

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

Evaluación de síntomas prodrómicos de la esquizofrenia mediante una prueba de tamizaje y una entrevista estructurada específica.

Tesis que, para obtener el título de especialista en psiquiatría,  
presenta:

***Héctor Fermín Blanco Zazueta***

Tutor Teórico  
Dr. Jesús Ramírez Bermúdez

Tutor Metodológico  
Dra. Claudia Fouilloux Morales



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.

## Índice

Introducción	3
Marco teórico	4
Pregunta de investigación	17
Justificación	18
Hipótesis	19
Objetivo	20
Material y método	21
Metodología	22
1. Diseño de estudio	22
2. Población y muestra	22
3. Criterios de selección	24
4. Variables e Instrumentos de medición	25
5. Análisis estadístico	25
6. Consideraciones éticas	25
Procedimiento	27
Resultados	28
Conclusiones	31
Bibliografía	33

## **Introducción**

En este trabajo se describen los resultados obtenidos al aplicar una escala estructurada para valorar los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia (SIPS) en una muestra de estudiantes de secundaria y preparatoria del Distrito Federal. Lo anterior es parte de un programa de detección oportuna de esquizofrenia, en la parte preclínica de la enfermedad, para después darles seguimiento a los pacientes que resulten positivos a la prueba. La importancia del trabajo reside en que se está haciendo una prevención secundaria en una enfermedad que es crónica, muy incapacitante y costosa. Además, los objetivos a largo plazo del programa son influir en la evolución de la enfermedad, ya que entre más temprano se detecte y se inicie el tratamiento mejor es la misma. En cuanto al constructo de “pródromos”, se trata de una entidad clínica que se encuentra en investigación, ya que se encuentra en un momento histórico en el que se están llegando a un acuerdo para su definición y valorar la transición de la misma a esquizofrenia.

## **Marco Teórico**

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales con un alto costo para la sociedad (Rice, 1999). Esta enfermedad ocasiona incapacidad en diferentes áreas del funcionamiento general; actualmente la Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la esquizofrenia como un problema de salud pública, representando la novena causa de discapacidad en el mundo (Desjarlais, 1995) y fue la quinta causa de hospitalización en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez durante el año 2006 (INNN, 2006). La prevalencia de esta enfermedad es alta, representando el 1% de la población mundial, con una incidencia anual de 0.2 a 0.4 por cada 1000 habitantes y su curso es crónico con un inicio temprano, generalmente durante la adolescencia o en la etapa productiva de un individuo. El inicio después de los 30 años es poco común y muy raro después de los 40 años. Afecta por igual a hombres y mujeres, pero los síntomas aparecen entre los 15 y 25 años en los hombres y entre los 25 y los 30 años en las mujeres (Muesler y McGurk, 2004).

El inicio de la esquizofrenia durante la adolescencia sustenta la intervención temprana ya que se ha descrito que mientras más temprano se inicie el tratamiento mejor será el pronóstico y se podrían disminuir las complicaciones asociadas al surgimiento de los síntomas psicóticos (Lieberman et al., 1992; Robinson et al., 1999). Los programas de detección de psicosis temprana han demostrado su capacidad para disminuir de forma importante la tasa de hospitalizaciones (McGorry, 1998). La duración de la psicosis no tratada (DPNT),

es el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas psicóticos y el tratamiento; en promedio se describe un retraso de 1 a 2 años (Johnstone et al., 1986; McGlashan, 1999).

La DPNT prolongada se ha asociado con un mayor tiempo para lograr la remisión de los síntomas (Loebel et al., 1992), con un incremento en los síntomas negativos y disfunciones cognitivas (Waddington et al., 1995; Scully et al., 1997), con la resistencia al tratamiento (Wyatt, 1991; Edwards et al., 1998), con el incremento del riesgo de conductas suicidas y la probabilidad de que se presenten problemas legales como resultado de su conducta violenta (Lincoln et al., 1998), con disfunción familiar y deterioro psicosocial del paciente, reforzando conductas negativas y aumentando la desesperanza por no encontrar atención especializada (Jones et al., 1993). Por otro lado hay evidencia que la mejoría y el índice de recuperación se relacionan con periodos cortos de DPNT (McGorry et al., 1996). Lo anterior ha motivado que surjan programas de detección temprana de esquizofrenia.

El interés internacional por las fases prodrómicas y de los primeros episodios de las enfermedades psicóticas ha ido en aumento por su potencial beneficio en la identificación y la intervención temprana. Es necesaria una investigación científica rigurosa y uno de los elementos más críticos de la investigación en pródromos de esquizofrenia, es la capacidad de caracterizar y definir

operacionalmente el concepto de “pródromo de la esquizofrenia” así como la transición de la “enfermedad prodrómica” y el inicio de la psicosis.

Yung y colaboradores (Yung et al. 1996, Yung et al. 1998) fueron pioneros en éste trabajo al señalar tres síndromes prodrómicos que de manera prospectiva identificarían a personas que estuvieran en alto riesgo para desarrollar esquizofrenia en un futuro próximo. Los tres síndromes fueron descritos como (1) un síntoma psicótico positivo franco, el cual es tan breve e intermitente para constituir un síndrome psicótico completo, (2) síntomas positivos atenuados, y (3) deterioro funcional en la presencia de riesgo genético.

El equipo PRIME de investigación de pródromos (Prevention Through Risk Identification, Management, and Education) en la Universidad de Yale ha desarrollado dos instrumentos para considerar y seguir este fenómeno de manera transversal y a través del tiempo (figura 1). Estos instrumentos son el SIPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes) (McGlashan et al. 2001; Miller et al, 2002; Rosen et al. 2002) y el SOPS (Scale of Prodromal Symptoms) (Miller et al. 1999; McGlashan et al. 2001). El SIPS es una entrevista diagnóstica estructurada que se utiliza para diagnosticar los tres síndromes prodrómicos y se puede ver como un análogo del SCID I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) u otras entrevistas estructuradas de diagnóstico. El SIPS incluye al SOPS, Schizotypal Personality Disorder Checklist (APA 1994), cuestionario de historia familiar (Andreasen et al. 1977) y el GAF (Global Assessment of Functioning

Scale) (Hall 1995). El SIPS también incluye definiciones operacionales de los tres síndromes prodrómicos COPS (Criteria of Prodromal Syndromes) y una definición operacional del inicio de la psicosis POPS (Presence of Psychotic Syndrome). Como parte del SIPS, el COPS y el POPS se agregan a la información de síntomas positivos del SOPS, la Schizotypal Personality Disorder Checklist, y el cuestionario de historia familiar para diagnosticar los síndromes prodrómicos o la presencia de psicosis. El SOPS es una escala de 19 reactivos diseñada para medir la severidad de los síntomas prodrómicos y de los cambios a través del tiempo. Se puede conceptualizar como análogo al PANSS (Positive and Negative Síndrome Scale), el BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), y otras escalas establecidas para medir severidad de pacientes con psicosis estructurada. El SOPS contiene cuatro subescalas para los constructos positivo, negativo, de desorganización y síntomas generales. Contiene cinco reactivos positivos, seis negativos, cuatro para desorganización y cuatro para síntomas generales. Los síntomas negativos, de desorganización, y generales medidos en el SOPS no son utilizados para realizar el diagnóstico de pródromos en acuerdo con el COPS pero son útiles para describir la severidad del diagnóstico una vez establecido.

**Figura 1.** Organización del SIPS y del SOPS y el listado de los acrónimos asociados.

Structured Interview for Prodromal Síndromes (SIPS)	Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)
Evaluaciones	Síntomas Positivos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)</li> <li>• Listado del Trastorno de Personalidad Esquizotípica (DSM-IV)</li> <li>• Cuestionario de Historia Familiar</li> <li>• Escala de Medición Global de Funcionamiento (GAF)</li> </ul> <p>Criterios</p> <p>Presencia de síndrome psicótico (POPS)</p> <p>Criterio de síndrome prodrómico (COPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntoma Psicótico Breve Intermitente (BIPS)</li> <li>• Síntomas Positivos Atenuados (APS)</li> <li>• Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro (GRD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido del pensamiento inusual/ideas delirantes</li> <li>• Susplicacia/Ideas de persecución</li> <li>• Grandiosidad</li> <li>• Anomalías percepción/alucinaciones</li> <li>• Comunicación desorganizada</li> </ul> <p>Síntomas Negativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhedonia social</li> <li>• Avolutivo</li> <li>• Expresión de emoción</li> <li>• Experiencia de emociones y del insight</li> <li>• Riqueza de ideas</li> <li>• Funcionamiento ocupacional</li> </ul> <p>Síntomas Desorganizados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento y apariencia extraña</li> <li>• Pensamiento bizarro</li> <li>• Problemas de atención y de enfoque</li> <li>• Higiene personal</li> </ul> <p>Síntomas Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de sueño</li> <li>• Ánimo disfórico</li> <li>• Problemas motores</li> <li>• Intolerancia al estrés normal</li> </ul>
--	--

El COPS se lista en la tabla 1. Está modificado de los criterios originales de Yung (Yung et al 1998) para mejorar la validez predictiva, ya que se enfoca de manera más estrecha en pacientes con riesgo inminente.

**Tabla 1. Criterios de pródromos según COPS**

Criterios de Pródromos	COPS
Síntomas Psicóticos Breves Intermitentes	Uno o más de los 5 ítems positivos del SOPS en el rango psicótico (puntaje de 6) Y Síntomas en los 3 meses previos Y Síntomas ocurran actualmente por lo menos algunos minutos al día, por lo menos una vez al mes
Síntomas Positivos Atenuados	Uno o más de los 5 ítems positivos del SOPS con puntaje en el rango de pródromo entre 3 y 5 Y Síntomas inicien dentro del año previo o que hayan aumentado 1 o más puntos en el año previo

	Y Síntomas ocurran al menos una vez a la semana en el último mes.
Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro	Familiar de primer rango con historia de cualquier trastorno psicótico O Paciente con criterios de trastorno de personalidad esquizotípico Y Deterioro de por lo menos 30% en el GAF en el mes previo, en comparación al año previo

Las descripciones clínicas de los tres síndromes prodrómicos como están definidos en el COPS y diagnosticados por el SIPS se encuentran disponibles en un número de publicaciones (McGlashan et al. 2001; Rosen et al. 2002). El BIPS (The Brief Intermittent Psychotic Symptom syndrome) se definen como experiencias de síntomas psicóticos francos que no cumplen los criterios de POPS, y que han alcanzado un nivel de intensidad de psicosis en los tres meses previos, y ocurren por lo menos algunos minutos al día, al menos una vez por mes. Por lo tanto, clínicamente, las personas que cumplen los criterios de BIPS parecerán que se encuentran experimentando síntomas francamente psicóticos de inicio reciente que se presentan infrecuentemente y por periodos cortos de tiempo. El GRD (Genetic Risk and Deterioration syndrome) se encuentra definido al presentar riesgo genético, con un familiar de primer grado con cualquier trastorno psicótico, o que personalmente cumpla criterios del DSM-IV para trastorno de personalidad esquizotípica, así como presentar un deterioro significativo en su funcionamiento, definido con una caída en 30 por ciento o más en el GAF en el último año. Este síndrome se incluye para capturar individuos que pueden estar experimentando una fase prodrómica caracterizado principalmente por síntomas negativos, que esperamos se vea manifestado en la disminución del funcionamiento medido en el GAF.

El APS (Attenuated Positive Symptom syndrome) es el último síndrome, y el más frecuente en la clínica PRIME. Este síndrome se caracteriza por el desarrollo o empeoramiento en el último año de síntomas psicóticos leves o atenuados, que no han alcanzado la intensidad y que han estado presentes por lo menos una vez por semana en el último mes. Las características de los síntomas positivos leves o atenuados son familiares en la mayoría de los clínicos pero no han tenido un interés de investigación en el tema hasta años recientes. Estos pacientes reportan experimentar los precursores de delirios, alucinaciones, y problemas del pensamiento en la forma de contenido del pensamiento inusual, anomalías perceptuales, y lenguaje desorganizado. El contenido del pensamiento inusual atenuado puede ser de tipo paranoide, de grandiosidad, o de otra naturaleza y puede ir desde leve a severo pero no psicótico. Algunos ejemplos clínicos de este tipo de síntomas incluyen pacientes que reportan considerar la posibilidad, pero no creen claramente, que pueden ser capaces de leer la mente de otros, o que ellos pueden ser capaces de predecir o determinar el futuro de los sueños.

Uno de los determinantes clave para considerar un síntoma como atenuado, y no en un nivel de intensidad completamente psicótica, es la falta de convicción, de la naturaleza real de los síntomas así como de continuar con la introspección en cuanto a que la experiencia es en realidad un síntoma.

Las anomalías perceptuales atenuadas pueden equivaler a la experiencia de leve a severa pero no un nivel de intensidad psicótica. Los pacientes que experimentan éstos síntomas, reportan escuchar ruidos extraños, como golpes secos, timbres: ladridos, o su nombre. Síntomas más severos, pero que continúan en la esfera de los atenuados, son sonidos o voces que parecen lejanas o farfullantes. Las personas también han reportado experimentar cambios perceptuales vagos como ver los colores de manera diferente, ver flashes de luz, o ver figuras geométricas. También se han reportado frecuentemente ver sombras, o figuras en forma de fantasmas.

Finalmente, ya que el trastorno del pensamiento es una experiencia subjetiva que es difícil de evaluar por un observador, el SIPS mide la experiencia de acuerdo al lenguaje desorganizado. De manera clínica se busca personas que a través del tiempo se ha vuelto circunstancial o tangencial en su lenguaje, que usan palabras extrañas o frases inusuales, o que están comenzando a tener dificultad a llegar a la meta.

Al ser capturado por los tres síndromes, el pródromo de esquizofrenia se ha concebido como un periodo de aumento en la severidad de los síntomas de forma escalonada o en un declive en la funcionalidad que se encuentra entre el fin de la fase inicial prácticamente asintomática, y la fase francamente psicótica de la esquizofrenia (Woods et al. 2001b). El pródromo tiene similitud con la base conceptual del espectro, pero se distingue claramente en relación con el curso y

trayectoria de la enfermedad. El constructo de pródromo es similar al esquizotípico y la esquizotaxia, en cuanto a que los síntomas son de menor intensidad que la esquizofrenia, pero se diferencia de ellos en que los síntomas son de inicio reciente y con severidad que aumenta de forma escalonada, en contraste con la estabilidad y severidad de las primeras. El constructo es similar al de “niños en riesgo” en que comparten el aumento en el riesgo de progresar a esquizofrenia pero se difiere en que tiene que estar sintomático, en que no requiere tener la historia familiar de esquizofrenia presente, y en que implica un mayor riesgo inminente. El constructo de pródromo debe ser comparado y contrastado con la conceptualización del DSM-IV de trastornos psicóticos que por tiempo no cumplen los criterios de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Estos conceptos del DSM-IV son trastorno psicótico no especificado, trastorno psicótico breve, y trastorno esquizofreniforme. Estos conceptos del DSM-IV no coinciden con los síndromes prodrómicos en APS o GRD. El trastorno esquizofreniforme se cubre con las definiciones de psicosis completa por el SIPS o por el CAARMS. Sin embargo algunos pacientes que se encuentran en curso tardío del síndrome prodrómico por el BIPS así como es definido por el SIPS puede cumplir los criterios de trastorno esquizofreniforme en fase temprana. Por el traslape de ambos diagnósticos, los síntomas psicóticos breves intermitentes tienen que haber sido presentados entre 1 y 3 meses y además presentar el criterio del trastorno esquizofreniforme del DSM-IV, que menciona estar presente en una “porción significativa del tiempo”. Además el paciente con cuadro psicótico que no cumple el tiempo para trastorno psicótico no especificado o

trastorno psicótico breve puede cumplir los criterios de pródromos de BIPS o los criterios de psicosis completa por SIPS o CAARMS. Éstos pacientes cumplirán los criterios de pródromos o psicosis dependiendo de la frecuencia o de la severidad del SIPS y de la duración en el CAARMS. **Ver figura 2**

**Figura 2. Relación entre la duración de los síntomas psicóticos completos y los criterios diagnósticos para trastorno psicótico y de síndromes psicóticos breves a través de 3 sistemas diagnósticos.**

Duración	Días	Semanas	Meses
<b>SIPS</b>	<b>SIPS</b> psicosis por esquizofrenia = promedio de 4 días a la semana por un mes o = 1 día si los síntomas son muy desorganizados o peligrosos		
	<b>SIPS BIPS</b> < de un promedio de 4 días por semana, <3 meses No seriamente desorganizado o peligroso		
<b>DSM-IV</b>	Trastorno Psicótico Breve =1 día pero < 1 mes  Trastorno Psicótico No Especificado = 1 día, no ha cumplido 1 mes	Trastorno Esquizofreniforme  = 1 mes pero < 6 meses	Esquizofrenia  Trastorno Esquizoafectivo  > 6 meses, incluyendo pródromo
<b>CAARMS</b>	CAARMS BLIPS  < 1 semana	CAARMS Psicosis  > 1 semana	

Estudios de la fase prodrómica de primer inicio dependen en la replicación y la validez del diagnóstico de pacientes con criterios estandarizados. El progreso depende de la habilidad de dar seguimiento a los cambios sintomáticos a través del tiempo y de definir operacionalmente el punto de conversión del nivel “prepsicótico” al psicótico en cuanto a la intensidad de los síntomas. Ya que la

psicosis emerge de una forma dimensional, el punto específico de conversión de no psicótico a psicótico no se ha definido. Cualquier definición es de cierta manera arbitraria. Sin embargo, para que una investigación proceda con validez, es necesario desarrollar una definición que pueda ser operativa y replicable. Los criterios para el inicio de psicosis franca utilizado por nuestro grupo son los criterios POPS, los cuales son parte de la entrevista SIPS (Fig 1). El POPS requiere que uno o más de los criterios de síntomas positivos del SOPS sean medidos a un nivel de intensidad psicótica y que también describa la frecuencia de los síntomas psicóticos y los criterios de duración. La figura 2 presenta los criterios de frecuencia y duración del POPS junto con la comparación de los criterios del CAARMS para el inicio de psicosis utilizado por Yung et al.

La clínica PRIME ha estado examinando la validez predictiva del SIPS a través de un estudio de seguimiento. Los resultados de la validez predictiva inicial demostraron que de 13 pacientes diagnosticados con síndrome prodrómico de manera basal, 6 (46%) han desarrollado esquizofrenia a los 6 meses y 7 (54%) a los 12 meses (Miller et al. 2002). Además, ninguno de los pacientes que no presentaban pródromos desarrolló esquizofrenia a los 12 meses.

El Cuestionario de Tamizaje de Síntomas Prodrómicos PRIME es un instrumento de 12 reactivos contestados en una escala de frecuencia de 6 puntos. Los reactivos preguntan al sujeto acerca de su experiencia personal en el último año en relación a experiencias sensoriales, psicológicas, emocionales y sociales. Los

reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 6 en la que cada número corresponde a “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “un poco en desacuerdo”, “No estoy seguro”, “un poco de acuerdo”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. De acuerdo a lo propuesto por los autores originales de la escala, un sujeto presenta síntomas prodrómicos cuando cualquiera de los reactivos tiene una puntuación de 6 (totalmente de acuerdo). La prueba de tamizaje PRIME fue traducida y validada por la Dra. Fresan y col. (Fresan, et al 2007), donde se les aplicó la escala a 532 adolescentes, obteniendo un 18.4% de los sujetos tuvieron 1 o más síntomas prodrómicos.

La Dra. Aída Valero y col. del Laboratorio de Investigación Sociomédica, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, aplicaron el Cuestionario de Tamizaje de Síntomas Prodrómicos PRIME a 1168 estudiantes de escuelas secundarias públicas de la Delegación Coyoacán y Tlalpan, que tuvieran problemas de conducta y bajo aprovechamiento escolar, en 23 escuelas secundarias públicas de la delegación Coyoacán y 20 escuelas secundarias públicas de la delegación Tlalpan en el Distrito Federal. La muestra total tamizada presentó un rango de edad entre los 11 y los 17 años (media de 13.28 años), siendo 749 hombres (63.9%), y 419 mujeres (35.9%). El 45.2% (n=505) fueron clasificados como sujetos con presencia de uno o más síntomas prodrómicos de acuerdo al formato de calificación de la escala original. Solo 137 (27.2%) dieron autorización para realizar SIPS como seguimiento.

Los investigadores en el campo de la investigación de pródromos deben aprender cómo identificar lo que en esencia, es una entidad clínica nueva.

## **Pregunta de Investigación**

En una población de estudiantes de secundaria de las Delegaciones Coyoacán y Tlalpan en la Ciudad de México con problemas de conducta y aprovechamiento escolar, ¿cuál es el número de pacientes en los cuales se confirma el diagnóstico de síndrome de pródromos de esquizofrenia a partir de personas con diagnóstico de probable pródromos de esquizofrenia según la prueba de tamizaje PRIME?

## **Justificación**

La importancia de este estudio radica en el objetivo de detectar oportunamente los individuos con alto riesgo para esquizofrenia. Esto sería prevención secundaria, ya que entre más temprano sea detectada la enfermedad, presenta un mejor pronóstico. Además disminuiría el tiempo de la detección de la Psicosis No Tratada. Lo anterior mejora la calidad de vida de las personas, mejora el grado de deterioro que causa la enfermedad y además presenta una disminución de costos de la misma, disminuyendo la tasa de hospitalización. También puede presentar una mejoría en la percepción de la enfermedad por parte de la familia, con una mejor relación entre los familiares, pacientes, escuelas y médico, lo cual puede propiciar una mejor comunicación, aclaración de dudas, y un mayor entendimiento de la enfermedad. Por lo demás es importante conocer cuál es la efectividad de una prueba de tamizaje en comparación con una prueba confirmatoria, ya que esto arroja datos acerca de la utilidad de la prueba de tamizaje en estudios clínicos y epidemiológicos.

## **Hipótesis**

En una población de estudiantes de secundaria de las Delegaciones Coyoacán y Tlalpan en la Ciudad de México con problemas de conducta y aprovechamiento escolar, estimamos que menos del 20% de los sujetos identificados como probables portadores de un síndrome prodrómico de acuerdo con la prueba de tamizaje PRIME será confirmado mediante la aplicación de la entrevista estructurada SIPS.

## **Objetivos**

### Objetivos principales

1. Confirmar el diagnóstico de síndrome de pródromos de esquizofrenia mediante una Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS), a las personas con diagnóstico de probables pródromos de esquizofrenia, medido previamente con una prueba de tamizaje PRIME.
2. Estimar cuál es la utilidad de la prueba de tamizaje PRIME en una muestra de estudiantes de secundaria de las Delegaciones Coyoacán y Tlalpan en la Ciudad de México con problemas de conducta y aprovechamiento escolar, a partir de la confirmación diagnóstica mediante la entrevista estructurada SIPS, es decir, conocer cuál es la frecuencia de falsos positivos y verdaderos positivos que arroja la prueba de tamizaje PRIME al compararla con la entrevista estructurada SIPS.

### Objetivos secundarios

Determinar cuáles son los diagnósticos psiquiátricos de acuerdo al DSM-IV en los sujetos identificados por la prueba de tamizaje PRIME pero en las cuales no se confirmó el diagnóstico de pródromo de esquizofrenia de acuerdo con la entrevista estructurada SIPS.

## **Material y Método**

Se les aplicará la Entrevista Estructurada de Síntomas Prodrómicos (SIPS) a los individuos que cumplan criterios de probable pródromo de esquizofrenia en el tamizaje inicial mediante la Prueba de Tamizaje PRIME.

Se describirá el número y se obtendrá el porcentaje de las personas en las que se confirma el síndrome de pródromos de esquizofrenia, y se describirán los diagnósticos clínicos de las personas que no cumplan los criterios de pródromo de esquizofrenia, mediante la entrevista psiquiátrica estructurada (SCID-I).

## **Metodología**

### 1. Diseño de estudio

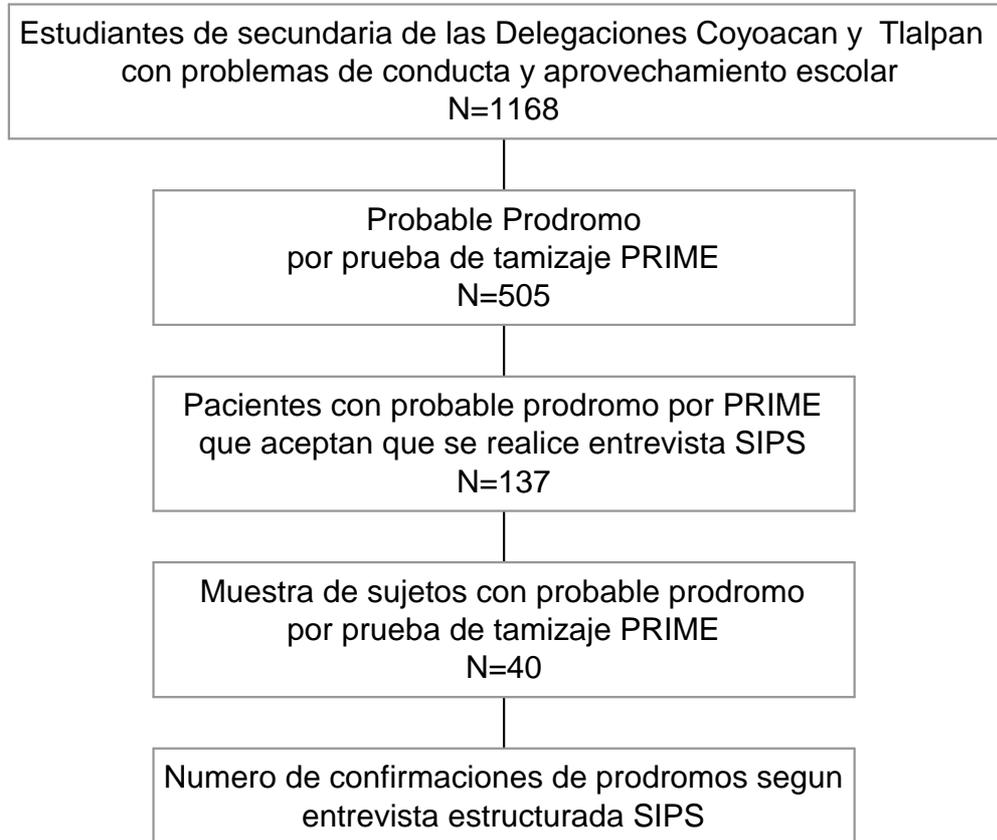
Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal

### 2. Población y muestra

a. Población: estudiantes de secundaria de las Delegaciones Coyoacán y Tlalpan en la Ciudad de México con problemas de conducta y aprovechamiento escolar con diagnóstico de probable pródromo de esquizofrenia de acuerdo a una prueba de tamizaje PRIME.

b. Muestra: Se seleccionan los pacientes de un grupo con diagnóstico de probable pródromo de esquizofrenia, valorado con la escala Prueba de Tamizaje PRIME. A los pacientes se les llamará por teléfono de acuerdo a un listado de los mismos. Se ingresará al estudio a aquellos que deseen participar en la evaluación siguiente y que acudan al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez en la cita programada. Debido a cuestiones de factibilidad del estudio se evaluará al 30% del total de sujetos con probable pródromo diagnosticado por PRIME y que aceptaron que se les realizara la entrevista estructurada SIPS (N=137), es decir 40 sujetos que acudieron y 1 que no acudió (Ver figura 3).

Figura 3.



### 3. Criterios de selección

#### Criterios de Inclusión

- Criterios de síndrome prodrómico en prueba de tamizaje PRIME
- Cualquier sexo.
- Edad entre 11 y 17 años.
- Escolaridad mínima de primaria.
- Cooperación para el estudio del individuo y sus familiares.
- Aceptación de su participación en el estudio por medio de un consentimiento verbal (se requerirá el consentimiento de los padres en caso de ser menor de edad).

#### Criterios de Exclusión

- Individuos en los que se integre el diagnóstico de esquizofrenia mediante SCID-I.
- Individuos que hayan recibido tratamiento farmacológico específico para el manejo de los síntomas psicóticos breves o atenuados.
- Abuso y/o dependencia a sustancias en los 3 meses previos al estudio a excepción de nicotina diagnosticado por el SCID-I
- Uso de fármacos que puedan condicionar cuadros psicóticos (p. ej. esteroides, hormonas tiroideas)

#### 4. Variables e instrumentos de medición

<b>Variables</b>	<b>Categoría</b>	<b>Instrumento</b>
Probable síndrome	Nominal dicotómica	PRIME (Anexo 2)
Síndrome prodrómico	Nominal dicotómica	SIPS (Anexo 1)
Otros diagnósticos psiquiátricos	Nominal politómica	SCID-I y DSM IV
Edad	Numérica	Entrevista ad hoc.
Género	Nominal dicotómica	Entrevista ad hoc.

#### 5. Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva en términos de porcentajes para variables nominales. En el caso de variables numéricas, se emplearán medidas de tendencia central y dispersión (mediana y rango en caso de una distribución no-normal; en caso de distribución normal, se usará media y desviación estándar).

#### 6. Consideraciones éticas

Este protocolo fue aprobado por el comité de bioética del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con el número de aprobación 56/06. El comité de bioética consideró que no era necesario que firmaran un consentimiento informado los sujetos a quienes se les aplicó la entrevista con el cuestionario estructurado para pródromos de esquizofrenia

SIPS, debido a que se trataba de un cuestionario. Se requirió el consentimiento de manera verbal por parte del paciente y de sus familiares de primer grado. Quienes no presentaron síntomas prodrómicos pero resultaron con un diagnóstico psiquiátrico en el SCID-I, fueron referidos al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, para seguimiento y tratamiento, debido a que son menores de edad.

## **Procedimiento**

Se les aplicará la Entrevista Estructurada de Síntomas Prodrómicos (SIPS) a los individuos que cumplan criterios de ultra riesgo de psicosis en el tamizaje inicial mediante la Prueba de Tamizaje PRIME. Lo anterior se hará para confirmar el diagnóstico. Los que no presenten un diagnóstico de pródromos serán entrevistados con una entrevista psiquiátrica estructurada (SCID-I) para determinar el diagnóstico principal.

## Resultados

### 1. Características generales de la muestra.

N= 40, siendo del sexo masculino = 24 (60%) y del sexo femenino N=16 (40%).

El rango de edad se encontró entre los 11 y los 15 años de edad, con una mediana de 13 años.

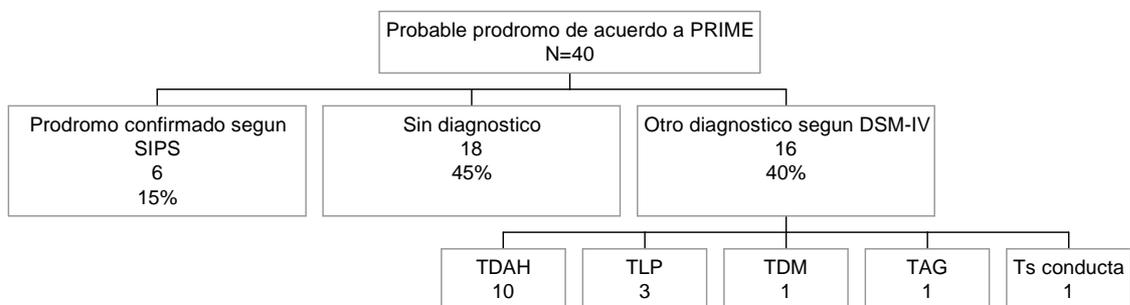
### 2. Resultados del SIPS.

6 (15%) han tenido un síndrome de pródromos de esquizofrenia confirmado

### 3. Otros Diagnósticos

18 (45%) no tienen diagnóstico, y 16 (40%) con otros diagnósticos según el DSM-IV. De los últimos se encuentran 10 con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 3 con probable trastorno límite de personalidad, 1 con trastorno depresivo mayor, 1 con trastorno de ansiedad generalizada, 1 trastorno de conducta (ver figura 3).

Figura 3.



Por lo anterior se puede decir que en este estudio la prueba de tamizaje PRIME tuvo un total de verdaderos positivos del 15%, y un total de falsos positivos de 85% en comparación con la entrevista estructurada SIPS.

## **Conclusiones**

La importancia de este estudio radica en el hecho de que se está buscando hacer prevención secundaria, mediante el diagnóstico oportuno de una enfermedad en la que el tiempo para hacer el diagnóstico y dar tratamiento son prolongados. En la esquizofrenia entre más se tarde el diagnóstico, peor pronóstico tiene la enfermedad en cuanto a la respuesta al tratamiento, en el tiempo de remisión del tratamiento, aumento de los síntomas negativos y disfunciones cognitivas, resistencia al tratamiento, incremento de riesgo suicida y la probabilidad de tener problemas legales, familiares y psicosociales. Además, el grado de mejoría se relaciona con el tiempo en que tarde en tratarse.

Con los resultados de las pruebas, podremos dar una mejor atención a los pacientes con pródromos, mediante un seguimiento estrecho, una intervención terapéutica oportuna en caso de iniciar con esquizofrenia, tener una estrecha relación médico paciente, en la cual se pueda ir mejorando la información de la enfermedad por parte del paciente y sus familiares.

El diagnóstico oportuno de esquizofrenia traería grandes beneficios económicos, ya que la esquizofrenia es una enfermedad muy incapacitante, la cual utiliza gran cantidad de recursos humanos y financieros del área de salud y también en el área judicial. En el área de salud se tendría beneficios en cuanto al costo de

medicamento y de hospitalización, además de que la evolución del paciente mejora.

En el presente estudio encontramos que solo un 15% de los sujetos clasificados como portadores de pródromo de esquizofrenia de acuerdo a la prueba de tamizaje, fueron confirmados por la entrevista clínica SIPS. Esto significa que la prueba de tamizaje arroja un 15% de verdaderos positivos y un 85% de falsos positivos.

Una de las dificultades del estudio, es la poca participación de las personas con probable síntomas prodrómicos, para acudir al seguimiento del estudio, por lo cual se deberán implementar nuevas estrategias para la captación de estos pacientes. En cuanto a la utilidad de la prueba de tamizaje PRIME, no se puede hacer universales los datos obtenidos en este estudio, ya que provienen de una muestra seleccionada de pacientes con problemas escolares y de conducta, además de que no se les dio seguimiento a las personas que no presentaron síntomas prodrómicos para obtener los falsos y verdaderos negativos. Lo que si nos indica es la gran cantidad de personas con problemas psiquiátricos, en aquellos individuos que muestran problemas de conducta y bajo aprovechamiento escolar. Considerando el alto porcentaje de falsos positivos (85%) es probable que esta prueba sea de poca utilidad para el tamizaje de pacientes con pródromo de esquizofrenia.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA, 1994.
- Andreasen, N.C.; Endicott, J; Spitzer, R.L.; and Winokur, G. The family history method using diagnostic criteria: Reliability and validity. Archives of General psychiatry, 34: 1229-1235, 1977.
- Desjarlais R, et al. World Mental Health. Problems and Priorities in Low-income Countries. Oxford University Press. 1995
- Edwards J, Maude D, McGorry PD, Harrigan SM, Cocks JT. Prolonged recovery in first-episode psychosis. Br J Psychiatry. Suppl 172(33), 107-16. 1998
- Fresan A, Apiquián R, Ulloa R, Nicolini H. Traducción al español y confiabilidad del Cuestionario de tamizaje para Síntomas Prodrómicos (PRIME Screen). Actas Esp Psiquiatr 2007 , 35 (6): 368-371.
- Hall, R. Global Assessment of Functioning: A modified scale. Psychosomatics, 36:267-275, 1995.
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Informe de autoevaluación de la Dirección Médica, ejercicio 2006
- Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. Br J Psychiatry. 148, 115-20.1986

- Jones PB, Bebbington P, Foerster A, Lewis SW, Murray RM, Russell A, Sham PC, Toone BK, Wilkins S .Premorbid social underachievement in schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry* 162, 65-71.1993
- Lieberman JA, Alvir JM, Woerner M, Degreef G, Bilder RM, Ashtari M, Bogerts B, Mayerhoff DI, Geisler SH, Loebel A, et al. Prospective study of psychobiology in first-episode schizophrenia at Hillside Hospital. *Schizophr Bull.* 18(3), 351-71. 1992
- Lincoln C, Harrigan S, McGorry PD. Understanding the topography of the early psychosis pathways. An opportunity to reduce delays in treatment. *Br J Psychiatry. Suppl* 172(33), 21-5. 1998
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 149(9), 1183-8. 1992
- McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry.* 46(7), 899-907. 1999
- McGlashan, T.H.; Miller, T.J.; Woods, S.W.; Hoffman, R.E.; and davidson, L. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. In: Miller, T.J.; Mednick, S.A.; McGlashan, T.H.; Liberman, J.; and johannessen, J.O., eds. *Early Intervention in Psychotic disorders.* Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2001.pp. 135-149.

- McGorry PD. "A stitch in time"... the scope for preventive strategies in early psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 248(1), 22-31. 1998
- McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 22(2), 305-26. 1996
- Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, Hoffman R, Davidson L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q.* 70(4), 273-87. 1999
- Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Cannon T, Ventura J, McFarlane W, Perkins DO, Pearlson GD, Woods SW. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull.* 29(4), 703-15. 2003
- Miller, T.J.; McGlashan, T.H.; Rosen, J.L.; Somjee, L.; Markovich, P.J.; Stein, K.; and Woods, S.W. Prospective diagnosis of the prodrome for schizophrenia: Preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity using operational criteria and a structured interview. *American Journal of Psychiatry*, 159:863-865, 2002.
- Miller, T.J.; McGlashan, T.H.; Woods, S.W.; Stein, K.; Driesen, N.; Corcoran, C.M.; Hoffman, R.; and davidson, L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70:273-287, 1999.
- Muesler KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet.* 363, 2063-2072.2004

- Rice DP. Economic burden of mental disorders in the United States. *Economics Neuroscience*. 1, 40–44. 1999
- Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Bilder R, Goldman R, Lieberman JA. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 156(4), 544-9. 1999
- Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Lieberman JA. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 56(3), 241-7. 1999
- Rosen, J.L.; Woods, S.W.; Miller, T.J.; and McGlashan, T.H. Prospective observations of emerging psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190:133-141,2002.
- Scully PJ, Coakley G, Kinsella A, Waddington JL. Psychopathology, executive (frontal) and general cognitive impairment in relation to duration of initially untreated versus subsequently treated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychol Med*. 27(6), 1303-10. 1997
- Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. Sequential cross-sectional and 10-year prospective study of severe negative symptoms in relation to duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychol Med*. 25(4), 849-57. 1995
- Woods, S.W.; Miller, T.J.; and McGlashan, T.H. The prodromal patient: Both symptomatic and at risk. *CNS Spectrums*, 6(3): 223-232, 2001

- Yung, A.R., et al. Prediction of psychosis. A step toward indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl); 14-20, 1998

# **ANEXO 1**

## 4.3. Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (Structured Interview for Prodromal States, SIPS)

### SIPS

#### ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS (idioma español)

#### VERSIÓN PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS ACTUALES

**PRIME Clínica de Investigación**  
Escuela de Medicina de Yale  
New Haven, CT

**Thomas H. McGlashan, M.D.**  
**Tandy J. Miller, Ph.D.**  
**Scott W. Woods, M.D.**  
**Joanna L. Rosen, Psy.D.**  
**Ralph E. Hoffman, M.D.**  
**Larry Davidson, Ph.D.**

París, 3 de marzo, 2002 – Versión en español 3.1

Julio Bobes\*, Celso Arango\*\*, Teresa Bobes-Bascarán,  
M<sup>a</sup> Teresa Bascarán\* y Mara Perellada\*\*

Copyright ©2001 Thomas H. McGlashan, M.D

\*Universidad de Oviedo. \*\*Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

### Instrucciones para el evaluador

Los objetivos de la entrevista son:

- I. Descartar psicosis pasadas y actuales.
  - II. Identificar uno o más de los tres tipos de estados prodrómicos.
  - III. Evaluar la gravedad de los síntomas prodrómicos.
- I. Psicosis pasada. Si las psicosis anteriores no han sido excluidas con una investigación inicial, ésta se menciona aquí por medio del Resumen y la historia Demográfica (pág. 107).
  - II. Psicosis actual. La psicosis sólo se define por síntomas positivos. Descartar la psicosis actual requiere preguntar y medir al paciente con cinco aspectos fiables del síntoma: contenido del pensamiento inusual/delirante, suspicacia, grandiosidad, percepciones anormales/alucinaciones y expresión desorganizada.

El *síndrome psicótico* se define como:  
Se requieren los criterios A y B.

- (A) Síntomas positivos en un nivel de intensidad psicótico (puntuado como 6)
  - Contenido del pensamiento inusual, suspicacia/persecución, o grandiosidad con ideas delirantes  
y/o
  - Percepción anormal con alucinaciones  
y/o
  - Lenguaje ininteligible
- (B) Cualquier síntoma del criterio A con una frecuencia o duración suficiente o urgencia:
  - Al menos un síntoma de A ha estado presente al menos una hora al día y al menos 4 días por semana durante un mes  
o
  - El síntoma indica desorganización o peligro.

Estos síntomas se evalúan por la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS), específicamente por las escalas P1-P5. La SOPS mide principalmente el grado de la intensidad de los síntomas no psicóticos. Sin embargo, una puntuación de 6 en la SOPS (grave y psicótico) es semejante al ya mencionado criterio A. Sin embargo, tanto si está presente el *síndrome psicótico* como si no, también depende de la frecuencia o la intensidad del/de los síntoma/s del criterio A. Si se cumple el criterio B, se define por lo tanto el *síndrome psicótico*.

- III. A los pacientes que no cumplen un criterio de *síndrome psicótico* se les evalúa para averiguar si se hallan en uno o más de los tres *síndromes prodrómicos*. Éstos son los Criterios de los Síndromes Prodrómicos (COPS) y están detallados a continuación. El primer grupo prodrómico (A) presenta claramente síntomas psicóticos que son recientes y muy breves. El segundo grupo prodrómico (B) presenta síntomas atenuados psicóticos recientes de frecuencia y/o gravedad suficiente. El tercer grupo prodrómico (C) combina riesgo genético y deterioro reciente de funcionamiento global.

En la sección de «Preguntas» de cada ítem, pregunte cada cuestión numerada. Las preguntas que no están en negrita son opcionales y son propuestas para ayudar a clarificar y elaborar respuestas seguras.

Los «síntomas prodrómicos» se describen y evalúan usando la SOPS (Escala de Síntomas Prodrómicos). La SOPS tiene dos escalas, una para evaluar síntomas positivos y otra para síntomas negativos/de desorganización/generales.

La evaluación de los síntomas positivos en la SOPS oscila de 0 (ausente) a 6 (grave y psicótico).

#### SOPS para síntomas positivos

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Presencia dudosa	Leve	Moderado	Moderadamente grave	Grave pero no psicótico	Grave y psicótico

Los síntomas negativos/de desorganización/generales que se evalúan por la SOPS oscilan de 0 (ausente) a 6 (extremo).

#### SOPS para síntomas negativos/de desorganización/generales

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Presencia dudosa	Leve	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremo

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

*Especificaciones:* Para cada respuesta positiva a una pregunta, el entrevistador debe usar especificaciones para obtener más información detallada.

- Comienzo-duración-frecuencia.
- Grado de angustia: ¿cómo es esta experiencia para usted? (¿le molesta?).
- Grado en el que interfiere con la vida: ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?
- Grado de convicción/significación: ¿cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza? ¿Piensa que esto es real?

#### CRITERIOS DE SÍNDROMES PRODRÓMICOS

##### A. Síndrome psicótico breve intermitente

La psicosis puede descartarse (paso I) aunque estén presentes síntomas positivos psicóticos (SOPS puntúa = 6) si no implican desorganización o peligro o no duran al menos una hora al día, cuatro días por semana durante un mes. Si los síntomas de intensidad psicótica no han estado nunca presentes con esa frecuencia, pero han empezado en los tres meses anteriores y están actualmente presentes al menos varios minutos al día con una frecuencia de al menos una vez al mes, se cumplen los criterios para este síndrome prodrómico.

##### B. Síndrome con síntomas positivos atenuados

Los síntomas prodrómicos positivos atenuados se encuentran en las escalas P1-P5 de la SOPS. Una puntuación  $\geq 3$  (gravedad moderada) en cualquier escala sintomática define el nivel prodrómico de intensidad. Si el síntoma ha empezado o ha empeorado más de un punto, comparado con la puntuación de hace 12 meses y aparece al menos una vez a la semana en el mes anterior, se reúnen los criterios para este síndrome prodrómico.

##### C. Síndrome de riesgo genético y disfunción global

El síndrome prodrómico final consiste en una combinación de riesgo genético de un trastorno del espectro esquizofrénico y de deterioro funcional global reciente. Los criterios del riesgo genético se reúnen cuando el paciente tiene un pariente de primer grado con algún trastorno psicótico (afectivo o no afectivo) y/o el paciente cumple los criterios de DSM-IV del trastorno de personalidad esquizotípico. El deterioro funcional se define operacionalmente como la disminución en la GAF de un 30 % o más durante el último mes en comparación con la puntuación de hace 12 meses.

**Los síndromes prodrómicos A, B y C no se excluyen mutuamente. Los pacientes pueden reunir criterios de 1, 2 o los 3 tipos de síndrome.**

IV. Los pacientes que cumplen los criterios de al menos uno de los síndromes prodrómicos son evaluados con el resto de la escala de valoración SOPS para síntomas negativos, síntomas de desorganización y síntomas generales. El objetivo aquí es el de conseguir la mayor descripción/valoración de la diversidad de síntomas prodrómicos. Las puntuaciones conseguidas aquí no definirán la pertenencia a las categorías prodrómicas, pero proporcionarán una estimación cuantitativa de la gravedad de los síntomas prodrómicos.

Algunos investigadores pueden preferir obtener la SOPS completa en todos los pacientes.

### Resumen e historia demográfica

Use bolígrafo de punta redonda, preferiblemente negro. No use lápiz.

Me gustaría empezar tomando unos minutos para preguntarle unas cuestiones acerca de usted y su familia.

1. ¿Cuál es su nombre completo? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su dirección actual? (Escriba su n.º de apartamento) \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene teléfono? Si lo tiene, ¿cuál es su número de teléfono? [C] \_\_\_\_\_ [T] \_\_\_\_\_
4. Contacto alternativo: Nombre: \_\_\_\_\_ Número tel.: \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es su sexo? [1] Hombre [2] Mujer
7. ¿Está actualmente en la escuela? [1] Sí [2] No Curso actual: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudios: \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es su estado civil? [1] Soltero [2] Casado [3] Divorciado [4] Vive con su pareja
9. ¿Cuáles son sus raíces étnicas? [1] Afroamericano/negro [2] Asioamericano/Islas del Pacífico  
[3] Caucásico [4] Americano nativo [5] Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_
10. ¿Es latino o de otro origen hispano? [1] No [2] Sí
11. ¿Cuál es su religión o la de su familia? [1] Católica [2] Judía [3] Musulmana [4] Protestante  
[5] Otra, por favor especifique: \_\_\_\_\_ [6] Sin religión
12. ¿Con quién vive? (Por favor, dé el número por cada tipo de relación enunciada y describa su situación familiar y tipo de vínculo [incluya los nombres y las edades de sus parientes])  
[1] Abuelos/padres \_\_\_\_\_  
[2] Pareja/esposo \_\_\_\_\_  
[3] Hijos \_\_\_\_\_  
[4] Otro pariente \_\_\_\_\_  
[5] Compañero/s de vivienda \_\_\_\_\_  
[6] Solo \_\_\_\_\_  
[7] Otros \_\_\_\_\_
13. ¿Cuál es la ocupación de su madre? \_\_\_\_\_ ¿Mayor nivel de estudios alcanzado? \_\_\_\_\_
14. ¿Cuál es la ocupación de su padre? \_\_\_\_\_ ¿Mayor nivel de estudios alcanzado? \_\_\_\_\_
15. ¿Está recibiendo tratamiento médico? Si sí, explique. Si es así, por favor déme el nombre/s y número/s de teléfono de su/s doctor(es):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. ¿Está recibiendo tratamiento psiquiátrico? ¿Ha tenido alguno en el pasado? (Pregunte específicamente sobre hospitalizaciones y tratamientos con fármacos antipsicóticos en el pasado o actualmente)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. **Valoración global:** averigüe qué ha llevado a la persona a la entrevista y a una valoración del funcionamiento reciente, de la historia educativa, del desarrollo y social.  
Incluye:
  - Preguntas relacionadas con el cribado o precribado telefónico (si se ha realizado).
  - Historia del funcionamiento laboral o académico incluyendo algunos cambios recientes. Incluye participación en programas de educación especial.
  - Historia del desarrollo.
  - Historia social y cualquier cambio reciente.

#### ¿Cómo le han ido las cosas recientemente?

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

**Hoja de la entrevista de contacto**

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Evaluadores presentes: \_\_\_\_\_

Otras personas presentes en la entrevista (colaterales):

Nombre	Relación con el entrevistado	Aporta información	
		Sí	No
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Otros contactos relevantes (p. ej., cuidadores, educadores, etc.):

Nombre	Relación con el entrevistado	Aporta información	
		Sí	No
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## P. SÍNTOMAS POSITIVOS

### P. 1. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO INUSUAL /IDEAS DELIRANTES

Las siguientes preguntas investigan tanto el pensamiento engañoso psicótico como el pensamiento de contenido inusual no psicótico. Son evaluadas en la SOPS P1 al final de las preguntas.

S = Sí    N = No    NI = No información

#### PERPLEJIDAD Y HUMOR DELIRANTE

##### Preguntas

1. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que algo extraño o malo está ocurriendo y no puede explicar? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Ha estado alguna vez confuso sobre si percibió como real o imaginario? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿La gente de la familia o de su alrededor parecen extraños alguna vez? ¿Confusos? ¿Irreales? ¿No una parte del mundo viviente? ¿Alienados? ¿Inhumanos? ¿Diabólicos? S N NI (anote la respuesta)
4. ¿Su percepción del tiempo parece haber cambiado? ¿Anormalmente rápido o despacio? S N NI (anote la respuesta)
5. ¿Le ha parecido experimentar acontecimientos exactamente como ya los había experimentado antes? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

#### SÍNTOMAS DE PRIMER RANGO (inserción/interferencia/robo/transmisión/telepatía de pensamiento)

##### Preguntas

1. ¿Ha sentido que no tiene el control de sus ideas y pensamientos? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Siente que de alguna manera los pensamientos se han puesto en su cabeza o que le han sido arrebatados? ¿Alguna vez siente que alguna persona o fuerza interfiere en su pensamiento? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿Alguna vez siente que sus pensamientos se propagan al exterior, por lo que la gente puede oírlos? S N NI (anote la respuesta)
4. ¿Piensa alguna vez que la gente puede leer su mente? S N NI (anote la respuesta)
5. ¿Piensa alguna vez que usted puede leer la mente de otras personas? S N NI (anote la respuesta)
6. ¿Alguna vez siente que la radio o la televisión se han comunicado directamente con usted? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

### IDEAS SOBREALORADAS

#### Preguntas

1. **¿Tiene ideologías o creencias firmes para usted como, por ejemplo, religión, filosofía o ideas políticas?** S N NI (anote la respuesta)
2. **¿Fantasea mucho o se encuentra a sí mismo preocupado con historias, fantasías o ideas?** ¿Alguna vez se siente confuso sobre si algo forma parte de su imaginación o si es real? S N NI (anote la respuesta)
3. **¿Le parece alguna vez que sus supersticiones afectan a su comportamiento?** S N NI (anote la respuesta)
4. **¿Hay gente que le dice que sus ideas o creencias son inusuales o extrañas?** Si es así, ¿qué son? S N NI (anote la respuesta)
5. **¿Alguna vez siente que puede predecir el futuro?** S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

### OTROS PENSAMIENTOS INUSUALES/IDEAS DELIRANTES

#### Preguntas

1. **Ideas somáticas:** ¿Se preocupa alguna vez por si hay algo malo en su cuerpo o en su salud? S N NI (anote la respuesta)
2. **Ideas nihilistas:** ¿Ha sentido alguna vez que pueda no existir? ¿Piensa alguna vez que puede que el mundo no exista? S N NI (anote la respuesta)
3. **Ideas de culpa:** ¿Se encuentra alguna vez pensando mucho la manera de cómo ser bueno o empieza a creer que se merece ser castigado en cierta forma? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

### IDEAS DE REFERENCIA NO PERSECUTORIAS

#### Preguntas

1. **¿Ha tenido la sensación de que generalmente es usted el centro de atención de la gente?** ¿Siente que ellos tienen intenciones malas u hostiles? S N NI (anote la respuesta)
2. **¿Ha sentido que las cosas que pasan a su alrededor tienen un significado especial sólo para usted?** S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

**P. 1. DESCRIPCIÓN**

- a Perplejidad y humor delirante. Engaños mentales como, por ejemplo, la sensación de que algo extraño está ocurriendo, perplejidad y confusión sobre lo que es real o imaginario. Lo familiar parece extraño, confuso, amenazador o tiene un significado especial. Sensación de que usted mismo, otros, el mundo ha cambiado. Cambios en la percepción del tiempo. *Déjà vu*.
- b Ideas no persecutorias de referencia.
- c Fenomenología de primer rango. Acontecimientos mentales tales como inserción de pensamiento, interferencia, aislamiento, difusión, telepatía, control externo, mensajes de radio y televisión.
- d Ideas sobrevaloradas. Preocupación con ideas inusualmente valoradas (religión, mediación, filosofía, temas existenciales). Pensamiento mágico que influye en el comportamiento y es inconsistente con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, creencias religiosas no comunes).
- e Ideas inusuales sobre el cuerpo, culpa, nihilismo, envidia y religión. Los delirios podrán estar presentes pero no están bien organizados y se mantendrán de forma tenaz.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO INUSUAL/IDEAS DELIRANTES Escala de gravedad (marque una)

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave pero no psicótico</i>	6 <i>Grave y psicótico</i>
	«Trucos mentales» que son confusos. Sensación de que algo es diferente	Sobreinterés en la vida fantástica. Ideas/creencias inusualmente valoradas. Algunas supersticiones por encima de las que puedan observarse para una persona media dentro de unas normas culturales	Acontecimientos mentales no anticipados/ideas no persecutorias de referencia/trucos mentales/pensamiento mágico que no es fácilmente rechazado y puede ser irritante o preocupante. Una sensación de que estas experiencias o estas creencias convincentes nuevas están llegando a ser significativas porque ellas no se irán	Noción de que las experiencias vienen desde fuera de uno mismo o que las ideas/creencias pueden ser reales pero el escepticismo se mantiene intacto. Generalmente no afecta al funcionamiento	Creencia en la realidad de los «trucos mentales»/acontecimientos mentales/pensamiento mágico; es convincente, pero puede inducir evidencias contrarias y opiniones de otros. Puede afectar al funcionamiento	Convicción delirante (sin ninguna duda) al menos intermitentemente. Generalmente interfiere con el pensamiento, las relaciones sociales o los comportamientos

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

**P. 2. IDEAS PERSECUTORIAS/SUSPICACIA**

Las siguientes preguntas investigan las ideas paranoides de referencia, pensamientos paranoides o suspicaces. Se evalúan en la SOPS P2 al final de las preguntas.

**Preguntas**

1. **¿Alguna vez siente que las personas de su alrededor están pensando sobre usted de una manera negativa?** ¿Ha descubierto más tarde que esto no era verdadero o que sus sospechas eran infundadas? S N NI (anote la respuesta)
2. **¿Se ha encontrado alguna vez con sentimientos de desconfianza o sospecha de otra gente?** S N NI (anote la respuesta)
3. **¿Alguna vez siente que tiene que prestar más atención a lo que está ocurriendo a su alrededor para sentirse seguro?** S N NI (anote la respuesta)
4. **¿Se siente como si le estuvieran controlando u observando?** S N NI (anote la respuesta)
5. **¿Siente que la gente pueda estar intentando hacerle daño?** ¿Tiene algún presentimiento de quien puede ser? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---



---

**P. 2. DESCRIPCIÓN**

- a Ideas persecutorias de referencia.
- b Pensamiento paranoide o suspicaz.
- c Presenta una actitud encubierta o incluso abierta de desconfianza que puede reflejar convicción delirante y entrometerse en la entrevista y/o comportamiento.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

IDEAS PERSECUTORIAS/SUSPICACIA

Escala de gravedad (marque una)

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave pero no psicótico</i>	6 <i>Grave y psicótico</i>
	Cautela	Dudas sobre seguridad. Hipervigilancia sin fuente clara de peligro	Nociones de que la gente es hostil, no digna de confianza, y/o fácilmente rencorosa. Sentimiento de que la hipervigilancia puede ser necesaria. Sentimiento recurrente (todavía infundado o exagerado a veces) de que la gente está pensando o diciendo cosas negativas de la persona. Puede parecer desconfiado con el entrevistador	Pensamientos claros o convencidos de ser observado o controlado. Sentimiento de que la gente intenta dañar. Desconfiado. Creencias fácilmente descartadas. La presentación puede parecer cautelosa. Reacio o irritado en respuesta al interrogatorio	Ideas poco organizadas de intenciones peligrosas u hostiles. El escepticismo y la perspicacia se pueden inducir con una prueba u opinión no confirmadas. El comportamiento está afectado en algún grado. La actitud defensiva puede interferir con la habilidad para comunicar información en la entrevista	Convicción paranoide delirante (sin ninguna duda) al menos de manera intermitente. Probabilidad de afectar al funcionamiento

Puntuación basada en:

---



---



---



---

**P. 3. IDEAS DE GRANDIOSIDAD**

Las siguientes preguntas investigan la grandiosidad psicótica, la grandiosidad no psicótica y la elevada autoestima. Éstas se evalúan en la SOPS P3 al final de todas las preguntas.

**Preguntas**

1. **¿Siente que tiene dones o talentos especiales?** ¿Siente como si estuviese especialmente dotado para cierta área? ¿Habla sobre esto con otra gente? S N NI (anote la respuesta)
2. **¿Se ha comportado alguna vez sin tener en cuenta las consecuencias dolorosas como, por ejemplo, el derroche en una juerga?** S N NI (anote la respuesta)
3. **¿Le dice la gente alguna vez que sus metas y ambiciones son irreales?** ¿Cuáles? ¿Cómo imagina conseguir las? S N NI (anote la respuesta)
4. **¿Se cree a sí mismo como un famoso o una persona particularmente importante?** S N NI (anote la respuesta)
5. **¿Alguna vez siente que ha sido escogido por Dios para una misión especial?** ¿Se siente como si pudiese salvar a otros? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---



---



---

**P. 3. DESCRIPCIÓN**

- a Opinión personal exagerada y sentido irreal de superioridad.
- b Cierta expansividad o alardes.
- c Delirios ocasionales de grandiosidad bien definidos que pueden influir en el comportamiento.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

IDEAS DE GRANDIOSIDAD

Escala de gravedad (marque una)

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave pero no psicótico	6 Grave y psicótico
	Pensamientos privados de ser generalmente superior en intelecto o talento	Pensamientos de ser particularmente talentoso, comprensión elevada o dotado en una o más áreas. Pensamientos que se mantienen mayoritariamente en privado	Nociones de ser inusualmente dotado, poderoso o especial. Puede ser expansivo. Promueve planes significativamente irrealizables, pero reorientados fácilmente	Creencias de poder, riqueza, talento o de habilidades vagamente organizadas. Metas irrealizables que pueden afectar a los planes y al funcionamiento	Creencias persistentes de tener un intelecto no natural, atractivo, poder o fama. El escepticismo sobre la creencia se puede obtener. Suele influir en el comportamiento y en las acciones	Convicción de delirios grandiosos (sin ninguna duda) al menos intermitentemente. Afecta al comportamiento y creencias

Puntuación basada en:

---



---



---



---



---



---

**P. 4. PERCEPCIONES ANÓMALAS/ALUCINACIONES**

Las siguientes preguntas investigan sobre alucinaciones y anomalías de percepción no psicóticas. Se evalúan en la escala SOPS P4 al final de las preguntas.

**ALTERACIONES DE PERCEPCIÓN, ILUSIONES, ALUCINACIONES**

**Pregunta**

1. **¿Alguna vez siente que su mente le está gastando bromas?** S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para la respuesta «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

---

---

---

**ALTERACIONES AUDITIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES**

**Preguntas**

1. **¿Siente alguna vez que sus oídos le están gastando bromas?** S N NI (anote la respuesta)
2. **¿Se ha sentido más sensible a los sonidos?** ¿Los sonidos le parecen diferentes (más altos o más suaves)? S N NI (anote la respuesta)
3. **¿Escucha alguna vez sonidos como, por ejemplo, portazos, chasquidos, silbidos, palmadas, pitidos en sus oídos?** S N NI (anote la respuesta)
4. **¿Piensa alguna vez que oye sonidos y luego se da cuenta de que probablemente no hay nada allí?** S N NI (anote la respuesta)
5. **¿Oye alguna vez sus propios pensamientos como si fueran hablados fuera de su cabeza?** S N NI (anote la respuesta)
6. **¿Oye alguna voz que otros no pueden o no parecen oír?** ¿Suena tan claramente como una voz hablando con usted como yo hago ahora? ¿Podrían ser sus propios pensamientos o es claramente una voz hablándole en alto? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

---

---

---

**ALTERACIONES VISUALES, ILUSIONES, ALUCINACIONES**

**Preguntas**

1. **¿Siente que sus ojos le están gastando bromas?** S N NI (anote la respuesta)
2. **¿Parece tener más sensibilidad a la luz o las cosas que parecen diferentes en color, brillo o palidez, o cambiadas de alguna otra manera?** S N NI (anote la respuesta)
3. **¿Ha visto alguna vez cosas inusuales como relámpagos, llamas, figuras borrosas o sombras aunque estén fuera del alcance de la vista?** S N NI (anote la respuesta)
4. **¿Piensa alguna vez que ve gente, animales o cosas, pero luego se da cuenta de que puede que no estén allí realmente?** S N NI (anote la respuesta)
5. **¿Ve alguna vez cosas que otros no pueden o no parecen ver?** S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

---

---

#### ALTERACIONES SOMÁTICAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES

##### Preguntas

1. ¿Se ha dado cuenta de algunas sensaciones corporales inusuales como sentir un hormigueo, agarrotamiento, presión, dolores, quemaduras, frío, entumecimiento, vibraciones, electricidad o daño? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Tiene sentimientos extraños en o por debajo de su piel? ¿Bichos trepando por su piel? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

---

---

#### ALTERACIONES OLFATIVAS Y GUSTATIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES

##### Pregunta

1. ¿Huele o saborea alguna vez cosas que otra gente no percibe? S N NI (anote la respuesta)

**Especificaciones:** Para la respuesta «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---

---

---

---

---

#### P.4. DESCRIPCIÓN

- a Experiencias de percepción inusuales. Percepciones elevadas o apagadas, imágenes intensas, distorsiones sensoriales, ilusiones.
- b Seudoalucinaciones o alucinaciones que el sujeto intuye (p. ej., es consciente de su naturaleza anómala).
- c Alucinaciones francas ocasionales que pueden influir mínimamente en el pensamiento o el comportamiento.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

4.3. Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos  
(Structured Interview for Prodromal States, SIPS)

PERCEPCIONES ANÓMALAS/ALUCINACIONES					Escala de gravedad (marque una)	
0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave pero no psicótico</i>	6 <i>Grave y psicótico</i>
	Leves pero apreciables cambios en la sensibilidad de la percepción (p. ej., elevada, apagada, distorsionada, etc.)	Inesperados cambios de percepción amorfos que son incomprensibles pero no se consideran significativos	Repetidas imágenes amorfas (sombras, rastros, sonidos, etc.), ilusiones o alteraciones de percepción persistentes que pueden ser preocupantes o experimentadas como inusuales	Ilusiones recurrentes o alucinaciones momentáneas que se reconocen como si no fueran reales aunque pueden ser aterradoras o cautivadoras, y pueden afectar ligeramente al comportamiento. No es segura la fuente de las experiencias	Alucinaciones que ocasionalmente afectan al pensamiento o al comportamiento, que son experimentadas probablemente como fuera de uno mismo o reales. El escepticismo puede ser inducido	Alucinaciones recurrentes percibidas como reales y distintas de los pensamientos de la persona. Clara influencia en el pensamiento, los sentimientos y/o el comportamiento. El escepticismo no puede ser inducido
Puntuación basada en:						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						

**P.5. COMUNICACIÓN DESORGANIZADA**

Las siguientes preguntas exploran el trastorno de pensamiento y otras dificultades en el pensamiento y el lenguaje. Son evaluados en la SOPS P5.

**Nota.** *La base para evaluar incluye:* la comunicación verbal y la coherencia durante la entrevista, además de los informes de los problemas de pensamiento verbalizados.

**DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN**

**Preguntas**

1. **¿La gente suele decirle que no pueden entenderle? ¿La gente suele parecer tener dificultad en comprenderle? S N NI (anote la respuesta)**
2. **¿Es consciente de algunas dificultades para exponer su opinión, tales como encontrarse inconexo o saliéndose del tema cuando habla? S N NI (anote la respuesta)**

**Especificaciones:** Para todas las respuestas «Sí», anote:

DESCRIPCIÓN/INICIO/DURACIÓN/FRECUENCIA

GRADO DE MALESTAR: ¿Cómo es esta experiencia para usted? (¿Le molesta?)

GRADO EN EL QUE INTERFIERE EN SU VIDA: ¿Actúa alguna vez bajo esta experiencia? ¿Hace algo diferente debido a esta experiencia?

GRADO DE CONVENCIMIENTO/SIGNIFICACIÓN: ¿Cómo explica esta experiencia? ¿Alguna vez siente que esto pudiera estar sólo en su cabeza? ¿Cree que es real?

---



---



---



---



---

**P.5. DESCRIPCIÓN**

- a Forma de hablar extraña. Vaga, excesivamente metafórica, estereotipada.
- b Forma de hablar confusa, desordenada, a carreras o retardada, usando palabras incorrectas, hablando sobre cosas irrelevantes en un contexto o saliéndose del tema.
- c La forma de hablar es circunstancial, tangencial o paralógica. Existe alguna dificultad en dirigir las frases hacia una meta.
- d Presencia de comunicación ininteligible y asociaciones laxas.

**Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.**

COMUNICACIÓN DESORGANIZADA

Escala de gravedad (marque una)

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave pero no psicótico</i>	6 <i>Grave y psicótico</i>
	Palabra o frase repentina que no tiene sentido	Comunicaciones vagas, confusas, desordenadas, inconsistentes. Puede salirse del tema brevemente	Ocasionales palabras incorrectas, temas irrelevantes. Frecuentes salidas de tema, pero responde fácilmente ante preguntas aclaratorias. Forma de hablar estereotipada o sobreelaborada	La forma de hablar es claramente circunstancial (p. ej., llegar gradualmente al tema). alguna dificultad en dirigir las frases hacia una meta. La persona es capaz de ser redirigido a través del interrogatorio y la estructura de la conversación	Las comunicaciones son tangenciales (p. ej., no llegar nunca a la meta). Asociaciones laxas bajo presión. Puede responder con precisión a preguntas breves	La comunicación es imprecisa o irrelevante e ininteligible bajo mínima presión o cuando el contenido de la comunicación es complejo. No responde a la estructura de la conversación

Puntuación basada en:

---



---



---

### RIESGO GENÉTICO Y DISFUNCIÓN GLOBAL

El riesgo genético supone cumplir los criterios del DSM-IV del trastorno de personalidad esquizotípica y/o tener un pariente de primer grado con un trastorno psicótico. El deterioro conlleva una pérdida del funcionamiento reflejado por un 30 % de reducción en la puntuación del GAF el último mes respecto a la puntuación de hace 12 meses.

#### DSM-IV – trastorno de personalidad esquizotípico

1. Un patrón de los déficit sociales e interpersonales marcado por una disconformidad aguda, y reducida capacidad de relaciones íntimas marcada también por alteraciones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, empezando en la edad adulta temprana y **presente durante más de un año en una variedad de contextos**, como los indicados por cinco (o más) de los siguientes:

DSM-IV – criterio del trastorno de personalidad esquizotípico (evaluado basándose en las respuestas a la entrevista)	Sí	No
a. Ideas de referencia (excluidos los delirios de referencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que es inconsistente con las normas de la subcultura (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías extrañas o preocupaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Experiencias perceptivas no comunes, incluidos delirios corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pensamiento y forma de hablar extraña (p. ej., vago, metafórico, reelaborado, estereotipado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Susplicia o ideación paranoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Afecto inapropiado o embotado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Carencia de amigos íntimos o confidentes distintos de los parientes de primer grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Elevada ansiedad social que no cede con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides y con opiniones negativas sobre uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cumple el paciente los criterios del DSM-IV para el trastorno de personalidad esquizotípico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EVALUACIÓN ESQUIZOTÍPICA**

**Historia familiar de enfermedades mentales**

1. ¿Quiénes son sus parientes de primer grado (p. ej., padre, hermano, hermanastro, hijo)?

<i>Relación</i>	<i>Edad</i>	<i>Nombre</i>	<i>¿Historia de enfermedad mental? (S/N)</i>

2. Para aquellos parientes de primer grado que tengan historia de enfermedades mentales

<i>Nombre del pariente</i>	<i>Nombre del problema</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Duración</i>	<i>Historia del tratamiento</i>

3. ¿Tiene el paciente algún pariente de primer grado con algún trastorno psicótico (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, psicosis breve, trastorno delirante, trastorno psicótico, trastorno psicoafectivo, manía psicótica, depresión psicótica)?

Sí  No

**GAF-M:** Cuando la puntuación considera el funcionamiento psicológico, social y ocupacional en un hipotético continuo de salud/enfermedad mental. No incluye el desajuste del funcionamiento debido a las limitaciones de la salud física (o medioambientales)

**Sin síntomas: 100-91**

Funcionamiento superior en una amplia variedad de actividades  
Los problemas de la vida nunca parecen escaparse de la mano  
Solicitado por otros debido a sus muchas cualidades positivas

*Una persona haciéndolo excepcionalmente bien en todas las áreas de la vida = puntuación 95-100*

*Una persona haciéndolo excepcionalmente bien con el mínimo estrés en un área de la vida = puntuación 91-94*

**Síntomas ausentes o mínimos: 90-81**

Síntomas mínimos o ausentes (p. ej., leve ansiedad ante un examen)  
Buen funcionamiento en todas las áreas y satisfecho con la vida  
Interesado e implicado en una amplia variedad de actividades  
Eficaz socialmente  
No más que problemas o preocupaciones cotidianas (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia)

*Una persona sin síntomas o problemas cotidianos = puntuación 88-90*

*Una persona con síntomas mínimos o problemas diarios = puntuación 84-87*

*Una persona con síntomas mínimos y problemas diarios = puntuación 81-83*

**Algunos síntomas transitorios: 80-71**

Síntomas leves presentes, pero éstos son transitorios y reacciones esperadas a estresores psicosociales (p. ej., dificultad para concentrarse después de una discusión familiar)  
Ligero desajuste en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., quedarse atrás en la escuela o el trabajo)

*Una persona con síntoma/s leve/s O desajuste leve en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 78-80*

*Una persona con desajustes leves en el funcionamiento en más de un área social, laboral o escolar = puntuación 74-77*

*Una persona con AMBOS síntomas leves Y un leve desajuste en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 71-73*

**Algunos síntomas persistentes leves: 70-61**

Los síntomas leves que están presentes NO son simplemente reacciones esperadas a estresores psicosociales (p. ej., depresión leve o moderada y/o leve insomnio)  
Alguna dificultad persistente en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (p. ej., trauandad ocasional, robo dentro de la familia, o quedarse atrás en la escuela o el trabajo repetidas veces), pero tiene algunas relaciones interpersonales significativas

*Una persona con síntomas leves persistentes O leve dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 68-70*

*Una persona con dificultad leve persistente en más de un área del funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 64-67*

*Una persona con AMBOS síntomas persistentes leves Y alguna dificultad en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 61-63*

**Síntomas moderados: 60-51**

Síntomas moderados (p. ej., frecuente humor depresivo e insomnio y/o rumiaciones moderadas y obsesivas; o ataques de ansiedad ocasionales; o afecto llano y forma de hablar circunstancial; o problemas alimentarios y bajo el mínimo peso seguro sin depresión)  
Moderada dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos o conflictos con los compañeros de trabajo)

*Una persona con síntomas moderados O dificultad moderada en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 58-60*

*Una persona con dificultad moderada en más de un área del funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 54-57*

*Una persona con AMBOS síntomas moderados Y dificultad moderada en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 51-53*

**Algunos síntomas graves o desajustes del funcionamiento: 50-31**

Serios desajustes con el trabajo, la escuela o el trabajo doméstico si es un/a amo/a de casa (p. ej., incapacidad de mantener un trabajo o de permanecer en la escuela, o fracasar en la escuela, o ser incapaz de cuidar de la familia y la casa)  
Problemas frecuentes con la ley (p. ej., frecuentes robos en tiendas, arrestos) o comportamiento combativo ocasional  
Serios desajustes en las relaciones con los amigos (p. ej., muy pocos o ningún amigo, o evita a los amigos que él/ella tiene)  
Serios desajustes en las relaciones con la familia (p. ej., peleas frecuentes con la familia y/o descuidos con la familia o no tiene hogar)  
Serios desajustes en las opiniones (incluyendo incapacidad para tomar decisiones, confusión, desorientación)  
Serios desajustes en los pensamientos (incluyendo una preocupación constante con los pensamientos, imagen del cuerpo distorsionada, paranoia)  
Serios desajustes con el humor (incluyendo un humor depresivo constante más incapacidad y desesperanza, o agitación, o humor frenético)  
Serios desajustes a causa de la ansiedad (ataques de pánico, ansiedad arrolladora)  
Otros síntomas: algunas alucinaciones, delirios o graves rituales obsesivos  
Idealización suicida pasiva

*Una persona con 1 área alterada = puntuación 48-50*  
*Una persona con 2 áreas alteradas = puntuación 44-47*  
*Una persona con 3 áreas alteradas = puntuación 41-43*  
*Una persona con 4 áreas alteradas = puntuación 38-40*  
*Una persona con 5 áreas alteradas = puntuación 34-37*  
*Una persona con 6 áreas alteradas = puntuación 31-33*

**Incapacidad para funcionar en casi todas las áreas: 30-21**

Preocupación suicida o idea suicida franca con preparación  
O comportamiento considerablemente influido por delirios o alucinaciones  
O serios desajustes en la comunicación (algunas veces incoherente, actúa de forma inapropiada, o profunda depresión estupefactiva)  
Serios desajustes en el trabajo, la escuela o las tareas domésticas si es un/a amo/a de casa (p. ej., incapaz de mantener un trabajo o de permanecer en la escuela, o fracaso escolar, o incapaz de cuidar de su familia y de su casa)  
Problemas frecuentes con la ley (p. ej., robos en tiendas frecuentes, arrestos) o comportamiento combativo ocasional  
Serios desajustes en las relaciones con los amigos (p. ej., muy pocos o ningún amigo, o evita a los amigos que él/ella tiene)  
Serios desajustes en las relaciones con la familia (p. ej., peleas frecuentes con la familia y/o descuidos con la familia o no tiene hogar)  
Serios desajustes en las opiniones (incluyendo incapacidad para tomar decisiones, confusión, desorientación)  
Serios desajustes en los pensamientos (incluyendo una preocupación constante con los pensamientos, imagen del cuerpo distorsionada, paranoia)  
Serios desajustes de humor (incluyendo un humor depresivo constante más incapacidad y desesperanza, o agitación, o humor frenético)  
Serios desajustes a causa de la ansiedad (ataques de pánico, ansiedad arrolladora)  
Otros síntomas: algunas alucinaciones, delirios o rituales obsesivos graves  
Idealización suicida pasiva

*Una persona con 1 de los 3 primeros (únicamente) criterios = puntuación 21*  
*O una persona con 7 de los criterios combinados = puntuación 28-30*  
*Una persona con 8-9 de los criterios combinados = puntuación 24-27*  
*Una persona con 10 de los criterios combinados = puntuación 20-23*

**Con algún riesgo de dañarse a uno mismo o a otros: 20-11**

Intentos de suicidio sin clara expectación de muerte (p. ej., leve sobredosis o cortarse las muñecas con gente alrededor)  
Algo de violencia grave o comportamientos de automutilación  
Exaltación grave maníaca o agitación grave e impulsividad  
Ocasionalmente fracasa para mantener el mínimo de higiene personal (p. ej., diarrea debido a laxantes, o esparcir las heces)  
Admisión de urgencia/emergencia en el actual hospital psiquiátrico  
En riesgo físico debido a problemas médicos (p. ej., anorexia grave o bulimia y algunos vómitos espontáneos o uso extenso de píldoras laxantes/diuréticas/dietéticas, pero sin serios problemas de corazón o de hígado o deshidratación y desorientación graves)

*Una persona con 1-2 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 18-20*  
*Una persona con 3-4 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 14-17*  
*Una persona con 5-6 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 11-13*

**Con riesgo persistente de dañarse gravemente a uno mismo o a otros: 10-1**

Serios actos suicidas con clara expectación de morir (p. ej., apuñalarse, dispararse, colgarse, o serias sobredosis, con nadie presente)

Violencia grave frecuente o automutilación

Excitación maníaca extrema o agitación e impulsividad extremas (p. ej., gritos violentos y desgarrar el relleno del colchón de una cama)

Incapacidad persistente de mantener un mínimo de higiene personal

Admisión de urgencia/emergencia en el actual hospital psiquiátrico

En agudo y grave riesgo debido a problemas médicos (p. ej., anorexia grave o bulimia con problemas de corazón/hígado, o vómitos espontáneos CADA VEZ QUE la comida se digiere, o depresión grave con diabetes fuera de control)

*Una persona con 1-2 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 8-10*

*Una persona con 3-4 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 4-7*

*Una persona con 5-6 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 1-3*

Adaptado de Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. Psychosomatics 1995; 36: 267-275.

**Puntuación actual:** \_\_\_\_\_ **Puntuación más alta en el año pasado:** \_\_\_\_\_

## N. SÍNTOMAS NEGATIVOS

### N. 1. ANHEDONÍA SOCIAL O AISLAMIENTO

**Preguntas**

1. ¿Generalmente prefiere estar solo/a o con otros? (Si prefiere estar solo, especifique la razón.) ¿Abulia social? ¿Se incomoda con facilidad cuando está con otra gente? ¿Ansiedad? ¿Otro? (anote la respuesta)
2. ¿Qué suele hacer en su tiempo libre? ¿Sería más sociable si tuviera la oportunidad? (anote la respuesta)
3. ¿Cada cuánto tiempo suele pasar un rato con sus amigos fuera de la escuela/trabajo? ¿Quiénes son sus tres amigos más íntimos? ¿Qué hace con ellos? (anote la respuesta)
4. ¿Cada cuánto tiempo suele pasar un rato con los miembros de su familia? ¿Qué hace con ellos? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

---

---

---

---

---

---

---

---

### N. 1. DESCRIPCIÓN

- a Falta de amigos o confidentes distintos de sus parientes de primer grado.
- b Excesiva ansiedad social que no disminuye con la familiaridad y tiende a ser asociada con miedos paranoides más que con opiniones negativas sobre uno mismo.
- c Incómodo ante la presencia de otros y prefiere pasar el tiempo solo, aunque participe en actividades sociales cuando se le requiere. No inicia el contacto.
- d Acude pasivamente a muchas de las actividades sociales pero de una forma desinteresada y mecánica. Tiende a distanciarse del grupo.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

#### ANHEDONÍA SOCIAL O AISLAMIENTO

#### Escala de síntomas negativos

1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
Ligeramente incómodo socialmente o ansioso, pero socialmente activo	Está incómodo fácilmente con otros. Desinteresado o ansioso en la mayor parte de las situaciones sociales, pero socialmente presente	Participa socialmente sólo de mala gana debido a la ansiedad o al desinterés. Participación social limitada	Pocos amigos de fuera del entorno familiar. Es desconfiado con otros o socialmente apático	Prefiere estar solo. Pasa la mayoría de su tiempo solo o con parientes de primer grado	No tiene amigos íntimos. Pasa su tiempo solo

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

**N.2. ABULIA (APATÍA)**

**Preguntas**

1. ¿Cree que tiene problemas para motivarse haciendo las cosas? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Está pasando un momento difícil para hacer las actividades diarias? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿Cree que la gente tiene que «empujarle» para hacer sus cosas? ¿Ha dejado de hacer algo que solía hacer? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

---

---

---

---

---

---

---

---

**N.2. DESCRIPCIÓN**

- a Alteraciones con la iniciación, persistencia y control de actividades dirigidas a un fin.
- b Pérdida de impulso constructivo.
- c Sentirse desinteresado; hacer las cosas supone más esfuerzo y/o lleva más tiempo hacerlas.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

ABULIA (APATÍA)

Escala de síntomas negativos

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
Menos interés en las actividades diarias o metas a largo plazo, pero normalmente productivo	Interés disminuido por las actividades placenteras. Las tareas requieren más esfuerzo y llevan más tiempo, aunque se mantiene la productividad	Disminuido interés y productividad. Desajustes en el inicio de las tareas y/o persistencia. El inicio requiere algo de empuje	Evita muchas tareas diarias y/o actividades duraderas. Alguna reducción en los logros. Necesidad de empuje habitualmente	Abandona la mayoría de las actividades dirigidas a un objetivo. Reducción significativa en los logros. Necesidad de empuje todo el tiempo, aunque no tenga éxito	Abandona casi todas las actividades dirigidas a un objetivo. Empuje sin éxito	

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

**N. 3. EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA**

**Pregunta**

1. ¿Se ha dado cuenta o alguien le ha señalado que usted está menos emocional o conectado con la gente de lo que antes solía estar? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

**Nota.** La base para evaluar incluye: se observa afecto aplanado además de verbalizar una disminución en la expresión de las emociones.

---



---



---



---



---

**N. 3. DESCRIPCIÓN**

- a Respuestas emocionales aplanadas, embotadas, reducidas, como las caracterizadas por una reducción de la expresión facial, modulación de los sentimientos (forma de hablar monótona) y de los gestos de la comunicación (apariencia apagada).
- b Falta de espontaneidad y de fluidez en la conversación. Reducción en la fluidez normal de la comunicación. La conversación muestra poca iniciativa. Las respuestas del paciente tienden a ser breves y sin adornos, requiriendo preguntas directas y mantenidas por el entrevistador.
- c Contacto pobre (*rapport*). Falta de empatía interpersonal, de franqueza en la conversación, de sentido de intimidad, de interés o de implicación con el entrevistador. Esto se evidencia por un distanciamiento interpersonal y comunicación verbal y no verbal reducida.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA

Escala de síntomas negativos

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Respuestas emotivas ligeramente retrasadas o disminuidas	La conversación carece de vivacidad, está afectada	Mínima expresión emotiva	Dificultad para mantener el flujo y la espontaneidad de la conversación. Forma de hablar mayoritariamente monótona. Mínima empatía interpersonal. Puede que evite el contacto ocular	El inicio y mantenimiento de la conversación requiere preguntas directas y sostenidas por el entrevistador. Afecto aplanado. Carencia total de gestos	Afecto aplanado, forma de hablar monótona. Incapaz de mantenerse implicado con el entrevistador o de mantener una conversación a pesar de que el entrevistador esté muy inquisitivo

Puntuación basada en:

---



---



---



---



---

**N.4. RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO**

**Preguntas**

1. En general, ¿siente sus emociones menos intensas de lo que solía? ¿Se siente a veces insensible? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Encuentra que le es muy difícil distinguir diferentes emociones/sentimientos? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿Se siente emocionalmente aplanado? S N NI (anote la respuesta)
4. ¿Siente alguna vez que está perdiendo el sentido de quién es usted? S N NI (anote la respuesta)
5. ¿Se siente desconectado de usted mismo o de su vida? ¿Como si fuera un espectador de su propia vida? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

---

---

---

---

---

---

---

**N.4. DESCRIPCIÓN**

- a Experiencias emotivas y sentimientos menos reconocibles, genuinos, apropiados.
- b Sensación de distancia cuando habla con otros, ya no siente simpatía por otros.
- c Las emociones desaparecen, dificultad para sentir alegría o tristeza.
- d Sensación de no tener sentimientos: anhedonia, abulia, pérdida de interés, aburrimiento.
- e Se siente profundamente cambiado, irreal o extraño.
- f Se siente despersonalizado, distanciado de sí mismo.
- g Pérdida del sentido de uno mismo (desconectado).

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO

Escala de síntomas negativos

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Se siente distante de otros. Sentimientos cotidianos apagados. Falta de emociones fuertes	Carece de emociones fuertes o de sentimientos definidos claramente (feliz, triste, enfadado, culpable, etc.)	Parece como si las emociones estuvieran desapareciendo, atenuadas o menos diferenciadas	Sensación de agotamiento, de aplanamiento o de tensión aversiva indiferenciada	Siente pérdida del sentido de sí mismo. Se siente despersonalizado, irreal o extraño. Puede sentirse desconectado de su cuerpo, del mundo, del tiempo. No tiene sentimientos la mayoría del tiempo	Se siente profundamente cambiado y posiblemente alienado de sí mismo. No tiene sentimientos

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

**N.5. PENSAMIENTO EMPOBRECIDO**

**DIFICULTADES DE COMPRESIÓN**

**Preguntas**

1. ¿Encuentra algunas veces difícil comprender lo que la gente está intentando decirle porque no entiende qué quieren decir?  
S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Utiliza la gente cada vez más palabras que usted no entiende? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

**Preguntas abstractas:**

**1. Similitudes– ¿En qué se parecen las siguientes preguntas? (elija una)**

- a ¿Una pelota y una naranja? \_\_\_\_\_
- b ¿Una manzana y un plátano? \_\_\_\_\_
- c ¿Una pintura y un poema? \_\_\_\_\_
- d ¿El aire y el agua? \_\_\_\_\_

**2. Proverbios– «¿Qué significa este dicho?»**

- a No juzgues un libro por su portada \_\_\_\_\_
- b No cuentes tus pollitos antes de que salgan del cascarón \_\_\_\_\_

**N.5. DESCRIPCIÓN**

- a Incapaz de darle un sentido a frases familiares o de comprender lo esencial de una conversación o de seguir una charla cotidiana.
- b Contenido verbal estereotipado. Fluidez, espontaneidad y flexibilidad de pensamiento disminuidas, como se evidencia en el contenido del pensamiento repetido o simple. Algo de rigidez en sus actitudes o creencias. No considera posiciones alternativas o tiene dificultad para cambiar de una idea a otra.
- c Estructura simple de palabras y de oraciones; escasez de oraciones subordinadas o de calificativos (adjetivos/adverbios).
- d Dificultad en el pensamiento abstracto. Desajustes en el uso del modo de pensamiento abstracto-simbólico más allá del pensamiento concreto o egocéntrico, como se evidencia en la dificultad de clasificación, en la formación de generalizaciones y en el procedimiento de tareas para resolver problemas; a menudo utiliza un modo concreto.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

**PENSAMIENTO EMPOBRECIDO**

**Escala de síntomas negativos**

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Algunas dificultades en la conversación	Problemas para comprender matices de la conversación. Disminución en dar y recibir conversación	Interpreta correctamente la mayoría de las similitudes y proverbios. Usa pocos calificativos (adjetivos y adverbios). Pueden perderse algunos comentarios abstractos	A ratos pierde la esencia de la conversación razonablemente no complicada. El contenido verbal puede ser repetitivo y perseverante. Usa estructuras simples en palabras y oraciones sin muchos calificativos. Se pierde o interpreta muchas similitudes y proverbios concretamente	Capaz de seguir y responder a afirmaciones simples y preguntas, pero tiene dificultad para articular pensamientos y experiencias independientemente. Contenido verbal limitado y estereotipado. Expresión verbal limitada a oraciones simples, breves. Puede no ser capaz de interpretar la mayoría de las similitudes y proverbios	Incapaz de seguir cualquier conversación a ratos, sin importar cómo son de simples. Contenido verbal y expresión mayoritariamente limitada a palabras sueltas y repuestas de sí/no

Puntuación basada en:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N. 6. DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL**

**Preguntas**

1. ¿Su trabajo le requiere más esfuerzo que antes? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Está teniendo dificultad para acabar el trabajo? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿Ha estado funcionando peor en la escuela o en el trabajo? S N NI ¿Ha estado puesto a prueba o cuestionado en su trabajo o ha sido advertido de despido debido a su mal funcionamiento? ¿Está perdiendo algunas clases o considerando dejar la escuela? ¿Ha sido alguna vez «invitado a abandonar» su trabajo, o ha tenido problema para mantener su trabajo? S N NI (anote la respuesta)
4. ¿Ha tenido dificultades con sus amigos? ¿Familia? ¿Colegas? ¿Ha tenido más discrepancias? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

---

---

---

---

---

---

---

---

**N. 6. DESCRIPCIÓN**

- a Dificultad para realizar las funciones de los roles (p. ej., trabajador, estudiante, amo/a de casa) que previamente realizaba sin problemas.
- b Tiene dificultad para las relaciones productivas, dirigidas a un fin, con los colegas, en el trabajo o en la escuela.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

Escala de síntomas negativos

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Requiere más esfuerzo y concentración para mantener el mismo nivel de actuación en el trabajo, en la escuela y en las relaciones	Dificultad de funcionamiento en el trabajo, en la escuela y en las relaciones que es evidente para otros	Problemas determinados para realizar las tareas del trabajo o bajan un grado las calificaciones de los estudios. Interacción social limitada	Suspensión en uno o más cursos. Despido laboral o estar a prueba en el trabajo. Más conflictos o menos contacto con amigos, familia o colegas	Suspensión, riesgo de fracaso escolar, u otra interferencia significativa completando los requerimientos. Ausencia problemática en el trabajo. Dificultades significativas con las relaciones	Fracaso o aislamiento escolar, ha abandonado el empleo o fue despedido. Incapaz de mantener relaciones con otros

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

## D. SÍNTOMAS DE DESORGANIZACIÓN

### D. 1. APARIENCIA O COMPORTAMIENTO RARO

**Preguntas**

1. ¿Qué tipo de actividades le gustan? (anote la respuesta)
2. ¿Tiene alguna afición, intereses especiales o colecciones? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿Dice alguna vez la gente que sus intereses son inusuales o que usted es excéntrico? S N NI (anote la respuesta)

**PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO**

**Nota.** La base para evaluar incluye: observaciones del entrevistador de apariencia inusual o excéntrica, además de informes de comportamiento o apariencia excéntrica, inusual o extraña.

---

---

---

---

---

---

---

---

### D. 1. DESCRIPCIÓN

- a Comportamiento o apariencia rara, excéntrica, peculiar, desorganizada o extraña.
- b Parece preocupado por los estímulos internos (alucinaciones...).
- c Afecto inapropiado.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

#### APARIENCIA O COMPORTAMIENTO RARO

#### Escala de síntomas de desorganización

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
Apariencia o comportamiento cuestionablemente inusual	Comportamiento o apariencia que aparece mínimamente inusual o extraño	Comportamiento, intereses, apariencia, aficiones o preocupaciones extrañas, inusuales, que son consideradas fuera de las normas culturales. Puede exhibir comportamiento inapropiado	Comportamiento o apariencia que no es convencional para la mayoría de los patrones. Puede parecer distraído por estímulos aparentes internos. Puede parecer desconectado o desimplicado	Comportamiento o apariencia altamente no convencional, extraña. Puede parecer preocupado por estímulos aparentes internos a ratos. Puede dar respuestas no contextuales, o exhibir afecto inapropiado	Apariencia o conducta ostensiblemente extraña (p. ej., coleccionar basura, hablar solo en público). Desconexión de afecto y habla	

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

**D. 2. PENSAMIENTO EXTRAÑO**

**Pregunta**

1. ¿La gente dice que sus ideas son inusuales o que el modo en que piensa es raro o ilógico? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

**Nota.** La base para evaluar incluye: observaciones de pensamiento extraño, además de informes de pensamiento inusual.

---



---



---



---



---

**D. 2. DESCRIPCIÓN**

- a Pensamiento caracterizado por ideas extrañas, fantásticas o extravagantes que están distorsionadas, son ilógicas o patentemente absurdas.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

PENSAMIENTO EXTRAÑO

Escala de síntomas de desorganización

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Ideas no frecuentes, peculiares, que son fácilmente abandonadas	Ideas inusuales ocasionales, pensamiento ilógico o distorsionado	Ideas inusuales persistentes, pensamientos ilógicos o distorsionados que se mantienen como una creencia o sistema filosófico dentro de la esfera de la variación subcultural	Pensamiento persistente inusual o ilógico que se acepta pero que viola el límite de la mayoría de los pensamientos filosóficos o religiosos	Construcción ilógica de ideas extrañas que son difíciles de seguir	Preocupado con pensamientos que son fantásticos, patentemente absurdos, fragmentados, e imposibles de seguir

Puntuación basada en:

---



---



---



---



---

**D. 3. PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN**

**Preguntas**

1. **¿Ha tenido dificultad para concentrarse o ser capaz de prestar atención en una tarea?** ¿Leer? ¿Escuchar? ¿Está empeorando?  
S N NI (anote la respuesta)
2. **¿Se distrae con facilidad? ¿Confuso fácilmente por ruidos, o por otra gente que hable?** ¿Está empeorando? S N NI (anote la respuesta)
3. **¿Ha tenido problema para recordar cosas?** S N NI (anote la respuesta)

**PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**D. 3. DESCRIPCIÓN**

- a Dificultades para mantenerse atento, manifestado por una concentración escasa, distracción debida a estímulos internos y externos.
- b Dificultad para utilizar, cambiar o mantener la concentración en nuevos estímulos.
- c Problemas con la memoria a corto plazo, incluyendo mantener la conversación en la memoria.

**Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.**

**PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN**

**Escala de síntomas de desorganización**

<i>0 Ausente</i>	<i>1 Presencia dudosa</i>	<i>2 Leve</i>	<i>3 Moderado</i>	<i>4 Moderadamente grave</i>	<i>5 Grave</i>	<i>6 Extremo</i>
	Lapsus ocasionales de concentración bajo presión	Pérdida de atención ocasional en las tareas o conversaciones cotidianas	Problemas persistentes para mantener la atención y la concentración. Dificultad para mantener conversaciones	Generalmente distraído y pierde el hilo de la conversación con regularidad	Puede mantener la atención y permanecer concentrado sólo con la ayuda o el soporte exterior	Incapaz de mantener la atención incluso con refocalización exterior

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

**D. 4. DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL/HABILIDADES SOCIALES**

**Preguntas**

1. ¿Está menos interesado en mantenerse limpio o vestirse bien? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Con qué frecuencia se ducha? (anote la respuesta)
3. ¿Cuándo fue la última vez que fue a comprar ropa nueva? ¿Qué compró? (anote la respuesta)
4. ¿Piensa que otros le considerarían «en las nubes»? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

---

---

---

---

---

---

---

---

**D. 4. DESCRIPCIÓN**

- a Deterioro del arreglo e higiene personal. Falta de autocuidado.
- b Descortesía social. Aparta la mirada, aparece desimplicado o desconectado.
- c «Despistado» («en la Luna»), «ajeno al tema». Termina las conversaciones abruptamente, sin razones aparentes.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL/HABILIDADES SOCIALES

Escala de síntomas de desorganización

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
Menos atención a la higiene personal pero todavía se interesa por las apariencias	Menos atención a la higiene personal y menos interés por la apariencia, pero todavía dentro de unos límites de convención y/o subcultura	Indiferencia ocasional hacia las convenciones y normas subculturales del vestir y de las pautas sociales	Falta de cumplimiento persistente de las normas subculturales o sociales de higiene. Ligeramente «despistado» o no atento socialmente	Fracaso e inestabilidad en las interacciones. Ya no se asea regularmente	Arreglado pobremente y parece no importarle o ni siquiera darse cuenta. Sin aseo y puede presentar mal olor. Falta de atención y ausencia de respuesta a las pautas sociales incluso cuando se afrontan	

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

## G. SÍNTOMAS GENERALES

### G. 1. ALTERACIONES DEL SUEÑO

**Preguntas**

1. **¿Cómo ha dormido recientemente?** ¿Qué tipo de dificultades ha tenido para dormir? (incluya para irse a la cama, para dormir y despertarse, horas de sueño en un período de 24 horas, dificultad para quedarse dormido, despertarse pronto, inversión del ciclo sueño/vigilia) **(anote la respuesta)**
2. **¿Se encuentra cansado durante el día?** ¿Le está haciendo difícil pasar el día su problema para dormir? ¿Tiene problemas para levantarse? **S N NI (anote la respuesta)**

**PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO**

---

---

---

---

---

---

---

---

### G. 1. DESCRIPCIÓN

- a Tiene dificultad para dormirse.
- b Despertarse más temprano de lo deseado y no ser capaz de volverse a dormir.
- c Fatiga y sueño durante el día.
- d Inversión del ciclo sueño/vigilia (día/noche).
- e Hipersomnia.

**Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.**

#### ALTERACIONES DEL SUEÑO

#### Escala de síntomas generales

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Duerme más inquieto de lo habitual	Ligera dificultad para dormirse o para volver a dormirse en caso de despertarse. Duerme más de lo habitual	Fatiga durante el día resultante de la dificultad para dormirse por la noche o de despertarse temprano. Pasa la mayor parte del día dormido	El patrón de sueño ha sido significativamente alterado e interfiere con otros aspectos del funcionamiento (p. ej., problemas para levantarse para ir a la escuela o al trabajo). Dificultad al levantarse para acudir a compromisos	Dificultad significativa para dormirse o despertarse temprano la mayoría de las noches. Puede tener inversión del ciclo sueño/vigilia. Generalmente no acude nunca a actividades programadas	Incapaz de dormir nada durante más de 48 horas

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

**G.2. DISFORIA**

**Preguntas**

1. ¿Cómo ha sido su humor recientemente? (anote la respuesta)
2. ¿Generalmente se siente infeliz durante algún período de tiempo? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿Ha estado deprimido alguna vez? ¿Se encuentra que llora mucho? ¿Se siente triste/mal/inútil/desesperado? ¿Ha afectado su humor a su apetito? ¿A su sueño? ¿A su capacidad para trabajar? S N NI (anote la respuesta)
4. ¿Ha tenido pensamientos de dañarse a sí mismo o de acabar con su vida? ¿Ha intentado suicidarse alguna vez? S N NI (anote la respuesta)
5. ¿Ha tenido pensamientos de dañar a alguien? S N NI (anote la respuesta)
6. ¿Encuentra que se siente irritable la mayor parte del tiempo? ¿Se enfada con frecuencia? ¿Suele golpear a alguien o a algo? S N NI (anote la respuesta)
7. ¿Se ha sentido más nervioso, ansioso últimamente? ¿Dificultad para relajarse? ¿Se siente de esa manera durante un largo período de tiempo? S N NI (anote la respuesta)

PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO

---



---



---



---



---

**G.2. DESCRIPCIÓN**

- a Interés disminuido en actividades placenteras.
- b Problemas de sueño.
- c Apetito escaso o aumentado.
- d Sentimientos de pérdida de energía
- e Dificultad para concentrarse.
- f Pensamientos suicidas.
- g Sentirse inútil y/o culpable.

**TAMBIÉN**

- a Ansiedad, pánico, múltiples miedos, fobias.
- b Irritabilidad, hostilidad, ira.
- c Inquietud, agitación, tensión.
- d Humor inestable.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

DISFORIA

Escala de síntomas generales

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Sentirse más a menudo «bajo» o «al límite»	Ocasionales períodos inestables y/o impredecibles de sentimientos «grises», tristes o malos, que pueden ser una mezcla de depresión, irritabilidad o ansiedad	Sentimientos de decaimiento o de otras ansiedades o descontentos persistentes	Frecuentes períodos de tristeza, irritabilidad o depresión	Mezclas persistentes desagradables de depresión, irritabilidad o ansiedad. Comportamientos de evitación tales como dormir o el uso de sustancias	Mezclas dolorosamente desagradables de depresión, irritabilidad o ansiedad que desencadenan comportamientos altamente destructivos tales como suicidio o automutilación

Puntuación basada en:

---



---



---



---

**G.3. ALTERACIONES MOTORAS**

**Pregunta**

1. **¿Ha notado algún cambio en la manera de moverse?** Por ejemplo, ¿alguna torpeza o falta de coordinación que haya hecho difícil su actuación en actividades que solía ser capaz de hacer? **S N NI (anote la respuesta)**

**PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO**

---



---



---



---



---



---

**G.3. DESCRIPCIÓN**

- a Se informa o se observa torpeza, falta de coordinación, dificultad para actuar en actividades que en el pasado eran realizadas sin problemas.
- b Desarrollo de nuevos movimientos tales como hábito nervioso, estereotipos, maneras características de hacer algo, posturas, o copiar los movimientos de otras personas (ecopraxia).
- c Bloqueos motores (catatonía).
- d Pérdida de habilidades motoras básicas.
- e Rituales motores compulsivos.
- f Movimientos discinéticos de cabeza, cara y extremidades.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

ALTERACIONES MOTORAS

Escala de síntomas generales

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Torpeza	Se informa o se observa torpe	Coordinación pobre. Dificultad para realizar buenos movimientos motores	Movimientos estereotipados, a menudo inapropiados	Hábitos nerviosos, tics, muecas. Posturas. Rituales motores compulsivos	Pérdida de habilidades motoras básicas. Bloqueos motores. Ecopraxia. Discinesia

Puntuación basada en:

---



---



---



---



---

**G.4. TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL**

**Preguntas**

1. ¿Se siente más cansado o estresado al final de un día normal? S N NI (anote la respuesta)
2. ¿Se ha estado sintiendo más desconcertado por cosas inesperadas que ocurrieron durante el día? S N NI (anote la respuesta)
3. ¿Esas cosas le están haciendo más difícil afrontar el día? S N NI (anote la respuesta)
4. ¿Encuentra que se siente amenazado, evitando o completamente saturado por algunas de sus actividades diarias? ¿Siente que son muy arduas o pesadas? S N NI (anote la respuesta)
5. ¿Encuentra que está demasiado estresado, desorganizado, o falta de energía y motivación para incluso afrontar las actividades diarias? S N NI (anote la respuesta)

**PARA TODAS LAS RESPUESTAS ANOTE: DESCRIPCIÓN, INICIO, DURACIÓN Y CAMBIO CON EL TIEMPO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**G.4. DESCRIPCIÓN**

- a Evita o se agota con situaciones estresantes que eran previamente afrontadas con facilidad.
- b Síntomas marcados de ansiedad o de evitación a respuestas para los estresores diarios.
- c Afectado crecientemente por experiencias que eran fácilmente controladas en el pasado. Más dificultad para habituarse a las cosas.

Las casillas están destinadas a proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto. Las bases para las puntuaciones incluyen observaciones e informes.

TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL

Escala de síntomas generales

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
	Más cansado o estresado al final de un día normal	El estrés diario trae síntomas de ansiedad más allá de lo que cabría esperar	Desestabilizado por acontecimientos inesperados en un día normal	«Amenazado» por experiencias diarias que eran fácilmente controladas en el pasado	Evita o está saturado por situaciones que previamente eran afrontadas con facilidad	Desorganización, pánico, abulia o aislamiento en respuesta al estrés diario

Puntuación basada en:

---

---

---

---

---

---

---

---

### RESUMEN DE LOS DATOS SIPS

#### Escala de síntomas positivos

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave pero no psicótico</i>	6 <i>Grave y psicótico</i>
---------------------	----------------------------------	------------------	----------------------	-------------------------------------	---	-----------------------------------

#### Síntomas positivos

	0	1	2	3	4	5	6	Totales
P.1. Contenido del pensamiento inusual/ideas delirantes	0	1	2	3	4	5	6	
P.2. Ideas persecutorias/susplicacia	0	1	2	3	4	5	6	
P.3. Ideas de grandiosidad	0	1	2	3	4	5	6	
P.4. Percepciones anómalas/alucinaciones	0	1	2	3	4	5	6	
P.5. Comunicación desorganizada	0	1	2	3	4	5	6	

#### Escala de síntomas negativos, de desorganización, generales

0 <i>Ausente</i>	1 <i>Presencia dudosa</i>	2 <i>Leve</i>	3 <i>Moderado</i>	4 <i>Moderadamente grave</i>	5 <i>Grave</i>	6 <i>Extremo</i>
---------------------	----------------------------------	------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------------	---------------------

#### Síntomas negativos

	0	1	2	3	4	5	6	Totales
N.1. Anhedonía social o aislamiento	0	1	2	3	4	5	6	
N.2. Abulia (apatía)	0	1	2	3	4	5	6	
N.3. Expresión emocional disminuida	0	1	2	3	4	5	6	
N.4. Restricción emocional y del yo	0	1	2	3	4	5	6	
N.5. Pensamiento empobrecido (comprensión y abstracción)	0	1	2	3	4	5	6	
N.6. Deterioro en el funcionamiento global	0	1	2	3	4	5	6	

#### Síntomas de desorganización

	0	1	2	3	4	5	6	Totales
D.1. Apariencia o comportamiento raros	0	1	2	3	4	5	6	
D.2. Pensamiento extraño	0	1	2	3	4	5	6	
D.3. Problemas de atención y concentración	0	1	2	3	4	5	6	
D.4. Deterioro de la higiene personal/habilidades sociales	0	1	2	3	4	5	6	

#### Síntomas generales

	0	1	2	3	4	5	6	Totales
G.1. Alteraciones del sueño	0	1	2	3	4	5	6	
G.2. Disforia	0	1	2	3	4	5	6	
G.3. Alteraciones motoras	0	1	2	3	4	5	6	
G.4. Tolerancia disminuida al estrés normal	0	1	2	3	4	5	6	

Trastorno esquizotípico de la personalidad      Sí       No

Historia familiar de enfermedad psicótica      Sí       No

Escala EEAG      Actual \_\_\_\_\_      Más alta en el pasado año \_\_\_\_\_

### SUMARIO DE CRITERIOS DE LA SIPS

#### I. Excluye psicosis del pasado o presentes: presencia de síndrome psicótico (PSP 3.0)

<i>Síndrome psicótico</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
A. ¿Está puntuada con un 6 alguna de las escalas SOPS P1-P5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Si es así para A, ¿han estado presentes los síntomas <i>sólo</i> en los tres meses anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Si es así para A y B, ¿hay algún síntoma grave de desorganización o peligro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Si es así para A y B, ¿han ocurrido los síntomas durante al menos una hora al día con una frecuencia media de cuatro veces a la semana durante un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

1. Si A es sí y B es no, el paciente cumple criterios de psicosis pasadas.
2. Si A, B y C son todas sí, el paciente cumple criterios de psicosis actual.
3. Si A, B y D son todas sí, el paciente cumple criterios de psicosis actual.

#### II. Incluye el síndrome prodrómico: criterios de síndromes prodrómicos (CSP 3.0)

<i>A. Síndrome prodrómico psicótico breve intermitente</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Está puntuada con un 6 alguna de las escalas SOPS P1-P5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si es así para 1, ¿han comenzado los síntomas en los pasados tres meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si es así para 1 y 2, ¿están los síntomas presentes actualmente durante al menos varios minutos al día con una frecuencia de al menos una vez al mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si 1-3 son sí, anote la fecha en que cumple el criterio por primera vez (día/mes/año): \_\_\_\_\_

<i>B. Síndrome prodrómico positivo atenuado</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Está puntuada de 3 a 5 alguna de las escalas SOPS P1-P5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si es así en 1, ¿han empezado alguno de estos síntomas en el año pasado o hay una o varias de las puntuaciones de cualquier escala que haya superado su intensidad con respecto a hace 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si es así en 1 y 2, ¿han ocurrido los síntomas en una media de frecuencia de al menos una vez por semana en el mes pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si 1-3 son sí, anote la fecha en que aparecieron los criterios (día/mes/año): \_\_\_\_\_

<i>C. Síndrome prodrómico con riesgo genético y disfunción global</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. El paciente cumple criterios del trastorno esquizotípico de la personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El paciente tiene un pariente de primer grado con un trastorno psicótico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El paciente está experimentando al menos un 30% de disminución en la puntuación EEAG sobre el mes pasado en comparación con hace 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si se cumplen alguna de las siguientes condiciones:

1. 1 y 3.
2. 2 y 3.
3. 1 y 2 y 3.

Anote la fecha en que cumple los criterios por primera vez (día/mes/año): \_\_\_\_\_

Por favor, marque sí o no.

- No  Sí Síndrome psicótico
- No  Sí Síndrome prodrómico psicótico breve intermitente
- No  Sí Síndrome prodrómico positivo atenuado
- No  Sí Síndrome prodrómico con riesgo genético y disfunción global

## **ANEXO 2**



Tamizaje de Síntomas Prodrómicos (PRIME Screen)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (H) (M) Escuela: \_\_\_\_\_ - Grado Escolar \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Por favor lee la siguiente información antes de completar el cuestionario.  
 El siguiente cuestionario hace preguntas acerca de tu experiencia personal. Preguntamos acerca de algunas experiencias sensoriales, psicológicas, emocionales y sociales. Algunas de estas preguntas pueden estar muy relacionadas con experiencias que has vivido y otras no. Por favor contesta todas las preguntas.

A partir de tus experiencias en el último año, por favor indica que tan de acuerdo o desacuerdo estas con los siguientes enunciados. Lee cada pregunta y marca la respuesta que mejor describa tu experiencia.

Por favor contesta todas las preguntas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No estoy seguro (?)	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Creo que pasan cosas raras o inusuales que no puedo explicar.	0	1	2	3	4	5	6
2. Creo que soy capaz de predecir el futuro.	0	1	2	3	4	5	6
3. Puede que haya sentido que hay algo que interrumpe o controla mis pensamientos, sentimientos o acciones.	0	1	2	3	4	5	6
4. He tenido la experiencia de hacer cosas de forma distinta a los demás debido a mis supersticiones.	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que algunas ocasiones me he confundido al no saber si algo que vivo o percibo es real o solo es parte de mi imaginación.	0	1	2	3	4	5	6
6. Creo que es posible que otras personas pueden leer mi mente o que yo puedo leer la mente de los demás.	0	1	2	3	4	5	6
7. Me pregunto si la gente planea hacerme daño o si van a hacerme daño.	0	1	2	3	4	5	6
8. Creo que tengo poderes especiales o sobrenaturales además de mis propios talentos.	0	1	2	3	4	5	6
9. A veces creo que mi mente "me juega trucos o me engaña".	0	1	2	3	4	5	6
10. He tenido la experiencia de escuchar cosas o voces de personas o una persona susurrándome o hablándome cuando no hay nadie cerca de mí.	0	1	2	3	4	5	6
11. Creo que he escuchado mis propios pensamientos en voz alta.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me preocupa que me esté "volviendo loco" o "loca".	0	1	2	3	4	5	6