara del cálculo por lo que la calificación total es la división del puntaje obtenido entre el puntaje posible de las áreas evaluadas, tomando el ejemplo pasado se obtendría:  $2,3,3 = 8$ ,  $8/18 = .44$ .

Al final se debe obtener la calificación global de la escala y corresponderá al promedio de las calificaciones totales de cada una de las secciones.

**c) Confiabilidad:**

La confiabilidad interevaluador se determinó en 2 estudios. En el primero dos evaluadores estaban familiarizados con el uso de la EAP y tenían experiencia en su uso, los cuales calificaron a 11 pacientes. Ambos evaluadores revisaron las gráficas de los pacientes para sus historias psicosociales. En algunos casos las entrevistas de los pacientes se realizaron con ambos evaluadores presentes después de que se completaron las revisiones de gráficas y las entrevistas de los pacientes, los evaluadores en forma independiente llenaron la EAP para cada paciente. El coeficiente de relación intraclass para los dos evaluadores fue de  $R = .85$  ( $P = .0001$ ).

En el segundo estudio se investigó la confiabilidad interevaluador de otro hospital que no estaban familiarizados con la escala y que no estaban capacitados en su utilización. Tres evaluadores del hospital de la administración de veteranos de California calificaron en forma independiente a los pacientes para sus historias gráficas en forma aislada. Cuando se terminaron estas calificaciones, las historias gráficas fueron realizadas por dos evaluadores con experiencia. El coeficiente de correlación intraclass fue de  $R = .40$  ( $P = 0.01$ ) para los tres evaluadores del hospital de veteranos y  $R = .85$  ( $P = 0.0001$ ) para los investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental. La correlación entre los 5 investigadores fue de  $0.74$  ( $P = 0.0001$ ).

**d) Validez.**

**Comparación con población normal.**

Un grupo de 76 controles normales (10 mujeres y 66 varones constituido por estudiantes, personal de la fuerza aérea y empleados del hospital Santa Isabel, fue calificado con la EAP. A los sujetos controles se les dijo que la escala era utilizada para comparar el desarrollo social de personas "normales" con personas que han estado mentalmente enfermas.

Los sujetos controles fueron entrevistados uno por uno por dos investigadores que tenían familiaridad con la escala. Los investigadores llenaron la EAP para los sujetos control basándose en la información obtenida en la entrevista. La media de error estándar del promedio de cada subescala y el puntaje promedio para los normales y para un grupo de 86 pacientes esquizofrénicos ( 12 mujeres y 74 varones ) se muestra en la tabla 2. La población de pacientes se obtuvo del hospital Santa Isabel quienes voluntariamente aceptaron formar parte del estudio. Todos los pacientes llenaron los criterios diagnósticos de esquizofrenia para investigación ( Spitzer, Endicott y Robin , 1975 y los criterios Feighner) (Feighner y cols, 1972). Los normales fueron significativamente diferentes en cada subescala, así como en el puntaje promedio de la puntuación de pacientes.

#### **Pacientes en consulta externa versus pacientes crónicamente hospitalizados.**

De los 86 pacientes esquizofrénicos calificados con la EAP, 19 eran pacientes de consulta externa en el momento en que se llevaron las evaluaciones. Aproximadamente la mitad de los pacientes restantes habían sido constantemente hospitalizados por 7 años o más. Cuando se comparó el ajuste premórbido de los pacientes que en la actualidad eran pacientes en consulta externa con los pacientes que por lo menos habían estado hospitalizados 7 años, la EAP discriminó exitosamente entre los dos grupos. Como era de esperarse a los pacientes que habían sido continuamente hospitalizados los cuales tenían puntaje de ajuste premórbidos significativamente peores. La discriminación significativa fue obtenida para todas las subescalas excepto infancia ( adolescencia temprana  $P = 0.02$ , adolescencia tardía  $P = 0.009$ , vida adulta,  $P = 0.02$  y puntaje promedio  $P = 0.002$ , en análisis de una vía .

### **Duración de hospitalización.**

Información confiable respecto a la duración de hospitalización estaba disponible para 39 pacientes, los puntajes promedio de ajuste premórbido para estos pacientes fueron correlacionados con el número de meses de hospitalización (Pearson  $R = 0.41$ ,  $P = 0.006$ ).

La hospitalización crónica fue relacionada al pobre ajuste premórbido. Cuando los puntajes de las subescalas normales de la EAP fueron correlacionadas con la duración de hospitalización, correlacionaron significativamente, la infancia ( $R = 0.47$ ,  $P = 0.003$ ), adolescencia temprana ( $R = 0.38$ ,  $P = 0.03$ ) y la subescala general ( $R = 0.36$ ,  $P = 0.03$ ) y el promedio de la escala ( $R = 0.46$ ,  $P = 0.005$ ).

La edad de inicio pudo determinarse para 40 pacientes, estos pacientes fueron divididos por edad de inicio en 4 grupos: edad de inicio a los 15 años o menos (8 pacientes, promedio de meses hospitalizados =  $174 \pm 54.3$  meses), de 16 a 18 años de edad (18 pacientes  $109.7 \pm 83.6$  meses), 19 a 24 años de edad (13 pacientes,  $133.3 \pm 46.3$  meses) y más de 25 años de edad, un paciente con 216 meses. El análisis de varianza (ANOVA) entre los grupos para la duración de hospitalización y edad de inicio fue significativo ( $F = 0.60$ ,  $P = 0.62$ ).

### **Inicio agudo versus incidiioso.**

El reactivo no. 3 de la subescala general evalúa la rapidez del inicio de la enfermedad por el cambio en el rendimiento en el trabajo y en la escuela. basándose en los puntajes de los pacientes, para este reactivo se comparó el ajuste premórbido en pacientes que habían tenido un inicio agudo (definido con menos de tres meses) con aquel de pacientes cuyo inicio fue calificado como incidiioso (para aquellos fue imposible calificar la determinación del inicio del deterioro). 12 pacientes habían sido calificados como de inicio agudo de menos

de 3 meses y 10 de inicio icidioso. La escala discriminó exitosamente entre los 2 grupos de pacientes con promedios de la EAP y en todas las subescala exceptuando la subescala de la edad adulta ( infancia,  $P = 0.0004$ , adolescencia temprana  $P = 0.005$ , adolescencia tardía  $P = 0.005$ , general  $P = 0.0001$ , promedio  $P = 0.001$  anova de una via ) de nueva cuenta el inicio icidioso fue relacionado al ajuste premórbido pobre mientras que los pacientes con un inicio agudo tendían a tener un ajuste premórbido mejor.

### **Prediccion de los grupos de diagnóstico ( paranoide, indiferenciado, hebefrénico ).**

El ajuste premórbido como es medido por la EAP ha mostrado ser razonablemente predictivo del tipo de inicio de la enfermedad , la duracion de la hospitalización y la necesidad de hospitalización continua para ambas las subescalas y el puntuaaje promedio. La escala fue menos exitosa en predecir el resultado de las subcategorias de la esquizofrenia. Después de la confirmación de un diagnóstico de esquizofrenia se categorizó a los pacientes como indiferenciados crónicos, paranoides o crónicos indiferenciados con rasgos paranoides basados en la revisión de su historia, y la entrevista semiestructurada que incluía la lista de chequeo de la dimensión paranoide fundamentados en las sugerencias de David Rosental y un consenso del equipo sobre las categorias del DSM II ( Asociación Psiquiatrica Americana , 1968). Una anova de una via basada en estos subdiagnosticos fue significativa para el factor diagnóstico en la adolescencia tardía  $P = 0.05$  y para la subescala de vida adulta (  $P = 0.01$  ) el puntuaaje promedio mostro una tendencia en la misma direccion  $P = 0.056$  ). Una prueba de Newman Keuls indicó que la diferencia entre los grupos paranoides y con rasgos paranoides explicaba la descriminación significativa en estas subescalas. El subgrupo paranoide tenia el mejor ajuste premórbido de estos 3 grupos de esquizofrenia.

### **Relacion de otras medidas de anormalidad.**

51 pacientes crónicos con esquizofrenia que puntualizaron en la EAP también tuvieron tomografía computarizada, donde los registros parten de un estudio que mostró anomalías cerebrales en esquizofrénicos crónicos (Weinberger y cols, 1980) ( 29 ). 21 pacientes tuvieron registros anormales que consistían principalmente de crecimiento de los ventrículos laterales. Se observó atrofia cortical en 3 pacientes y atrofia del vermis cerebral anterior en 2.

La calificación de ajuste premórbido fue significativamente baja en los pacientes con registros tomográficos anormales comparados con los pacientes que tuvieron registros normales, como medición en la subescalas de infancia ( $P < 0.03$ ) y adolescencia temprana ( $P < 0.02$ ). Posteriormente todos los pacientes que tuvieron un mal ajuste evaluado por la subescala de infancia ( calificación menos de 0.50 ) tuvieron registros anormales comparados a tres de trece con registro normal ( prueba exacta de Fisher,  $P < 0.0001$  ). Ninguno de los pacientes fue diagnosticado como esquizofrénico en la niñez.

### **f) Comparación de la EAP y la escala de Phillips.**

Una de las escalas de ajuste premórbido más ampliamente usadas es la sección de historia premórbida de la escala de evaluación pronóstica de Phillips . 20 pacientes calificados en la EAP también fueron calificados en la escala de Phillips en su parte de historia premórbida para comparar la EAP con la mejor escala estándar de uso actual. Se presentan correlaciones para el total de la población y EAP para obtener datos más confiables y para el subgrupo que se calificó con el Phillips para la población total y EAP observándose que las subescalas de infancia, adolescencia temprana y generales de la EAP y el promedio de calificación de la EAP correlacionaron significativamente con la duración de hospitalización comparado,  $R = 20$  (  $P = 0.46$  ) para Phillips. La edad de aparición mostró una correlación

inversa significativa con adolescencia temprana, adolescencia tardía, general y promedio de calificación de la EAP. La correlación entre la edad de aparición y la calificación de Phillips ( $R = 0.31$ ,  $P = 0.21$ ) no fue significativa; las correlaciones calculadas para solamente estos pacientes que fueron también calificados en la escala de Phillips son en la mayoría de las instancias, menores y no tienen significancia como pudiera esperarse con una muestra pequeña.

Sin embargo en las correlaciones entre duración de hospitalización y calificación de la infancia, adultez, y subescala general y la calificación promedio sobre la población más pequeña de la EAP quedó más alta que la correlación entre la calificación de Phillips y la duración de la hospitalización y aproximación significativa con la subescala de infancia. Las escalas de EAP y la de Phillips fueron hechas sobre los casos de correlaciones entre edad de aparición y evaluaciones premórbidas en la subpoblación.

La información sobre el tipo de aparición de la enfermedad (insidioso o agudo) fue obtenida para 19 de los 20 pacientes evaluados con la escala de Phillips. El promedio de la calificación de Phillips para pacientes con inicio insidioso contra aparición aguda de la enfermedad fue de  $22.7 \pm 1.8$  y  $16 \pm 3.0$  respectivamente. La diferencia no fue significativa. Las diferencias de la EAP en el tipo de aparición si son significativas.

Típicamente una calificación de "3" en la escala de Phillips ha sido tomada como el punto de división para predecir buena o mala evolución (Kokes, Straus y Klorman, 1977). Cuando se usan estos criterios los pacientes de quienes se obtuvo información de los registros de tomografía fueron divididos en grupos premórbidos malos y buenos y grupos normales o anormales con registro de tomografía (Wienberger y cols, 1980). Una probabilidad estadística exacta de Fisher fue computada y no fue significativa ( $P = 0.77$ ) indicando que el ajuste premórbido como la medición de la escala de Phillips y la dicotomización en este sentido no fue diferente entre pacientes con registro de tomografía normales y anormales como los de la EAP. Wienberger y cols. compararon pacientes con tomografía normal y

anormal usando la subescala de infancia de la EAP. De 9 pacientes con pobre ajuste en infancia ( calificación de más de 0.50 ) todos tuvieron registros anormales, mientras que solamente 3 de los 13 que tuvieron un buen ajuste en la infancia ( calificación menor a 0.20) tuvieron registros anormales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

¿Es confiable y válida la escala de ajuste premórbido para evaluar el funcionamiento de los pacientes esquizofrénicos antes del inicio de la enfermedad?

## **OBJETIVOS:**

- 1.- Traducir al castellano la EAP para medir el ajuste premórbido de pacientes esquizofrénicos mexicanos.
- 2.- Evaluar la consistencia interna de la escala de ajuste premórbido .
- 3.- Comparar el ajuste premórbido de un grupo de pacientes esquizofrenicos con un grupo de sujetos normales.
- 4.- Determinar la relación que existe entre diversas variables clínico demográficas y el ajuste premórbido en pacientes esquizofrénicos.

## **MATERIAL Y METODOS.**

### **a) Diseño:**

Es una investigación de proceso, transversal y comparativa.

### **b) Universo y muestra.**

Se consideró como universo de estudio a la población constituida por los pacientes del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Álvarez. " con diagnóstico de esquizofrenia que acudieran al servicio de consulta externa y hospitalización . De éste universo se determinó una muestra intencional de estudio a 30 pacientes esquizofrénicos ( 15 de consulta externa y 15 hospitalizados ) y 30 sujetos controles de población abierta (miembros del personal del Hospital), libres de sintomatología mental. Todos fueron entrevistados por el investigador responsable, previo entrenamiento en el uso de la escala y consentimiento informado para la participación en el estudio.

### **c) Criterios de Inclusión y exclusión.**

Casos :

- 1.- Ambos sexos.
- 2.- Edad comprendida entre 18 y 55 años.
- 3.- Cumplir criterios diagnosticos del DSM- III - R y CIE -10 para esquizofrenia.
- 4.- Ausencia de enfermedad física , corroborada por historia clínica y exámenes de laboratorio.
- 5.- Ser paciente del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez " (HPFBA ).

Controles :

- 1.- Ambos sexos.
- 2.- Edad comprendida entre 18 y 50 años.
- 3.- Empleados de HPFBA.
- 4.- Sin diagnóstico psiquiátrico.
- 5.- Consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión :

- 1.- Brote psicótico grave que impida la entrevista.
- 2.- Alteraciones cognitivas que impidan la entrevista.
- 3.- Negativa a participar en el estudio.

**d) Instrumentos.**

\* Formato ad hoc para datos clínico demográficos.

\* Apartado de esquizofrenia de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (30).

\* Escala de Ajuste Premórbido (EAP) de Cannon-Spoor y cols (2)

**e) Procedimiento.**

Entre los meses de noviembre de 1995 a enero de 1996, el investigador principal se presentó en forma cotidiana a los servicios de consulta externa y hospitalización de la sede de la investigación. Cuando se detectaba un caso con sospecha diagnóstica de esquizofrenia, el investigador explicaba el motivo de la investigación y solicitaba su participación. En caso de aceptación, procedía a la aplicación de el apartado de esquizofrenia del CIDI, con el objeto de confirmar el diagnóstico presuntivo. En caso de que el diagnóstico correspondiera al de esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, se procedía a aplicar la EAP, así como la forma de datos clínico demográficos.

Los sujetos controles fueron seleccionados de los miembros del personal que labora en el Hospital Fray Bernardino Alvarez. En ese caso, el investigador solicitaba su participación y realizaba un examen mental breve para descartar patología psiquiátrica evidente. En caso de no existir, procedía a la aplicación de la forma de datos clínico demográficos y de la escala de ajuste premórbido (EAP).

Toda la información recabada fue llevada a la división de investigaciones clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría, donde se procedió a su captura y análisis.

#### **f) Análisis estadístico.**

Los datos fueron capturados en una base computarizada utilizando el programa DBASE III plus (1984) y analizados con el paquete SPSS para Windows, version 6.1 (1994).

Se procedió en primer lugar a la descripción general de la muestra, utilizando la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Las variables categóricas se expresaron mediante polígonos de frecuencias.

Para evaluar la consistencia interna del instrumento se utilizó el alfa de Cronbach. Como prueba de comparación de medias se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA) simple.

El nivel de significancia se fijó en 0.05 y se reportan algunas tendencias entre 0.6 y 1.0.

## RESULTADOS

### a) Demográficos

Se estudiaron en total 30 casos y 30 controles. La media global de edad fué de  $32.03 \pm 7.07$ , los pacientes esquizofrénicos tuvieron una edad media de  $33.5 \pm 8.9$  contra  $30.5 \pm 4.1$  de los controles ( $p=0.08$ ). La escolaridad global de la muestra fué de  $14.02 \pm 6.1$  años, para los casos fué de  $8.4 \pm 2.3$  mientras que en los controles fué de  $19.5 \pm 2.8$  años ( $p < 0.001$ ).

En la tabla #1 se muestran algunas de las variables clínico-demográficos de los pacientes esquizofrénicos.

Tabla #1. Descripción demográfica de los pacientes esquizofrénicos.

	Media	D.E.	mínimo	máximo	N
FECHA_34	83.90	8.97	66	95	30
FECHA_35	84.37	8.93	67	95	30
FECHA_36	82.73	9.34	66	95	30
ED_INICI	20.27	5.13	12	34	30
FECHA_40	82.50	9.59	66	95	30
FECHA_41	83.23	9.31	66	95	30
FECHA_42	84.00	9.03	67	95	29
FECHA_43	84.24	9.31	66	95	29
FECHA_44	83.66	9.49	66	95	29
FECHA_45	85.97	8.99	66	95	30
FECHA_46	86.20	8.65	68	95	30
INT_47	1.97	2.82	0	10	30
T_EVOL	13.14	9.44	1	29	29
GENERTOT	37.52	5.17	28	47	29

NOEMB= Número de embarazo, 34= F. de primera atención por el padecimiento actual, 35= F. del primer contacto con los servicios médicos, 36 = Inicio de la sintomatología motivo del primer contacto, ED\_INICI = Edad de inicio, 40= Inicio del padecimiento actual, 40 = Inicio de síntomas positivos, 41= Inicio de síntomas negativos, 42= Deterioro psicosocial, 43 = Inicio de síntomas afectivos, 44 = Inicio de tratamiento actual, 45= Inicio de tratamiento actual, 46 = De admisión a consulta externa y/o hospitalización, 47 =Intervalo entre el inicio de tratamiento y admisión hospitalaria, T\_EVOL= Tiempo de evolución. GENERTOT= Total general.

**b) Consistencia Interna de la Escala de Ajuste Premórbido (EAP).**

El valor de alfa de Cronbach global, utilizando la aportación de los 26 reactivos crudos de la escala al total, fue de 0.76. También se calculó el alfa de Cronbach global utilizando la aportación de cada uno de los subtotales de los 5 apartados de la escala, y en este caso fué de 0.95.

En la tabla #2 se muestran los valores de alfa para cada una de las subescalas de la EAP.

Tabla #2. Consistencia Interna de las subescalas de la EAP.

Escala	Alfa de Cronbach
Infancia	0.86
Adolescencia temprana	0.90
Adolescencia Tardia	0.95
Adulta	0.92
General	0.47

**c) Intercorrelaciones entre las Subescalas de la EAP.**

En la tabla #3 se muestran las intercorrelaciones que se presentaron entre las subescalas de la EAP

Tabla #3. Tabla de Correlaciones de las Subescalas de la EAP.

	Infancia	Adolesc. temprana	Adolesc. Tardía	Adulto	General
Infancia	1.00	-----	-----	-----	-----
Adolesc. Temprana	0.86 **	1.00	-----	-----	-----
Adolesc. Tardía	0.81 **	0.92 **	1.00	-----	-----
Adulto	0.37 *	0.42 **	0.38 *	1.00	-----
General	0.76 **	0.89 **	0.91 **	0.31 *	

Correlación de Pearson. \*  $p < 0.01$  \*\*  $p \leq 0.001$

**d) Comparación en el Ajuste Premórbido entre casos y controles.**

Como una forma de determinar la validez predictiva del instrumento, se comparó el resultado de la EAP entre los pacientes esquizofrénicos y los sujetos controles. El ajuste premórbido global fué significativamente más malo en los pacientes esquizofrénicos que en los controles (casos  $0.61 \pm 0.8$  vs controles  $0.14 \pm 0.9$ ,  $F(4,22.5)$ ,  $gl$  58,  $p < 0.0001$ ).

En la tabla #4 se muestran las diferencias en cada una de las 5 escalas de la EAP.

TABLA #4. RESULTADOS EN EL AJUSTE PREMORBIDO ENTRE ESQUIZOFRÉNICOS Y CONTROLES.

ESCALA	ESQUIZOFRENICOS	CONTROLES	p
INFANCIA	0.47 ±0.14	0.14 ±0.11	<0.001
ADOLESCENCIA TEMPRANA	0.53 ±0.09	0.14 ±0.08	<0.001
ADOLESCENCIA TARDÍA	0.67 ±0.15	0.11 ±0.06	<0.001
ADULTO	0.68 ±0.18	0.12 ±0.09	<0.001
GENERAL	0.68 ±0.10	0.06 ±0.06	<0.001

**e) Ajuste premórbido y variables clínico-demográficas.**

En el análisis de correlación intragrupo de los sujetos con esquizofrenia, no se encontraron coeficientes de correlación estadísticamente significativos entre las 5 escalas y el total de la EAP con la edad, los años de escolaridad, el inicio de la enfermedad, el tiempo de evolución y el tiempo de inicio de tratamiento farmacológico.

Tampoco se encontraron diferencias en el ajuste premórbido entre los sexos, el estado civil, la ocupación y el nivel socioeconómico.

## DISCUSION

La Escala de Ajuste Premórbido (EAP) fué diseñada por Cannon-Spoor y col. para medir el grado de capacidad en el desarrollo de ciertas metas en el desarrollo de cada una de las etapas de la vida de un sujeto previos a la aparición de la esquizofrenia( 2 ) .

Parnas y cols. ( 11 ) comprobaron en su estudio que el estado premórbido difiere entre los individuos con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia y los que no desarrollan enfermedad mental, lo cual es congruente con los resultados obtenidos por la EAP en nuestro estudio ya que mostró una diferencia significativa entre los pacientes esquizofrénicos y los controles sanos (  $P = < 0.001$  ) para cada una de las subescalas.

Al evaluar el funcionamiento premórbido, es necesario establecer cuando éste es una manifestación temprana de la enfermedad en sí o una característica de vulnerabilidad particular que contribuye en determinado momento al desarrollo de la enfermedad, evolución o sintomatología (13 ).

El deterioro en el funcionamiento premórbido entre la infancia y la adolescencia temprana parece estar relacionado a maduración tardía ( 31 ), procesos de mielinización alterados durante la adolescencia tardía ( 32 ) y a la hipotética reducción defectuosa de la sinapsis durante la adolescencia en pacientes esquizofrénicos ( 13 ) .

Si a esto sumamos que algunos investigadores han encontrado que el pobre ajuste premórbido se encuentra asociado con anomalías en la TAC ( 29 ), déficit neurológico ( 33,34,35 ) pobre respuesta a neurolépticos, asimetría neuroanatómica ( 36 ) y altas concentraciones séricas de serotonina, podemos considerar que el pobre ajuste premórbido puede ser una manifestación de la enfermedad más que un factor pronóstico o una predisposición y que estos pacientes son más vulnerables a factores inespecíficos que producen atrofia cerebral después de la aparición de la enfermedad ( 29 ) .

Sin embargo, Kelley ( 13 ) asume que el deterioro en el funcionamiento premórbido representa un prodrómo temprano de la enfermedad y que es de esperarse que los pacientes con deterioro premórbido tengan un inicio más insidioso de la enfermedad que los que tienen buen ajuste premórbido, pero esto sólo podría estudiarse mejor en estudios prospectivos longitudinales donde la EAP tendrá una gran utilidad.

Al construir una escala para investigación el interés primordial es saber si tiene una validez alta . La confiabilidad interesa principalmente como una condición necesaria para la validez ( 20 ).

El instrumento debe de dar medidas confiables, de manera que obtenga los mismos resultados al volver a medir el mismo rasgo bajo condiciones similares del sujeto u objeto de estudio ( 21 ).

Weinberger y cols ( 29 ) aplicó la EAP para correlacionar al ajuste premórbido con alteraciones en la TAC, y las medidas del ajuste premórbido obtenidas son similares a las de nuestra población de esquizofrénicos en las subescalas de infancia (  $.33 \pm .12$  vs  $.47 \pm 0.14$  ), adolescencia temprana (  $.44 \pm .2$  vs  $.53 \pm .09$  ) adolescencia tardía (  $.55 \pm .2$  vs  $.67 \pm 0.15$  ), adultez (  $.58 \pm .3$  vs  $.68 \pm 0.18$  ); general (  $.44 \pm 0.2$  vs  $.68 \pm 0.10$  ) apoyando la validez de la traducción de la EAP en la población de esquizofrénicos mexicanos.

El alfa de Cronbach es un coeficiente de homogeneidad que indica la consistencia interna de una prueba y el grado en que los reactivos de la misma prueba se intercorrelacionan. Una prueba psicológica será más homogénea cuando la correlación promedio interreactivos es alta, es decir cuando los reactivos tienden a medir el mismo rasgo ( 37 ).

La EAP mostró gran consistencia interna para cada una de las subescalas con alfa de Cronbach desde 0.86 hasta .92 y .95 para la intercorrelación general (  $P = < 0.0001$  ). En la subescala general no se encontró significancia (  $P = < 0.01$  ) lo que nos indica que este apartado deberá sufrir algunas modificaciones para que pueda correlacionarse con el resto de las subescalas.

Aun propósito dado, no siempre podemos esperar que el coeficiente de validez proporcione una expresión exacta de la validez del instrumento, todos los coeficientes de validez deben juzgarse a la luz del criterio que se ha usado ( 21 ). Cuando computamos la validez predictiva, deseamos usar el instrumento para predecir las posiciones que el individuo tendrá sobre una distribución de las que sólo podemos disponer más tarde. El instrumento predice resultados después de un tiempo dado ( 21 ).

La EAP mostró ser significativamente válida para predecir la posición de los individuos, diferenciando apropiadamente a los casos de los controles ( casos  $0.61 \pm 0.8$  vs controles  $0.14 \pm 0.9$ ,  $F = 422.5$   $Gl = 58$ ,  $P = < 0.0001$  ).

Lo anteriormente expuesto lleva a concluir que la traducción de la EAP es confiable y válida en la población mexicana y podrá ser utilizada para investigaciones posteriores una vez que se haya establecido la confiabilidad interevaluador, lo que será motivo de una próxima investigación.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kane, MD ; Future Directions in Schizophrenia Research. *Psychiatric Annals* 23, 4, 1993, págs 1302 -1310.
- 2.- Cannon- Spoor, E ; Potkin, SG; Wyatt, RJ. Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1982, 8 : 470 - 484.
- 3.- Lehmann, HE; Cancro, R. Esquizofrenia : Rasgos clínicos, en *Tratado de Psiquiatría*. Kaplan H ; Sadock BJ. 2da. ed., Masson, España, 1992, págs 675 - 707.
- 4.- Asociación Psiquiátrica Americana. DSM III R . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 3era. ed. revisada. Masson, España, 1988, págs 227- 240.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. CIE 10 . Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. OMS. Madrid, 1992, págs 113- 125.
- 6.- Gross, RD ; Esquizofrenia y trastornos relacionados en *Psicología la Ciencia de la Mente y la Conducta* . Ed. El Manual Moderno , México , 1994, pág. 782 - 787.
- 7.- Babigian, H.M. ; Esquizofrenia: Epidemiología, en : *Tratado de Psiquiatría*. Kaplan H ; Sadock BJ. 2da. ed. , Masson, España, 1992, págs 638 -645.
- 8.- Weiden, PJ; Olsson ,M. Cost of Relapse in Schizophrenia . *Schizophrenia Bulletin*. 1995,21,3: 419 -429.
- 9.- Wyatt, RJ ; Clark, K . Calculating the cost of Schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 1987, 17: 9,586 -591.

- 10.-McGuire, TG. Measuring the economic cost of shizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1991,17,3:375 -388.
- 11.- Parnas J ; Schulsinger F ; Schulsinger H y cols. Behavioral Precursos of Schizophrenia Spectrum. Archives of General Psychiatry , 1982, 39 : 658 -664.
- 12.- Kendler KS; Hays P . Schizophrenia With Premorbity Inferiority Feeling. Archives of General Psychiatry , 1982, 39 : 643 -647.
- 13.- Kelley, ME; Gilbertson, MW; Mouton , A; Kammen, DPN; Deterioration in Premorbid Functioning in Schizophrenia: A Developmental Model of Negative Symptoms in Drug- Free Patients. American Journal of Psychiatry. 1992, 149 , 11: 1543 - 1548.
- 14.- Carpenter WT Jr; Heinrich DW ; Wagman AML. Deficit y nondeficit forms of schizophrenia:The concept. American Journal of Psychiatry. 1988, 145 :578 -583.
- 15.- McReadie,RG; Conolly, MA; Williamson, DJ; Athawes, RWB ; Singh, DT. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XII. British Journal of Psichiary. 1994, 165, 340 - 346.
- 16.- Andreasen NC; Olsen S. Negative v Positive Schizophrenia. Definition and validation. Archives of General Pschiatry, 1982, 39 : 789 -794.
- 17.- Andreasen NC; Flaym M; Swayze II VW et al. Positive and Negative simptoms in Schizophrenia. : a critical reapraisal. Archives of General Psychiatry, 1990, 47 : 615 -621
- 18.- Fenton, WS; McGlashan, TH. Natural History of Schizophrenia Subtypes. Archives of General Pschiatry, 1991, 48: 969 - 977.

- 19.- Fenton, WS; McGlashan, TH. Natural History of Schizophrenia Subtypes. Archives of General Psychiatry, 1991, 48: 978 - 986.
- 20.- Margusson, D ; Teoria de los Test. Cap. V y X . Ed. Trillas, 12ava edición. México, 1985, pag. 47 -48. ( 20 )
- 21 .- Brian, M; Mahum, M; Principios y métodos de la epidemiología . La Prensa Médica Mexicana, 9na. edición. México, 1990. pág. 230 -234 ( 21 )
- 22 .- Phillips L. Case History data and Prognosis in Schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease , 1953, 117: 515 -525.
- 23.- Wittman, P. Scale for measuring Prognosis in Schizophrenic patients. Elgin State Hospital Papers, 1941, 4: 20-33.
- 24.- Gittelman- Klein R; Klein DF . Premorbid asocial adjustment and Premorbid Asocial Adjustment and prognosis in schizophrenia. Journal os Psychiatry Research, 1964, 7:35 - 53.
- 25.- Goldstein MJ; Premorbid Adjustment Survey . In : Kokes RF; Strauss JS and Kloran R. Measuring Premorbid Adjustment : The instruments and their development. Schizophrenia Bulletin, 1977, 3 : 186 -213.
- 26.- Kantor R; Wallner J; Winder C. Process and reactive schizophrenia. Journal of Consulting Psychology, 1953, 17: 157 -162.
- 27.- Keith SJ; Buschbaum S. NIMH activieties: Workshop on factors related to premorbid adjustment. Schizophrenia Bulletin , 1978, 4: 252 -257.

- 28.- Bilder RM; Lipschutz- Broch L; Reiter G et al. Intellectual Deficits in First- Episode Schizophrenia: Evidence for Progressive Deterioration . Schizophrenia Bulletin 1992, 18, 3: 437 - 448.
- 29.- Weinberger, DR; Cannon- Spoor, E ; Potkin, SG; Wyatt, RJ. Poor Premorbid Adjustment and CT Scan Abnormalities in Chronic Schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1980, 137,11: 1410 - 1413.
- 30.- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH. The composite international diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 45: 1069-1077,1988..
- 31.- Saugstad LF: Age y Puberty and Mental Illness: Toward a neurodevelopmental aetiology of Kraepelin's endogenous psychosis. British Journal of Psychiatry, 1989, 155: 536 -544.
- 32.- Benes FM: Myelination of cortical -hipocampal realys during late adolescence. Schizophrenia Bulletin, 1989, 15: 585 -593.
- 33.- Rieder RO, Donelly EF, Herd JR, et al: Sulcal Prominence in young chronic schizophrenic patients: CT scan findins associated with impairment of neuropsychological test. Psychiatry Research, 1979 1: 1-8 .
- 34.- Golden CJ, Moses JA, Zelazowski R, et al: Cerebral Ventricular size and neuropsychological impairment in young chronic schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 1980,37: 619 -623.
- 35.- Buchanan RW, Kirkpatridz B, Heinrich DW, Carpenter WT, Jr: Clinical Correlates of the Deficit Syndrome of schizophrenia. American Journal of Psychiatry . 1990, 147:290 -294.

36.- Kay SR: Significance of the Positive - Negative Distinction in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin , 1990; 16:635 -652.

37.- Brown FG: Principios de la medición en Psicología y Educación . El Manual Moderno, 1980, México, pág 104 -105.

**ANEXO #1**

**INSTRUMENTOS**

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO PSICOTICO

FORMATO DE DATOS CLINICO-DEMOGRAFICOS

1.- NOMBRE \_\_\_\_\_

2.- EDAD \_\_\_\_\_ 3.- SEXO M ( ) F ( )

4.- ESCOLARIDAD (en años): \_\_\_\_\_

5.- ESTADO CIVIL sin pareja ( ) con pareja ( )

6.- NIVEL SOCIOECONOMICO: alto ( ) medio ( ) bajo ( )

7.- DIRECCION \_\_\_\_\_

8.- TELEFONO ( ) ( )

9.- OCUPACION: Hogar ( )  
Estudiante ( )  
Obrero/empleador no calificado ( )  
Obrero/empleador calificado ( )  
Empleador/profesionista ( )  
Ninguna ( )

10.- DIRECCION PROFESIONAL \_\_\_\_\_

TELEFONO ( ) ( )

11.- FAMILIAR DE REFERENCIA:

(Nombre, Parentesco, Dirección Y Telefono)

I.- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II.- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III.- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12 - FUENTE DE REFERENCIA

A. H.P.F.B.A. ( ) No EXP \_\_\_\_\_  
B. I.M.P ( ) No EXP \_\_\_\_\_  
C. OTROS ( ) No EXP \_\_\_\_\_

especificar \_\_\_\_\_

13.- DX BASAL (Requiere confirmación con la entrevista estructurada)

14. EJE I \_\_\_\_\_  
15. EJE II \_\_\_\_\_  
16. EJE III \_\_\_\_\_  
17. EJE IV \_\_\_\_\_  
19. EJE V \_\_\_\_\_

20. TIPO DE TRATAMIENTO

A. HOSPITALIZACION - \_\_\_\_\_

B. CONSULTA EXTERNA \_\_\_\_\_

21. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (Especificar enfermedad y familiar que la padeció)

A. PSIQUIATRICOS 0. No \_\_\_  
1. Si \_\_\_

- 1.1. Esquizofrenia \_\_\_\_\_
- 1.2. Depresión \_\_\_\_\_
- 1.3. T. Bipolar \_\_\_\_\_
- 1.4. T. Ansiedad \_\_\_\_\_
- 1.5. Suicidio \_\_\_\_\_
- 1.6. Abuso de Sustancias \_\_\_\_\_
- 1.7. Otros \_\_\_\_\_

Especificar tipo de Padecimiento Psiquiatrico \_\_\_\_\_

AS Familiar \_\_\_\_\_

**B. OTRAS ENFERMEDADES**

0. No \_\_\_\_\_

1. Especificar tipo de Enfermedad \_\_\_\_\_

( Tipo de familiar ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**22. ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

23. Numero de Embarazo \_\_\_\_\_ 24. Parto \_\_\_\_\_ 25. Cesarea \_\_\_\_\_

26. Control de embarazo 0. No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

27. Complicación de embarazo

0. No \_\_\_\_\_

1.1. Amenaza de Aborto \_\_\_\_\_

1.2. Infección Viral Materna \_\_\_\_\_

1.3. Diabetes Gestacional \_\_\_\_\_

1.4. Pre-Eclampsia \_\_\_\_\_

1.5. Abuso de Sust \_\_\_\_\_ ( especificar ) \_\_\_\_\_

1.6. Otros \_\_\_\_\_ ( especificar ) \_\_\_\_\_

28. Parto . A. Término \_\_\_\_\_ B. Prematuro \_\_\_\_\_

29. Parto eutócico \_\_\_\_\_

30. Parto Distócico

A. Hipoxia Neonatal. \_\_\_\_\_

B: Forceps \_\_\_\_\_

C. Ruptura Prematura de Membranas \_\_\_\_\_

D. Otros (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. Complicaciones Postnatales

0 No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

1.1. Infecciones \_\_\_\_\_

1.2 Retraso DPM \_\_\_\_\_

1.3 Otros \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PREVIAS

(Especificar Edad , Tratamiento y Complicaciones)

0. No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

1.1 T. Deficit de Atención con Hiperactividad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.2 Infecciones Virales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.3 Traumatismo Craneoencefálico

---

---

---

1.4 Enf. Endocrinas

---

---

---

1.5 Enf. Renales

---

---

---

1.6 Enf. Cardiovasculares

---

---

---

1.7 Enf. Gastrointestinales

---

---

---

1.8 Enf. Neurológicas

---

---

---

1.9 Enf. Psiquiátricas

Depresión

---

T. Ansiedad

---

T. Bipolar

---

T. Alimentación

---

Otros

---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33. ANTEC. DE ABUSO DE SUSTANCIAS

( Especificar Edad, Frecuencia, Complicaciones y TX )

0. No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

1.1 Alcohol \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2 Marihuana \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3 Cocaína \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.4 Opiodes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.5 Inhalantes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.6 Otras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONTACTOS PREVIOS CON SERV. DE SALUD MENTAL

34. Fecha de primera atención por la presencia del padecimiento

Actual \_\_\_\_\_

35. Fecha del Primer Contacto Con Serv. de Salud Mental

\_\_\_\_\_

36. Fecha de Inicio de Síntomas que originan el 1º Contacto

\_\_\_\_\_

37. Motivo del 1º Contacto.

1. Iniciativa Propia \_\_\_\_\_

2. Iniciativa Familiar \_\_\_\_\_

3. Conductas suicidas \_\_\_\_\_

4. Conductas Bizarrias \_\_\_\_\_

5. Agitación-Violencia \_\_\_\_\_

38. Tipo de Servicios antes Consultados

1. Alternativos Tradicionales

(curanderos) \_\_\_\_\_

2. Sacerdote \_\_\_\_\_

X 003. ~~Médico General~~ Médico General | ' | ' a? a

4. Médico Familiar \_\_\_\_\_

5. Psicólogo \_\_\_\_\_

6. Psiquiatría \_\_\_\_\_

7. Otros \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL CUADRO ACTUAL

39. Edad de inicio \_\_\_\_\_

40. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

a. Agudo \_\_\_\_\_

b. Crónico \_\_\_\_\_

41. Fecha de inicio de Síntomas Positivos \_\_\_\_\_

42. Fecha de Inicio de Síntomas Negativos \_\_\_\_\_

43. Fecha de Deterioro Psicosocial \_\_\_\_\_

44. Fecha de inicio de síntomas afectivos \_\_\_\_\_

45. Fecha de inicio de tratamiento actual \_\_\_\_\_

46. Fecha de admisión a Consulta externa  
y/o Hospitalización \_\_\_\_\_

47. Intervalo entre el inicio de tratamiento y la  
admisión \_\_\_\_\_

• Tiempo de Evolución

## 48. Tipo de Tratamiento Previo

- 0. Ninguno \_\_\_\_\_
- 1. Farmacológico \_\_\_\_\_
- 2. Psicoterapia \_\_\_\_\_
- 3. Combinado \_\_\_\_\_
- 4. Otros \_\_\_\_\_

## 49. Fuente de Referencia al Serv. Especializado

- 1. Medios de comunicación \_\_\_\_\_
- 2. Serv. de salud 1º Nivel \_\_\_\_\_
- 3. Serv. de Salud 2º Nivel \_\_\_\_\_
- 4. Médicos Privados \_\_\_\_\_
- 5. Amistades \_\_\_\_\_
- 6. Familiares \_\_\_\_\_
- 7. Decisión Propia \_\_\_\_\_
- 8. Otros (Especificar) \_\_\_\_\_

12. - FUENTE DE REFERENCIA

A. H.P.F.B.A. ( ) No EXP: \_\_\_\_\_  
B. IMP ( ) No EXP: \_\_\_\_\_  
C. OTROS ( ) No EXP: \_\_\_\_\_

especificar \_\_\_\_\_

13. - DX BASAL (Requiere confirmación con la entrevista estructurada)

14. EJE I \_\_\_\_\_

15. EJE II \_\_\_\_\_

16. EJE III \_\_\_\_\_

17. EJE IV \_\_\_\_\_

19. EJE V \_\_\_\_\_

20. TIPO DE TRATAMIENTO

A. HOSPITALIZACION - \_\_\_\_\_

B. CONSULTA EXTERNA \_\_\_\_\_

21. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (Especificar enfermedad y familiar que la padeció)

A. PSIQUIATRICOS 0. No \_\_\_\_\_  
1. Si \_\_\_\_\_

- 1.1. Esquizofrenia \_\_\_\_\_
- 1.2. Depresión \_\_\_\_\_
- 1.3. T. Bipolar \_\_\_\_\_
- 1.4. T. Ansiedad \_\_\_\_\_
- 1.5. Suicidio \_\_\_\_\_
- 1.6. Abuso de Sustancias \_\_\_\_\_
- 1.7. Otros \_\_\_\_\_

Especificar tipo de Padecimiento Psiquiátrico \_\_\_\_\_

AS Familiar \_\_\_\_\_

**B OTRAS ENFERMEDADES**

0. No \_\_\_\_\_

1. Especificar tipo de Enfermedad \_\_\_\_\_

( Tipo de familiar ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**22. ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

23. Numero de Embarazo \_\_\_\_\_ 24. Parto \_\_\_\_\_ 25. Cesarea \_\_\_\_\_

26. Control de embarazo 0. No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

27. Complicación de embarazo

0. No \_\_\_\_\_

1.1. Amenaza de Aborto \_\_\_\_\_

1.2. Infección Viral Materna \_\_\_\_\_

1.3. Diabetes Gestacional \_\_\_\_\_

1.4. Pre-Eclampsia \_\_\_\_\_

1.5. Abuso de Sust \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_

1.6. Otros \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_

28. Parto . A. Término \_\_\_\_\_ B. Prematuro \_\_\_\_\_

29. Parto eutócico \_\_\_\_\_

30. Parto Distócico

A. Hipoxia Neonatal. \_\_\_\_\_

B. Forceps \_\_\_\_\_

C. Ruptura Prematura de Membranas \_\_\_\_\_

D. Otros (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. Complicaciones Postnatales

0 No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

1.1. Infecciones \_\_\_\_\_

1.2 Retraso DPM \_\_\_\_\_

1.3 Otros \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PREVIAS

(Especificar Edad , Tratamiento y Complicaciones)

0. No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

1.1 T. Deficit de Atención con Hiperactividad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.2 Infecciones Virales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.3 Traumatismo Craneoencefálico

---

---

---

1.4 Enf. Endocrinas

---

---

---

1.5 Enf. Renales

---

---

---

1.6 Enf. Cardiovasculares

---

---

---

1.7 Enf. Gastrointestinales

---

---

---

1.8 Enf. Neurológicas

---

---

---

1.9 Enf. Psiquiátricas

Depresión

---

T. Ansiedad

---

T. Bipolar

---

T. Alimentación

---

Otros

---

1.10 Otras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 33. ANTEC. DE ABUSO DE SUSTANCIAS

(Especificar Edad, Frecuencia, Complicaciones y TX)

0. No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

1.1 Alcohol \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2 Marihuana \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3 Cocaína \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.4 Opiodes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.5 Inhalantes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.6 Otras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONTACTOS PREVIOS CON SERV. DE SALUD MENTAL

34. Fecha de primera atención por la presencia del padecimiento

Actual \_\_\_\_\_

35. Fecha del Primer Contacto Con Serv. de Salud Mental

\_\_\_\_\_

36. Fecha de Inicio de Síntomas que originan el 1º Contacto

\_\_\_\_\_

37. Motivo del 1º Contacto.

1. Iniciativa Propia \_\_\_\_\_

2. Iniciativa Familiar \_\_\_\_\_

3. Conductas suicidas \_\_\_\_\_

4. Conductas Bizarrras \_\_\_\_\_

5. Agitación-Violencia \_\_\_\_\_

38. Tipo de Servicios antes Consultados

1. Alternativos Tradicionales

(curanderos) \_\_\_\_\_

2. Sacerdote \_\_\_\_\_

X 003. ~~Medico General~~ Medico General 2000/04/14 | ' | ' a? a

4. Médico Familiar \_\_\_\_\_

5. Psicologo \_\_\_\_\_

6. Psiquiatría \_\_\_\_\_

7. Otros \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL CUADRO ACTUAL

39. Edad de inicio \_\_\_\_\_

40. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

a. Agudo \_\_\_\_\_

b. Crónico \_\_\_\_\_

41. Fecha de inicio de Síntomas Positivos \_\_\_\_\_

42. Fecha de Inicio de Síntomas Negativos \_\_\_\_\_

43. Fecha de Deterioro Psicosocial \_\_\_\_\_

44. Fecha de inicio de síntomas afectivos \_\_\_\_\_

45. Fecha de inicio de tratamiento actual \_\_\_\_\_

46. Fecha de admisión a Consulta externa

y/o Hospitalización \_\_\_\_\_

47. Intervalo entre el inicio de tratamiento y la  
admisión: \_\_\_\_\_

• Tiempo de Evolución

## 48. Tipo de Tratamiento Previo

- 0. Ninguno \_\_\_\_\_
- 1. Farmacológico \_\_\_\_\_
- 2. Psicoterapia \_\_\_\_\_
- 3. Combinado \_\_\_\_\_
- 4. Otros \_\_\_\_\_

## 49. Fuente de Referencia al Serv. Especializado

- 1. Medios de comunicación \_\_\_\_\_
- 2. Serv. de salud 1º Nivel \_\_\_\_\_
- 3. Serv. de Salud 2º Nivel \_\_\_\_\_
- 4. Médicos Privados \_\_\_\_\_
- 5. Amistades \_\_\_\_\_
- 6. Familiares \_\_\_\_\_
- 7. Decisión Propia \_\_\_\_\_
- 8. Otros ( Especificar ) \_\_\_\_\_

06: 59-69

127. Ahora quisiera saber sobre la temporada en la cual se sentía (exaltado(a) o eufórico(a)/irritable) y al mismo tiempo tenía el mayor número de estos otros problemas. ¿Qué edad tenía entonces? (SI NO PUEDE ELEGIR, escoja una de las temporadas más difíciles).

ANOTE EDAD

59 60

128. Durante (esto/ese) episodio en el cual estaba (exaltado(a), irritable), ¿cuál de estos problemas tuvo? Por ejemplo durante ese episodio (cuando tenía \_\_\_\_\_ años de edad). (INICIE CON PALABRAS EN [ ]). LEA CADA PREG. COD 5 EN Ps. 112-119).

SI OCURRIO DURANTE ESTE EPISODIO DE MANIA - COD 5 EN COL. II

SI NO OCURRIO - COD 1 EN COL. II

PARA LAS Ps. 129-136 PREGUNTE POR UN EJEMPLO ANTES DE LAS PRUEBAS

DIS-ESQUIZOFRENIA

129. Ahora quisiera preguntarle sobre algunas ideas que usted pudo haber tenido acerca de otras personas. ¿Alguna vez ha creído que la gente le estaba observando o espiando?

	1	2	3	4	5	6	
	SEVERIDAD		TIEMPO				61
EJ: _____	MD.....1			-2 SEMANAS..1	S		
	O.PROF..2			-1 MES.....2			62
MD: _____ PROPIO: _____	MEDS....3			-6 MESES....3	R		
	INTER...4			-1 AÑO.....4			63
				+1 AÑOS.....5			

SI ESTA MARCADA COMO 5 PERO ES POSIBLE O SE CRITICA COD. 6 PREGUNTE EN QUE TIEMPO SI COD 5 6 6.

130. ¿Hubo alguna ocasión en la cual usted creyó que la gente lo/la estaba siguiendo?

	1	2	3	4	5	6	
	SEVERIDAD		TIEMPO				64
EJ: _____	MD.....1			-2 SEMANAS..1			
	O.PROF..2			-1 MES.....2	S		
MD: _____ PROPIO: _____	MEDS....3			-6 MESES....3			65
	INTER...4			-1 AÑO.....4			
				+1 AÑOS.....5	R		66

SI ESTA CALIFICADA COMO 5, PERO ES POSIBLE COD. 6. PREGUNTE EN QUE TIEMPO SI COD 5 6 6.

131. ¿Alguna vez ha creído que alguien estaba tratando algo contra usted o tratando de hacerle daño o envenenarlo(a)?

	1	2	3	4	5	6	
	SEVERIDAD		TIEMPO				67
EJ: _____	MD.....1			-2 SEMANAS..1			
	O.PROF..2			-1 MES.....2	S		
MD: _____ PROPIO: _____	MEDS....3			-6 MESES....3			68
	INTER...4			-1 AÑO.....4			
				+1 AÑOS.....5	R		69

SI ESTA CALIFICADA COMO 5, PERO ES POSIBLE COD. 6. PREGUNTE EN QUE TIEMPO SI COD 5 6 6.

I  
1

ID  
2 5

DK  
0 7  
6 7

07: 1-22

- 33 -

132. ¿Alguna vez ha creído que alguien le estaba leyendo la mente?

SI NO, COD. 1. LAS OTRAS PREG. A

A. ¿En realidad sabían ellos lo que usted pensaba o solamente estaban adivinando por la expresión en su cara o porque lo/la conocían por mucho tiempo?

SI "SOLO ADIVINA": COD. 1. OTROS PREG. POR UN EJEMPLO E INICIE PRUEBA.

EJ: \_\_\_\_\_

MD: \_\_\_\_\_ PROPIO: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
SEVERIDAD					
TIEMPO					
MD.....1				-2 SEMANAS.1	
O.PROF...2				-1 MES.....2	
MEDS....3				-6 MESES...3	
INTER...4				-1 AÑO.....4	
				+1 AÑOS....5	

8  
S  
9  
R  
10

133. ¿Alguna vez ha creído que en realidad usted ha podido oír lo que otra persona estaba pensando aunque esta persona no estuviera hablando o creyó que otros podían oír sus pensamientos?

EJ: \_\_\_\_\_

MD: \_\_\_\_\_ PROPIO: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
SEVERIDAD					
TIEMPO					
MD.....1				-2 SEMANAS.1	
O.PROF...2				-1 MES.....2	
MEDS....3				-6 MESES...3	
INTER...4				-1 AÑO.....4	
				+1 AÑOS....5	

11  
S  
12  
R  
13

134. ¿Alguna vez ha creído que otros controlaban como se movía o lo que pensaba en contra de su voluntad?

EJ: \_\_\_\_\_

MD: \_\_\_\_\_ PROPIO: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
SEVERIDAD					
TIEMPO					
MD.....1				-2 SEMANAS.1	
O.PROF...2				-1 MES.....2	
MEDS....3				-6 MESES...3	
INTER...4				-1 AÑO.....4	
				+1 AÑOS....5	

14  
S  
15  
R  
16

135. ¿Alguna vez ha sentido que alguien o algo podían meterle ideas directamente en su mente o que podían sacarle o robarle sus pensamientos?

EJ: \_\_\_\_\_

MD: \_\_\_\_\_ PROPIO: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
SEVERIDAD					
TIEMPO					
MD.....1				-2 SEMANAS.1	
O.PROF...2				-1 MES.....2	
MEDS....3				-6 MESES...3	
INTER...4				-1 AÑO.....4	
				+1 AÑOS....5	

17  
S  
18  
R  
19

136. ¿Alguna vez ha creído que le estaban enviando mensajes especiales a través de la televisión o de la radio?

EJ: \_\_\_\_\_

MD: \_\_\_\_\_ PROPIO: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
SEVERIDAD					
TIEMPO					
MD.....1				-2 SEMANAS.1	
O.PROF...2				-1 MES.....2	
MEDS....3				-6 MESES...3	

20  
S  
21

07: 23-31

137. REGISTRE ALGUN DELIRIO REFERIDO VOLUNTARIAMENTE NO COD. EN Ps. 129-136. NO PREGUNTE

	1	2	3	4	5	
SEVERIDAD						23
MD.....1				-2 SEMANAS	1	S
O.PROF..2				-1 MES.....2		24
MEDS...3				-6 MESES...3		
INTER...4				-1 AÑO.....4		R
				+1 AÑOS....5		25

SI NINGUNO, COD. 1  
SI ALGUNO, DESCRIBA:

MD: \_\_\_\_\_ PROPIO: \_\_\_\_\_

¿HAY ALGUN 5 COD. EN Ps. 129-137?

No.....1 → PASE P. 140  
Si.....5 → PREG. 138

138. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo cualquiera de estas creencias, por ejemplo (LEALE TODOS LOS 5's COD. EN Ps. 129-137 Ps. 32-34)?

26 27

ANOTE EDAD Y  
PASE P. 139

SI NS Y EL R ESTA DEBAJO DE 40: COD. 01  
SI NS Y EL R ES 40 Ó MAS: PREG. A

A. ¿Tenía menos o más de 40 años?

MENOS DE 40.....(COD 01)  
MAS DE 40 .....(COD 95)  
AUN NS.....(COD 98)

139. ¿Cree usted que cualquiera de estas cosas le están sucediendo actualmente?

No.....5 → PREG. A  
Si.....1 → PASE P. 140

28

A. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una de estas creencias? LEA EJEMPLOS COD 5 EN Ps 129-137.

COD. EL TIEMPO MAS RECIENTE POSIBLE

EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.....1  
EN EL ULTIMO MES.....2 → PASE P. 140  
EN LOS ULTIMOS 6 MESES.....3  
EN EL ULTIMO AÑO.....4  
HACE MAS DE UN AÑO.....5 → PREG. B

29

B. SI HACE MAS DE UN AÑO: ¿Qué edad tenía entonces?

ANOTE EDAD: [ ] [ ]

07: 33-42

140. ¿Alguna vez ha tenido la experiencia de ver algo o a alguien que otros que estaban presentes no podían ver, es decir, tener una visión estando completamente despierto(a)?

SI NO: COD. 1. LAS OTRAS PREG. A

A. ¿Que vio? ANOTE DEBAJO E INICIE PRUEBA

MD: PROPIO:

SEVERIDAD	TIEMPO	
1	2	3
4	5	
MD.....1	-2 SEMANAS.1	S 32
O.PROF..2	-1 MES.....2	S 33
MESES...3	-6 MESES...3	
INTER...4	-1 AÑO.....4	R 34
	+1 AÑOS....5	

141. ¿Ha tenido más de una vez la experiencia de oír cosas que otros no podían oír, tales como una voz?

SI NO: COD 1. LAS OTRAS PREG. A

A. ¿Qué oyó? ANOTE DEBAJO E INICIE PRUEBA

MD: PROPIO:

SI ESTA COD. 2-5: PREG. E Y C. SI ESTA COD. 1 PASE P. 142

B. ¿Oyó voces que comentaban lo que usted hacía o pensaba?

No.....1  
Si.....5

C. ¿Oyó dos o más voces habiéndose una a otra?

No.....1  
Si.....5

SEVERIDAD	TIEMPO	
1	2	3
4	5	
MD.....1	-2 SEMANAS.1	S 35
O.PROF..2	-1 MES.....2	S 36
MESES...3	-6 MESES...3	
INTER...4	-1 AÑO.....4	R 37
	+1 AÑOS....5	

142. ¿Alguna vez le han molestado olores extraños a su alrededor que nadie más parecía poder oler, quizás olores que procedían de su propio cuerpo?

SI NO: COD 1. LAS OTRAS PREG. A

A. ¿Qué olió? ANOTE DEBAJO E INICIE PRUEBA

MD: PROPIO:

SEVERIDAD	TIEMPO	
1	2	3
4	5	
MD.....1	-2 SEMANAS.1	S 40
O.PROF..2	-1 MES.....2	S 41
MESES...3	-6 MESES...3	
	-1 AÑO.....4	R 42
	+1 AÑOS....5	

07: 43-50

143. ¿Alguna vez ha tenido sensaciones extrañas dentro o fuera de su cuerpo-como que le tocaban cuando no habia nada o sentir que algo se movia dentro de su cuerpo?

	1	2	3	4	5	
SEVERIDAD						
TIEMPO						
MD.....1				-2 SEMANAS	.1	43
O.PROF..2				-1 MES.....2		S 44
MEDS....3				-6 MESES...3		
INTER...4				-1 AÑO.....4		R 45
				+1 AÑOS....5		

SI NO: COD 1. LAS OTRAS PREG. A

A. ¿Qué sintió? ANOTE DEBAJO E INICIE PRUEBA

MD: \_\_\_\_\_ PROPIO: \_\_\_\_\_

¿HAY ALGUN 5 COD. EN Ps. 140-143?

No.....1 ----> PASE A INSTRUCCIONES ANTES P. 146

Si.....5 ----> PREG. 144

144. ¿Qué edad tenia la primera vez que tuvo la experiencia de (LEALE LOS 5's COD. EN Ps. 140-143)?

ANOTE EDAD Y PASE P. 145

46 47

SI R ESTA DEBAJO DE 40: COD. 01  
SI R ES 40 O MAS: PREG. A

A. ¿Tenia menos o más de 40 años?  
MENOS DE 40.....(COD 01)  
MAS DE 40.....(COD 95)  
AUN.....(COD 98)

145. ¿Cuándo fue la última vez que (vio/oyó/olió) algo que otros pensaban que no estaba ahí/sintió esas sensaciones)?

COD. EL TIEMPO MAS RECIENTE POSIBLE

EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.....1-  
EN EL ULTIMO MES.....2 ----> PASE A INSTRUCCIONES ANTES P.146  
EN LOS ULTIMOS 6 MESES.....3  
EN EL ULTIMO AÑO.....4-  
HACE MAS DE UN AÑO.....5 ----> PREG. A

B. SI HACE MAS DE UN AÑO: ¿Qué edad tenia entonces?

ANOTE EDAD

49 50

07: 51-55

¿HAY ALGUN 5 EN Ps. 129-137 (ps. 32-34) ó Ps. 140-143 (ps. 35-36)?

NO.....1 ----> PASE P. 155  
 SI.....5 ----> PREG. A

A. ¿HA PASADO MAS DE 1 AÑO ENTRE SU PRIMER DELIRIO (P. 138) O ALUCINACION (P. 144) Y SU ULTIMO DELIRIO (P. 139) O ALUCINACION (P. 145)?

SI NO ESTA SEGURO: COD. 1 (NO)

NO.....1 ----> PASE P. 146  
 SI.....5 ----> EN P. 146 Y PASE P. 147

146. Hemos hablado acerca de ciertas creencias o experiencias que usted tuvo como (LISTE EJ. COD. 5 EN Ps. 129-137 y Ps. 140-143) ¿Pasaron por lo menos seis meses entre la primera y la última vez que (pensó/tuvo) cualquiera de estos(as)?

51

No.....1 ----> PREG. A  
 Si.....5 ----> PASE P. 147

A. ¿Pasaron por lo menos dos semanas entre la primera y la última vez?

No.....1  
 Si.....5

52

147. En el tiempo en que tuvo estas creencias o experiencias (LISTE EJ. COD. 5 EN Ps. 129-137 Y Ps. 140-143), ¿estaba en su estado normal o se sentía nervioso(a), trastornado(a), sin poder trabajar, sin poder salir o divertirse?

53

Normal.....1 ----> PASE P. 148  
 No Normal.....5 ----> PREG. A

A. ¿Le duró seis meses o más esta temporada en la cual no actuaba normalmente?

54

No.....1 ----> PREG. E  
 Si.....5 ----> PASE INSTRUCCIONES ANTES P. 149

B. ¿Le duró hasta dos semanas?

55

No.....1  
 Si.....5

07: 54-60

148. Si sumara todo el tiempo en que Ud., ha tenido estas creencias o experiencias o algunas otras dificultades varias con problemas emocionales o mentales, ¿Cree ud., que en total sería tanto como 6 meses? (HAGA LAS PREGUNTAS: Quite el tiempo en que ha estado bien desde que le empezó el problema). SI EL R DICE QUE LOS PROBLEMAS NO SON SERIOS, COD 1 Y PASE A LAS INSTRUCCIONES ANTES DE P. 149.

No.....1 PREG. A  
Si.....5 PASE INSTRUCCIONES ANTES  
P. 149

56

A. ¿La duró dos semanas por lo menos?

No.....1  
Si.....5

57

¿LA EDAD ANOTADA EN P. 138 (p. 34) ó P. 144 (p. 36) ES MENOR QUE 12?

No.....1 → PASE Ps. 149-150  
Si.....5 → PASE INSTRUCCIONES  
ANTES P. 151

149. Después de la primera vez tuvo estas creencias o experiencias, ¿se dio cuenta que era menos capaz de hacer bien su trabajo?

Ningún efecto.....1  
Menos capaz.....5

58

150. Después de la primera vez que tuvo estas creencias o experiencias, ¿era usted menos capaz de disfrutar relaciones sociales ya sea con muchachos o muchachas/mujeres u hombres?

No.....1  
Si.....5

59

¿ESTUVO EN ALGUNA VEZ DEPRIMIDO O MANIACO?

DEPRIMIDO: SI P. 83,(P. 21) ó P. 102 A(p.25)= 5  
MANIACO : SI P. 111,(P. 28) ó P. 121 A(p.30)= 5

NO, NO DEPRIMIDO O MANIACO.....1 → PASE INSTRUCCIONES ANTES P. 151  
SI, DEPRIMIDO O MANIACO.....5 → PASE P. 151

151. ¿Alguna vez tuvo cualquiera de estas creencias o experiencias como (LISTE EJEMPLOS COD. 5 EN Ps. 123-137 (cs. 32-34) y Ps. 140-143 (cs. 35-36) antes del primer episodio en el cual usted me contó que se sentía (melancólico(a)/exaltado(a)/irritable)?

No.....1 → PREG. A  
Si.....5 → PASE INSTRUCCIONES  
ANTES P. 152

60

A. ¿Alguna vez ocurrieron estas creencias o experiencias en cualquier otra ocasión que no fuera cuando se sentía (melancólico(a)/exaltado(a)/irritable)?

No, sólo cuando (melancólico, exaltado, irritable).....1  
Sí, otras veces.....5

61

¿EL RECUADRO DEL ENTREVISTADOR ANTES DE LA P. 149 ESTA COD. CON 5 (SI)?	
NO.....5	→ PREG. 152
SI.....1	→ PASE P. 154

152. Usted dijo que tuvo estas creencias o experiencias por primera vez a la edad de (MENOR EDAD EN P. 138 Y P. 144). Piense acerca de los dos años antes de eso, cuando usted tenía de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ años de edad. ¿Era usted capaz de llevar a cabo sus actividades normales—por ejemplo ir a la escuela, al trabajo (o hacer su trabajo de casa) durante casi todo ese período de dos años?

No.....5 → PREG. A  
Si.....1 → PASE P. 153

62

A. ¿Fue eso debido completamente a una enfermedad física o lesión?

No.....5  
Si.....4

63

153. Durante esos mismos dos años, cuando tenía \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ años, ¿Continuaba saliendo y viendo a sus amigos la mayor parte del tiempo? SI R DICE QUE NUNCA TUVO AMIGOS, COD. 5

No.....5  
Si voluntariamente da explicación médica.4  
Si.....1

64

154. Quisiera saber si desde la primera vez que tuvo cualquiera de estas creencias o experiencias o cualquier problema emocional o nervioso usted ha vuelto a su estado normal. Por regresar a su estado normal quiero decir que por lo menos, un año no tomara medicinas para los nervios y que durante ese período:

- No tuviera problemas nerviosos o emocionales, o pensamientos o ideas extrañas
  - Y pudo trabajar todos los días (incluyendo trabajos de casa), salir y divertirse.
- ¿Ha tenido una temporada de un año o más en que volvió a su estado normal sin tomar medicinas para los nervios?

No nunca volvió a su estado normal o sólo con medicinas.....5  
Sí, volvió a su estado normal sin medicinas.....1

## ESCALA DE AJUSTE PREMORBIDO

Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Schizophrenia Bull 1982;8(3) 480-484

### INFANCIA (Hasta los 11 años)

#### 1.- Sociabilidad y aislamiento

- 0 Sin aislamiento. Es activo y frecuentemente busca contacto social.
- 1
- 2 Aislamiento leve. Disfruta de la socialización cuando participa en ella. Ocasionalmente busca oportunidades para socializar.
- 3
- 4 Moderadamente aislado. Dado a fantasear en el día y a la fantasía excesiva. Puede permitir pasivamente el contacto con los demás pero no lo busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, aislado y alejado. Evita el contacto.

#### 2.- Relaciones de amistad o compañerismo.

- 0 Muchos amigos, muchas relaciones cercanas.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistades casuales con los demás.
- 3
- 4 Patrones de amistad desviados; amigable sólo con niños más jóvenes o más grandes, o solo con parientes, o solo relaciones casuales.
- 5
- 6 Socialmente aislado, no amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

#### 3.- Desempeño escolar

- 0 Excelente estudiante
- 1
- 2 Buen estudiante
- 3
- 4 Estudiante regular
- 5
- 6 Reprueba todo

#### 4.- Adaptación a la escuela

- 0 Buena adaptación, disfruta la escuela, nunca o solo ocasionalmente tiene problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, quiere a la mayoría de los maestros.
- 1
- 2 Adaptación regular, ocasionalmente tiene problemas de disciplina, no muy interesado en la escuela. Nunca o sólo ocasionalmente presenta conductas delictivas. Tiene amigos en la escuela, pero no muy a menudo participa en actividades extramuros.
- 3
- 4 Adaptación pobre, no le gusta la escuela, conductas delictivas frecuentes, frecuentes problemas de disciplina.
- 5
- 6 Rechaza cualquier cosa relacionada con la escuela- delincuencia o vandalismo en contra de la escuela.

## ADOLESCENCIA TEMPRANA (12-15 años).

### 1.- Sociabilidad y aislamiento.

- 0 Sin aislamiento.
- 1
- 2 Poco aislamiento, Disfruta de la socialización, ocasionalmente busca oportunidades para socializar.
- 3
- 4 Moderadamente aislado, dado a fantasear en el día y fantasía excesiva, puede permitir pasivamente el contacto con los demás pero no lo busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, aislado y alejado. Evita el contacto.

### 2.- Relaciones con los demás

- 0 Muchos amigos, muchas relaciones cercanas.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistades casuales con los demás.
- 3
- 4 Patrones de amistad desviados. Amigable sólo con niños más jóvenes o personas más grandes, o sólo con parientes, o solo relaciones casuales.
- 5
- 6 Socialmente aislado, no amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

### 3.- Desempeño escolar

- 0 Excelente estudiante
- 1
- 2 Buen estudiante
- 3
- 4 Estudiante regular
- 5
- 6 Reprueba todo

### 4.- Adaptación a la escuela

- 0 Buena adaptación, disfruta la escuela, nunca o solo ocasionalmente problemas en disciplina, tiene amigos en la escuela, quiere a la mayoría de los maestros.
- 1
- 2 Adaptación regular, ocasionalmente problemas con disciplina, no muy interesado en la escuela, nunca o solo ocasionalmente presenta conductas delictivas. Tiene amigos en la escuela, pero no muy a menudo participa en actividades extracurriculares.
- 3
- 4 Adaptación pobre, no le gusta la escuela, conductas delictivas frecuentes, frecuentes problemas de disciplina.
- 5
- 6 Rechaza cualquier cosa relacionada con la escuela. Delincuencia o vandalismo en contra de la escuela.

## 4 - Adaptación a la escuela

- 0 Buena adaptación, disfruta la escuela, nunca o solo ocasionalmente problemas en disciplina, tiene amigos en la escuela, quiere a la mayoría de los maestros.
- 1
- 2 Adaptación regular, ocasionalmente problemas con disciplina, no muy interesado en la escuela, nunca u ocasionalmente presenta conductas delictivas. Tiene amigos en la escuela, pero no muy a menudo participa en actividades extracurriculares.
- 3
- 4 Adaptación pobre, no le gusta la escuela, conductas delictivas frecuentes, frecuentes problemas de disciplina.
- 5
- 6 Rechaza cualquier cosa relacionada con la escuela- delincuencia o vandalismo en contra de la escuela.

## 5.- Aspectos sociales de la vida sexual durante la adolescencia e inmediatamente después.

- 0 Siempre mostró un "interés sano" en el sexo opuesto, citas, desea tener una relación formal, comprometido en alguna actividad sexual (no necesariamente copula).
- 1 Tiene citas regularmente. Tuvo sólo un amigo del sexo opuesto con quien el paciente se relacionó por un largo tiempo. (Incluye aspectos sexuales de una relación, no necesariamente cóito, implica el sentirse dentro de una relación de pareja).
- 2 Siempre mezclado cercanamente con niños y niñas. (Incluye haber sido miembro de un grupo social, interesado y relacionado con los demás, no parejas).
- 3 Interés profundo y consistente en relaciones con el mismo sexo con ausencia de interés restringido en el sexo opuesto.
- 4 Relaciones casuales con el mismo sexo, con intentos inadecuados de relacionarse con el sexo opuesto. Contactos casuales con niños y niñas.
- 5 Contactos casuales con el mismo sexo, ausencia de interés en el sexo opuesto. Contactos ocasionales con el sexo opuesto.
- 6 No hay deseo de estar con niños y niñas, nunca salió con el sexo opuesto.

## Edad adulta (19 años en adelante)

## 1.- Sociabilidad y aislamiento

- 0 No aislamiento, activo y frecuentemente busca contacto social.
- 1
- 2 Poco aislamiento, Disfruta de la socialización, ocasionalmente busca oportunidades para socializar.
- 3
- 4 Moderadamente aislado, dado a fantasear en el día y fantasía excesiva, puede permitir pasivamente el contacto con los demás pero no lo busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, aislado y alejado. Evita el contacto.

## 2.- Relaciones con los demás

- 0 Muchos amigos, muchas relaciones cercanas.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistades casuales con los demás.
- 3

5.- Aspectos socio-sexuales de la vida durante la adolescencia temprana.

- 0 Primeras citas con el sexo opuesto, muestra un "interés sano" en el sexo opuesto, desea tener una relación formal, puede incluir alguna actividad sexual.
- 1 Relación e interés en los demás. Interés en relacionarse con el mismo sexo. Puede ser miembro de un grupo. Interés en el sexo opuesto. También puede no tener relaciones emocionales cercanas con el sexo opuesto aunque no sean muy cercanas. Hay enamoramientos y flirteos.
- 2 Interés profundo y consistente en relaciones con el mismo sexo con ausencia de interés o interés restringido en el sexo opuesto.
- 3 Relaciones casuales con el mismo sexo, con intentos inadecuados de relacionarse con el sexo opuesto. Contactos casuales con ambos sexos.
- 4 Contactos casuales con el mismo sexo, no hay interés en el sexo opuesto.
- 5 Un solitario, rara vez o no hay contacto con niños o niñas.
- 6 Antisocial, rechaza y es rechazado por los demás (Difiere de la anterior en que está implícita una evitación activa de los demás, más que un aislamiento pasivo).

**ADOLESCENCIA TARDIA (16-18 años)**

1.- Sociabilidad y aislamiento.

- 0 Sin aislamiento.
- 1
- 2 Poco aislamiento, Disfruta de la socialización, ocasionalmente busca oportunidades para socializar.
- 3
- 4 Moderadamente aislado, dado a fantasear en el día y fantasía excesiva, puede permitir pasivamente el contacto con los demás pero no lo busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, aislado y alejado. Evita el contacto.

2.- Relaciones con los demás

- 0 Muchos amigos, muchas relaciones cercanas.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistades casuales con los demás.
- 3
- 4 Patrones de amistad desviados; amigable sólo con niños más jóvenes o más grandes, o sólo con parientes, o solo relaciones casuales.
- 5
- 6 Socialmente aislado, no amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3.- Desempeño escolar

- 0 Excelente estudiante
- 1
- 2 Buen estudiante
- 3
- 4 Estudiante regular
- 5
- 6 Reprueba todo

## 4 - Adaptación a la escuela

- 0 Buena adaptación, disfruta la escuela, nunca o solo ocasionalmente problemas en disciplina, tiene amigos en la escuela, quiere a la mayoría de los maestros
- 1
- 2 Adaptación regular, ocasionalmente problemas con disciplina, no muy interesado en la escuela, nunca u ocasionalmente presenta conductas delictivas. Tiene amigos en la escuela, pero no muy a menudo participa en actividades extracurriculares.
- 3
- 4 Adaptación pobre, no le gusta la escuela, conductas delictivas frecuentes, frecuentes problemas de disciplina.
- 5
- 6 Rechaza cualquier cosa relacionada con la escuela- delincuencia o vandalismo en contra de la escuela.

## 5 - Aspectos sociales de la vida sexual durante la adolescencia e inmediatamente después.

- 0 Siempre mostró un "interés sano" en el sexo opuesto, citas, desea tener una relación formal, comprometido en alguna actividad sexual (no necesariamente copula).
- 1 Tiene citas regularmente. Tuvo sólo un amigo del sexo opuesto con quien el paciente se relacionó por un largo tiempo. (Incluye aspectos sexuales de una relación, no necesariamente coito, implica el sentirse dentro de una relación de pareja).
- 2 Siempre mezclado cercanamente con niños y niñas. (Incluye haber sido miembro de un grupo social, interesado y relacionado con los demás, no parejas).
- 3 Interés profundo y consistente en relaciones con el mismo sexo con ausencia de interés restringido en el sexo opuesto.
- 4 Relaciones casuales con el mismo sexo, con intentos inadecuados de relacionarse con el sexo opuesto. Contactos casuales con niños y niñas.
- 5 Contactos casuales con el mismo sexo, ausencia de interés en el sexo opuesto. Contactos ocasionales con el sexo opuesto.
- 6 No hay deseo de estar con niños y niñas, nunca salió con el sexo opuesto.

## Edad adulta (19 años en adelante)

## 1.- Sociabilidad y aislamiento

- 0 No aislamiento, activo y frecuentemente busca contacto social.
- 1
- 2 Poco aislamiento, Disfruta de la socialización, ocasionalmente busca oportunidades para socializar.
- 3
- 4 Moderadamente aislado, dado a fantasear en el día y fantasía excesiva, puede permitir pasivamente el contacto con los demás pero no lo busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, aislado y alejado. Evita el contacto.

## 2.- Relaciones con los demás

- 0 Muchos amigos, muchas relaciones cercanas.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistades casuales con los demás.
- 3

4 Patrones de amistad desviados, amigable solo con niños más jóvenes o más grandes, o sólo con parientes, o sólo relaciones casuales.

5

6 Socialmente aislado, no amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

### 3 - Aspectos socio-sexuales en la vida adulta

#### a) casado, actualmente o anteriormente:

0 Casado, solo un matrimonio (o vuelto a casar como resultado de la muerte del cónyuge), vive solo, relaciones sexuales adecuadas

1 Actualmente casado con una historia de deseo sexual inhibido períodos de relaciones sexuales difíciles, relaciones extramaritales.

1 Casado, más de una vez, actualmente vuelto a casar. Relaciones sexuales adecuadas por lo menos en uno de los matrimonios.

2 Casado o divorciado y vuelto a casar, con un vida sexual crónica inadecuada.

2 Casado, y aparentemente permanece separado o divorciado sin volverse a casar, pero mantuvo un hogar en algún matrimonio por lo menos durante tres años.

3 Lo mismo que el anterior, pero: divorcio ocurrido hace más de tres años, y, durante el matrimonio mantuvo un hogar por menos de 3 años.

#### b) nunca estuvo casado, más de 30 años de edad

2 Ha estado comprometido una o más veces o ha tenido una relación larga (por lo menos dos años) incluyendo relaciones heterosexuales u homosexuales, o evidencia aparente de un romance con una persona, pero es incapaz de tomar un compromiso duradero como el matrimonio.

3 Relaciones heterosexuales u homosexuales largas que hayan durado más de 6 meses pero menos de dos años. (Si es estable, una relación homosexual de larga duración, de más de dos años se califica con "3").

4 Breves, o experiencias de citas de corta duración (heterosexuales u homosexuales) con una o más parejas, pero no ha tenido experiencias sexuales de larga duración con una sola pareja.

5 Relaciones sexuales o sociales raras o infrecuentes.

6 Interés social o sexual mínimo tanto en mujeres como hombres, aislado.

#### c) Nunca ha estado casado, 20-29 años:

0 Ha tenido por lo menos una relación amorosa de larga duración (mínimo 6 meses) o ha estado comprometido, a pesar de que prohibiciones religiosas u otras inhibiciones pudieran haber evitado la unión sexual. Pudieron haber vivido juntos.

1 Ha tenido citas activamente, ha tenido muchos novios (novias), algunas relaciones han durado algunos meses pero no ha habido relaciones de larga duración. Sus relaciones pudieron haber sido serias, pero las relaciones comprometedoras de larga duración como el matrimonio.

3 Breves, o experiencias o romances de citas de corta duración con una o más parejas, pero no ha tenido experiencias sexuales de larga duración con una sola pareja.

4 Relaciones casuales sexuales o sociales con personas de cualquiera de los 2 sexos sin lazos emocionales profundos.

5 Relaciones sexuales o sociales raras o infrecuentes.

6 Intereses sexuales o sociales mínimas con mujeres u hombres, aislado.

## GENERAL

### 1 - Educación

- 0 Licenciatura (por ejemplo, derecho)
- 1 Terminó preparatoria, cursó licenciatura sin terminar u otros estudios (como es el trabajo secretarial).
- 2 Terminó la preparatoria.
- 3
- 4 Terminó la secundaria.
- 5
- 6 Terminó la primaria.

2.- Durante un periodo de 3 años hasta 6 meses antes de la primera hospitalización o del inicio del primer episodio, el paciente tenía trabajo remunerado o funcionaba en la escuela.

- 0 Todo el tiempo.
- 1
- 2 La mitad del tiempo.
- 3
- 4 Brevemente, como el 25% de el tiempo.
- 5
- 6 Nunca.

3.- En el periodo de 1 año a 6 meses antes de la primera hospitalización o el primer episodio, ocurrió un cambio en el desempeño laboral o escolar.

- 0 Abruptamente.
- 1
- 2 3 meses antes.
- 3
- 4 6 meses antes.
- 5
- 6 Imperceptiblemente, no es posible o hay dificultad para determinar el inicio del deterioro.

4.- Durante un periodo de 3 años hasta 6 meses antes de la primera hospitalización o el primer episodio, la frecuencia del cambio en el trabajo, si es que estaba trabajando, o interrupción en la asistencia era:

- 0 Mantiene el mismo trabajo, o permanece en la escuela.
- 1
- 2 Cambios de trabajo o interrupciones en la escuela ocurridos de dos a tres veces.
- 3
- 4 ???Ha mantenido el trabajo mas de 8 meses pero menos de un año, o ha permanecido continuamente en la escuela por el mismo periodo.
- 5
- 6 Menos de 2 semanas en un trabajo o en la escuela.

5.- Consolidación de la Independencia:

- 0 Ha consolidado exitosamente su residencia lejos del hogar, económicamente independiente de los padres.
- 2 Ha hecho intentos sin éxito para establecer residencia independiente estable, vive en casa de sus padres, por otro lado económicamente independiente.
- 4 Vive en la casa de sus padres, recibe una mensualidad de los padres que le sirve para entretenimiento, ropa etc...
- 6 No hace ningún intento para dejar el hogar o ser económicamente independiente.

6.- Valoración global del nivel más alto de funcionamiento alcanzado en la vida del paciente.

- 0 Completamente capaz de funcionar exitosamente y disfrutar de: (a) trabajo o escuela,

ESCALA DE AJUSTE PREMORBIDO  
HOJA DE CALIFICACION

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE POSIBLE	SUBTOTAL
1. INFANCIA	_____	_____	_____
2. ADOLESCENCIA TEMPRANA	_____	_____	_____
3. ADOLESCENCIA TARDIA	_____	_____	_____
4. EDAD ADULTA*	_____	_____	_____
5. GENERAL	_____	_____	_____
CALIFICACION TOTAL			_____ / _____ = _____

\*El puntaje obtenido se divide entre 15 si el paciente se codificó en el inciso ( a ) del área socio-sexual.