

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

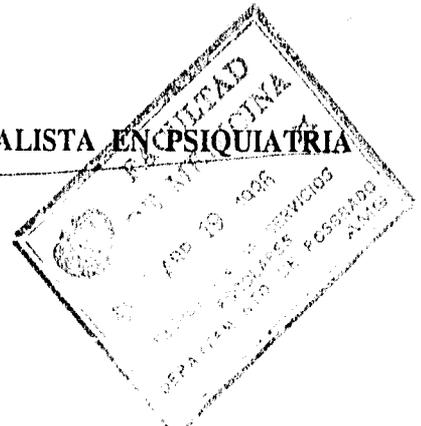
13

FACULTAD DE MEDICINA

2e)

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA GENERAL



"TEMPERAMENTO Y CARACTER EN EL TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO".

ALUMNO: Dr. Reynaldo Hernández Simental.

TUTORES:


Dr. Humberto Nicolini Sánchez

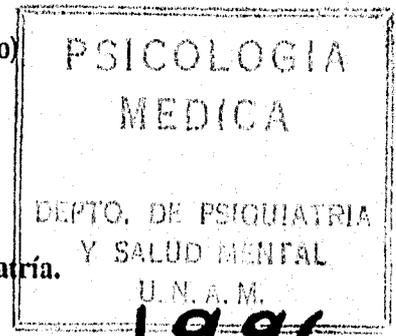

Dr. Francisco Paez Agraz

(Teórico)

(Metodológico)

Instituciones Participantes.

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



 TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Presentación.....	1
Índice.....	2
Resumen.....	3
Marco Teórico.....	4
Justificación.....	22
Planteamiento del Problema.....	22
Objetivos.....	23
Material y Métodos.....	23
Resultados.....	28
Discusión.....	30
Bibliografía.....	34
Anexo.....	42

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal el conocer la correlación existente entre las dimensiones del temperamento y el carácter y las medidas de severidad de la sintomatología del trastorno delirante primario, considerando las variables demográficas y la evolución de la enfermedad en un grupo de sujetos. Para esta finalidad, se estudiaron a 10 pacientes con diagnóstico de trastorno delirante según criterios del DSM-III-R a quienes se les evaluó con PANSS, ITC y GAF. No se encontraron correlaciones significativas entre las medidas de severidad (PANSS y GAF) con respecto a la edad, la escolaridad, la edad de inicio, el número de tratamientos o el tiempo de evolución del trastorno. En cuanto a la correlación de las dimensiones de temperamento y carácter con las medidas de severidad de la enfermedad, se encontró que la escala de búsqueda de lo novedoso (NS) se correlacionó significativamente con el PANSS total ($r=0.86$, $p<0.01$, $n=10$), mientras que la persistencia (PE) se correlacionó con el PANSS negativo ($r=0.80$, $p<0.01$, $n=10$). Finalmente, la escala temperamental de autotrascendencia (ST) se correlacionó negativamente con el PANSS general ($r=0.75$, $p<0.01$). La principal reserva del estudio es el pequeño número de pacientes, sin embargo, no encontramos antecedentes de trabajos que se refieren a las características de temperamento y carácter en pacientes con trastorno delirante primario, por lo que los presentes resultados deben ser considerados como preliminares, abriendo una interesante línea de investigación con respecto al estudio de la personalidad de este tipo de sujetos.

MARCO TEORICO

* Historia

La raíz del moderno concepto de trastorno paranoide se remonta a la antigua Grecia. Como lo revisó Lewis (1), el término "paranoia" fué usado por los griegos en un sentido general para denotar "locura". Aunque Hipócrates se refirió al delirium que acompañaba a la fiebre como paranoia, el concepto no fué considerado como una entidad diagnóstica hasta el siglo XIX.

En 1863, Kahlbaum (2) usó el término paranoia para una enfermedad que se caracterizaba por delirios persistentes e incambiables durante el curso de la enfermedad. Emil Kraepelin (3) también vió a la paranoia como una entidad separada, diferenciándola de la demencia precoz, parafrenia, y trastorno maniaco-depresivo. En el esquema de Kraepelin, la paranoia se caracterizó por delirios persistentes, falta de alucinaciones, preservación de la personalidad, y un curso no deteriorante.

En contraste, la demencia precoz se caracterizaba por edad de inicio temprano y desorientación mental, la parafrenia por la predominante presencia de alucinaciones, y el trastorno maniaco-depresivo por su componente afectivo primario.

Otras teorías del siglo XX no estuvieron de acuerdo en ver a la paranoia como una entidad separada. Freud (4), Schneider (5), y Colle (6), consideraron a la paranoia como una forma de esquizofrenia, mientras que Specht (7) creyó que la paranoia era un subtipo de trastorno afectivo.

En la actualidad datos recientes de estudios descriptivos y genéticos del curso de la enfermedad, apoyan el ver al trastorno paranoide como una entidad diagnóstica distinta, aceptándose así en los diferentes sistemas de clasificación (Ej. DSM-III-R, CID-10) (8,9).

*** Antecedentes**

La falta de acuerdo en relación al trastorno paranoide, ha llevado a una rango de definiciones y términos incluyendo trastorno delirante, trastorno delirante simple, psicosis monosintomática, paranoia, estado paranoide y psicosis paranoide . El DSM-III-R cambió dramáticamente la organización y la conceptualización de los trastornos paranoides, poniéndoles el nuevo nombre de trastornos delirantes. Este cambio enfatiza que la ideación paranoide no era siempre prominente en los trastornos delirantes categorizados ántes como "trastornos paranoides"(8).

Fenomenológicamente, la característica central del trastorno paranoide, es un delirio persistente en la ausencia de factores orgánicos que hayan iniciado o mantenido el trastorno, u otras enfermedades psiquiátricas, tales como la esquizofrenia y los trastornos del humor. Los delirios deben persistir por lo menos 1 mes, si se consideran los criterios del DSM-III-R (8), y 3 meses, si la clasificación consultada es el CIE-10 (9), sin embargo, Opjordsmoen (10,11,12,13) refiere que la duración debe de ser de por lo menos 6 meses, para diferenciarlos de los trastornos delirantes "reactivos" que se recuperan completamente en un lapso no mayor de 6 meses y que mantienen una excelente funcionalidad, contrariamenete a la evolución que presentan los pacientes delirantes verdaderos. Es inusual que este trastorno se acompañe de alucinaciones, y cuando se presentan, no son parte prominente en el cuadro clínico.

Los pacientes paranoides pueden presentar síntomas negativos, como el aislamiento social, secundario a la suspicacia, así como afecto aplanado, pobreza y lentitud del habla, cuando coexiste un trastorno depresivo (14).

Los pacientes paranoides se han asociado con actos violentos que son congruentes con el sistema delirante y el estado de ánimo (15), considerándose, que el antecedente de conductas antisociales serias, son un predictor útil de peligrosidad, aún cuando no haya relación directa con el tema delirante del trastorno (16).

Ha sido muy grande el interés por las relaciones que guardan ciertos rasgos de la personalidad con el desarrollo de las enfermedades psiquiátricas, siendo común en los pacientes paranoides una personalidad premórbida caracterizada por hipersensibilidad, poco amor propio, desconfianza, incapacidad para perdonar o tolerar insultos. Con frecuencia son hostiles, obstinados y defensivos, sin embargo, estas características pueden faltar en absoluto, y no son condición para hacer diagnóstico de trastorno delirante paranoide.

Hasta la actualidad, han persistido los debates y los desacuerdos sobre los aspectos de la causalidad biológica de la personalidad, en contraste con las influencias socioculturales y ambientales en la determinación de estos rasgos. Cloninger (17), cita la definición de Allport de la personalidad como " la organización dinámica de los sistemas psicológicos del individuo que determinan sus ajustes únicos para con su entorno", considerando este modelo de la personalidad a la recepción, el procesamiento y el almacenamiento de las experiencias del individuo como los determinantes de la personalidad en general. El mismo autor, critica las fallas de este enfoque de la personalidad, ya que no considera los determinantes biológicos y sociales. En su desarrollo de un modelo psicobiológico, consideró cuatro dimensiones de la personalidad: la búsqueda de la novedad, la evitación del daño, dependencia a la recompensa, y persistencia, refiriéndose a estas dimensiones como temperamento, que se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. También destacó tres factores de la personalidad que se encuentran influenciadas por el aprendizaje sociocultural y que maduran de manera progresiva a lo largo de la vida, estos son : autodirección, cooperatividad y autotranscendencia, denotándolas como dimensiones de carácter, que se refiere a auto-conceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida.

*** Epidemiología**

Como se ha mencionado con anterioridad, el concepto de paranoia ha estado en uso por cientos de años, pero no es sino hasta hace relativamente poco, que las características demográficas de esta enfermedad han salido a la luz. Kendler (18) revisó la epidemiología disponible y los datos sociodemográficos de los pacientes con trastornos paranoides y comparó esta información con pacientes con trastorno afectivo y esquizofrenia.

El trastorno paranoide constituye entre el 1 y 4 % de todas las admisiones psiquiátricas, y entre el 2 y el 7 % de todas las admisiones de pacientes psicóticos. Dos poblaciones psiquiátricas estudiadas (19) indicaron que la prevalencia de trastorno paranoide es de 24/100,000 y 30/100,000, respectivamente. Parece ser que aproximadamente el 25% de pacientes con trastorno paranoide, están en tratamiento activo en cualquier punto dado del tiempo (18) . Aunque algunos datos de estudios clínicos sugieren que el trastorno delirante es relativamente una enfermedad rara, es posible que sea más común de lo que previamente se pensaba. Un sustancial número de pacientes paranoides, pueden estar fuera del sistema de salud mental y no aparecer en los estudios de prevalencia e incidencia en donde se usan los expedientes clínicos.

La mayoría de los estudios, indican que el pico de edad de la primera admisión psiquiátrica es entre los 40 y los 49 años (18). Es sustancialmente una edad mayor que la referida para las admisiones de primera vez de los pacientes esquizofrénicos, y dependiendo de la característica de la muestra, es moderadamente una edad mayor, que para la primera admisión del trastorno afectivo. La edad de primer contacto con salud mental, no es precisamente el reflejo de la edad de inicio de la enfermedad. Esta observación es particularmente relevante en el trastorno paranoide, porque el inicio suele ser insidioso y el curso de la enfermedad parece ser menos severo de trastornos mentales como la esquizofrenia, lo que hace que el paciente delirante retarde su primer contacto con el servicio de psiquiatría. En cuanto a la distribución de la población por sexo, la mayoría de los estudios indican una mayor preponderancia de mujeres con trastorno paranoide, con un 55% para ellas y un 45% para los varones afectados (18).

Un análisis del estado civil, reveló que sólo el 32% de los pacientes con trastorno delirante, nunca se habían casado, la tasa es similar a la de los pacientes con trastorno afectivo, pero mucho menor que el encontrado en paciente esquizofrénicos (18). La tasa tan alta de pacientes paranoides casados, puede ser por el tardío inicio de la enfermedad.

* Etiología

Ninguna prueba concluyente indica que los factores hereditarios o las anomalías neuropatológicas expliquen este cuadro. Hay una carencia de datos en relación a la transmisión familiar del trastorno paranoide.

Winokur (20) examinó la prevalencia de la psicopatología en las familias de 29 pacientes con trastorno paranoide simple y en las familias de 29 pacientes psiquiátricos mixtos como control, pareados por edad y sexo. Encontró diferencias significativas entre los grupos cuando los rasgos de personalidad consistieron en suspicacia, celos y desconfianza, hallando mayores niveles de estas características en las familias de los pacientes con trastorno delirante.

Los estudios de familias han sido utilizados para examinar la relación entre los trastornos paranoides y otras enfermedades psiquiátricas, particularmente la esquizofrenia y los trastornos afectivos. Kendel y cols. (21) no encontraron una prevalencia mayor de trastornos paranoides en miembros de familias de esquizofrénicos.

En otro estudio, comparando los miembros de las familias de pacientes esquizofrénicos y de pacientes con trastorno paranoide, Kendler y Hays (22) volvieron a fracasar en encontrar una prevalencia incrementada de esquizofrenia en la familia de los paranoides, aunque sí hubo un incremento de esquizofrenia entre miembros de familia de esquizofrénicos. En un estudio más reciente (23), se evaluó el riesgo de enfermedad

psiquiátrica por el método de historia familiar en parientes de primer grado, de controles médicos y de pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia. El riesgo de padecer esquizofrenia y trastorno de personalidad esquizotípica-esquizoide, fué significativamente mayor en los parientes de los pacientes esquizofrénicos, que en los de trastorno paranoide o que en los de grupo control. El trastorno de personalidad paranoide fué significativamente más común en los familiares de los pacientes con trastorno delirante que en los controles médicos.

Los trastornos de la transmisión dopaminérgica, pueden estar involucrados en la etiología de varios trastornos psiquiátricos. Hasta finales de los '80s, los datos de los estudios bioquímicos, fisiológicos y farmacológicos, estaban de acuerdo con la existencia de solo dos tipos diferentes de receptores dopaminérgicos (D1 y D2) (24). La existencia de receptores dopaminérgicos adicionales, se ha demostrado con el uso de técnicas moleculares y biológicas. Se han distinguido dos subtipos de receptores relacionados con D1 (D1 y D5) (25,26,27,28) y tres subtipos relacionados con D2 (D2,D3 y D4) (24,29,30,31). Pero en particular el receptor D4 es de considerable interés, ya que se han encontrado diferencias estructurales en su gen, debido al descubrimiento de una mutación en el alelo A2 (31). La frecuencia de este polimorfismo del DNA, se determinó con una muestra de 59 pacientes con trastorno delirante, 79 pacientes esquizofrénicos y 75 sujetos control. Dieciseis (27%) de los 59 pacientes con trastorno delirante fueron portadores del alelo A2, comparado con seis (8%) de los controles. Las diferencias observadas en la frecuencia genotípica entre los pacientes con trastorno delirante y los controles fué altamente significativa. No hubo diferencias significativas en las frecuencias genotípicas entre los esquizofrénicos y controles. Estos resultados sugieren fuertemente, la relación de las variaciones genéticas en el gen del receptor D4, confiriendo susceptibilidad para el trastorno delirante. Estos estudios proveen un apoyo genético para la separación diagnóstica del trastorno paranoide con la esquizofrenia y con los trastornos afectivos.

Los factores psicológicos parecen ser importantes en el desarrollo de las alteraciones paranoides. En 1896, Freud (32) describió la proyección como el principal mecanismo defensivo de la paranoia. Posteriormente, Freud (33) leyó las *"Memoirs of My Nervous Illness"*, una obra autobiográfica de Daniel Paul Schreber. A raíz de la lectura, Freud demostró de que forma las tendencias homosexuales eran afrontadas mediante la negación y la proyección. Como la homosexualidad es conscientemente inadmisibile para algunos paranoides, el sentimiento de "le amo" es negado y se cambia mediante formación reactiva en el "no le amo, le odio", y este sentimiento es transformado mediante proyección en el "no soy yo quien le odia, sino el quien me odia a mí". En un estado paranoide pleno, este sentimiento se transforma en "yo soy perseguido por él". El paciente es capaz de racionalizar entonces su cólera odiando conscientemente a aquellos de quienes percibe que le odian. En los delirios erotomaniacos, el paciente cambia el "yo le amo (a él)" en el "yo le amo (a ella)", y ese sentimiento pasa a ser, mediante la proyección "ella me ama".

Freud (32) también creyó que la homosexualidad inconsciente es la causa de los delirios de celos. En un intento por preservarse de los impulsos amenazantes, el paciente se preocupa por ideas de celos, así el paciente afirma "yo no le amo (a él), ella le ama". Freud creyó que el hombre que el paciente paranoide sospecha que su mujer ama es un hombre hacia el que el paciente se siente homosexualmente atraído.

Las pruebas clínicas no han confirmado consistentemente la tesis de Freud. Algunos pacientes paranoides no tienen una orientación homosexual y la mayoría de las personas abiertamente homosexuales no desarrollan nunca delirios paranoides.

Los delirios tienen una estructura similar a la de las alucinaciones; son juicios equivocados de la realidad, que se basan en la proyección. Mientras los elementos de las alucinaciones se reducen a sensaciones perceptivas, los delirios se hayan estructurados sobre ideas más complicadas y a veces sistematizadas. Tal como las alucinaciones, pertenecen a veces al tipo de realización de deseos, pero la mayoría son penosos y

atemorizantes. Si bien representan un intento de reemplazar la porciones perdidas de la realidad, contienen a menudo elementos de la realidad repudiada, que a pesar de todo regresan a partes de los impulsos rechazados, al mismo tiempo que exigencias proyectadas del superyó (34).

Las observaciones clínicas indican que la persona paranoide tiene serias dificultades para establecer una relación afectuosa y confiada con las figuras paternas. La madre del paranoide suele ser descrita como hipercontroladora, seductora y refractaria, y el padre como una persona distante, rígida y sádica, o débil e ineficaz. Si el niño no puede confiar en sus figuras paternas para hacer frente a los momentos de desánimo, a las humillaciones y frustraciones, pronto desarrolla una actitud que percibe constantemente al entorno como algo hostil y se vuelve hipersensible a ofensas imaginarias, con lo que todas las relaciones se caracterizan por la falta de confianza.

La hipersensibilidad hace que los demás eviten al paranoide, y esta reacción tiende a amplificar su actitud hostil y suspicaz. Intolerante hacia las críticas, fácilmente crítica a los demás. Hiperagresivo, el paciente paranoide ve un agresor en todas las personas que le rodean, por ello, se puede decir que trata a las demás personas como proyecciones de su propia hostilidad inconsciente. Esta conducta alienante aumenta la hostilidad de los demás, dando lugar a una espiral de psicopatología. Como defensa de los sentimientos de rechazo aparece un sistema delirante psicótico. Los sentimientos de inferioridad son sustituidos por delirios de superioridad, grandeza y omnipotencia, y las ideas eróticas delirantes sustituyen a los sentimientos de rechazo.

Metas sobredeterminadas. El niño preparanoide suele rendir y comportarse impecablemente. Cuando no satisface las expectativas de los padres, es objeto de castigos inmerecidos y no justificados. Cuando los padres alientan grandes expectativas de éxito, el niño inseguro puede desarrollar fantasías secretas como forma de aumentar su autoestima.

Proyección del superyó. La proyección del superyó se ejemplifica por el paciente que teme ser observado, al igual que un niño teme ser observado por sus padres. Igualmente, los delirios de crítica y de temor son a menudo proyecciones de las críticas del superyó. Los delirios de las pacientes paranoicas incluyen frecuentemente acusaciones de prostitución. En su infancia, la paciente paranoica recurrió a su padre en busca del amor materno que no pudo recibir de su madre. De esta forma se desarrollaron deseos incestuosos. Los ulteriores encuentros heterosexuales son un recuerdo inconsciente de los deseos incestuosos de la infancia, estos deseos son preservados por la proyección del superyó, que acusa a la paciente paranoica de prostitución (35).

Seudocomunidad paranoica. Norman Cameron (36) describió al menos siete situaciones que favorecen el desarrollo de los trastornos paranoides: 1) una elevada expectativa de recibir tratos sádicos; 2) situaciones que aumentan la desconfianza y la suspicacia; 3) aislamiento social; 4) situaciones que aumentan la envidia y los celos; 5) situaciones que disminuyen la autoestima; 6) situaciones que hacen que una persona vea sus propios defectos en los demás; y 7) situaciones que aumentan el potencial de ideación sobre los significados y motivaciones probables. Cuando la frustración de cualquier combinación de estas condiciones excede los límites que la personalidad paranoica puede tolerar, el paciente se vuelve retraído y ansioso, se da cuenta de que algo anda mal, pero no puede explicarlo. La cristalización de un sistema delirante ofrece una solución al problema. La elaboración del delirio para incluir a las personas imaginarias y para adscribir motivaciones malévolas a estas personas reales y a otras imaginarias, resulta en la organización de la "pseudocomunidad". Esta entidad delirante reúne los miedos y deseos proyectados para justificar la agresión hostil del paranoide y darle un blanco tangible.

Otros mecanismos. Los estados paranoides son comunes en los grupos migratorios e inmigrantes, posiblemente en razón de las experiencias adaptativas de aprender un nuevo lenguaje y los sentimientos en desarrollo de soledad y aislamiento. Cuando emigrantes e inmigrantes vuelven a sus países nativos, frecuentemente desaparecen las ideas paranoicas (35).

*** Rasgos clínicos**

El trastorno es marcado por un inicio insidioso de ideas delirantes que poco a poco se vuelven el centro de la vida del paciente. Las creencias delirantes, en sí mismas, son internamente consistentes, de hecho, el clínico puede tener dificultad para decidir dónde terminan las quejas e infortunios legítimos y donde comienzan las fantasías psicóticas. Lo que quizás comience como una experiencia frustrante con una dependencia gubernamental o con un patrón, puede volverse un delirio complejo, incluyendo a todos los que rodean al paciente en un aterrador drama de persecución y hostigamiento. Estos pacientes pueden recurrir al litigio o a la ayuda de las autoridades públicas. Cuando estos esfuerzos son frustrados, el paciente percibe a estas dependencias e individuos como si se hubieran unido a las filas del enemigo (37).

Los trastornos delirantes se dividen en la paranoia, y los trastornos delirantes agudos (35).

Paranoia. El rasgo esencial de la paranoia, es un sistema delirante permanente e inamovible acompañado por la perseveración del pensamiento claro y ordenado. El inicio suele ser después de los 30 años. Al igual que todos los trastornos delirantes, la paranoia es una defensa contra la desintegración del yo. Difiere de otros trastornos delirantes, en que el sistema delirante está tan bien encerrado que el resto de la personalidad es capaz de operar de forma relativamente normal, y se mantienen buenas relaciones de objeto. Los pacientes son capaces de continuar en su trabajo y labor profesional, mantener una socialización suficiente y no experimentar una desintegración del yo (35).

Los tipos de delirios se basan en el tema delirante predominante, si ningún tema delirante predomina, se refiere como otro tipo.

Erotomanía (delirio de ser amado): Los pacientes con este tipo de delirio han desarrollado una creencia fija de que una persona en particular se ha enamorado profundamente de ellos. Esta persona es, por lo general, de una posición social más elevada que la del paciente y este siente que dicho individuo le está comunicando su amor a través de diversos signos y señales secretas. A su vez, el paciente intenta comunicarse con esta persona por carta, por teléfono, o incluso por una intrusión forzada. Ocurre con más frecuencia en paciente femeninos.

Delirio de celos: Aunque todos los pacientes paranoides son excesivamente celosos, esto sólo puede considerarse como delirante cuando el paciente ha construido un sistema organizado. El conyuge del paciente suele ser el objeto más frecuente de estos celos delirantes.

Delirio de persecución: Los pacientes creen que son víctimas de una intriga organizada. Pueden sentir que están siendo perseguidos, que su teléfono está intervenido, o que su reputación es calumniada deliberadamente. Con frecuencia la razón por la cual alguien podría amenazarlos de esta forma, no está clara para estos pacientes. Las personas con este tipo de trastorno delirante, pueden llevar sus quejas a las autoridades legales.

Delirio de grandeza: Los pacientes con trastorno delirante tipo grandioso, creen que ellos son inusualmente especiales, o que tiene talentos o habilidades muy importantes. Esos pacientes pueden pasar gran parte de su tiempo trabajando en ideas de grandes inventos. Estos pueden ser presentados como aportadores de grandes beneficios potenciales para la humanidad, pero parecerán carentes de sustancia para el oyente.

Delirio somático: El tema predominante de o los delirios es que la persona tiene algún defecto físico, trastorno, enfermedad o que está muriendo. En una manifestación particular de este tipo de trastorno delirante, los pacientes se quejan de infestación por insectos o parásitos, estos pacientes tienen una probabilidad mayor de presentarse a tratamiento con dermatólogos más que con un psiquiatra (37,38).

En el DSM-III-R (8) se incluye la categoría de "otro tipo", y en el CIE-10 (9) "trastorno delirante sin especificación" para designar a los pacientes con más de un tipo de delirio, sin que ninguno sea claramente predominante. En algunos casos los delirios de grandeza, de celos y de persecución pueden compartir el centro de atención.

En fechas recientes diversos investigadores consideran que debe reclasificarse a la parafrenia como una entidad diferenciada (39). Parafrenia es el término que se utiliza para designar a los trastornos paranoides de los ancianos en los cuales los signos de enfermedad demencial orgánica o afectiva primaria no puede explicar los síntomas. Yassa y Suranyi-Cadotte (40) realizaron un estudio comparativo con 20 pacientes con esquizofrenia de inicio tardío, 7 con trastorno delirante con alucinaciones (parafrenia), y 13 con trastorno delirante sin alucinaciones (paranoia de inicio tardío). Encontraron que estas tres categorías pueden ser distinguidas una de la otra sobre algunos parámetros clínicos.

La esquizofrenia de inicio tardío se caracterizó por delirios bizarros, alucinaciones auditivas, con un menor grado de síntomas primarios de Rank y de síntomas negativos, y una personalidad premórbida de tipo esquizoide o paranoide. La parafrenia se asoció con predominantes delirios no bizarros, alucinaciones auditivas, inicio más temprano de los síntomas, y personalidad paranoide y esquizoide. La paranoia (de inicio tardío) se caracterizó por un inicio tardío de los síntomas, delirios no bizarros, y personalidad premórbida relativamente intacta, y un sustrato físico subyacente.

Trastorno paranoide agudo. Se trata de trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes estables pero que no satisfacen las pautas para la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. El DSM-III-R (8) no hace ninguna distinción de éste trastorno con el de trastorno delirante, englobando a ambos en la misma categoría, siempre y cuando cumpla con una duración mínima de un mes, dando el diagnóstico de trastorno psicótico agudo provisional, para los pacientes que tienen una duración menor de los síntomas. En el CIE-10 (9), esta

categoría es mencionada como "Otros trastornos psicóticos agudos con predominio de ideas delirantes" (F23.3). Y si los delirios persistieran más de tres meses, éste diagnóstico deberá cambiarse a trastorno delirante persistente (F22). Opjordsmoen (10) hizo una breve revisión reciente de los criterios de duración para el trastorno delirante, y apoya la idea de que exista una línea divisoria de seis meses para separar las formas agudas de trastorno delirante, de las persistentes. El mismo autor había apoyado en estudios previos (11,13) la distinción de trastorno delirante, esquizofrenia y trastorno delirante agudo basado en el curso y la evolución de estas enfermedades.

*** Curso y pronóstico**

Como la mayoría de los pacientes con paranoia clásica muestran cierto grado de autocontrol, rara vez ingresan en un hospital y la comunidad suele llegar a tolerarlos. Jorgensen (41) dió seguimiento a un grupo de 88 pacientes en su primera admisión, estimando su evolución por la presencia de experiencias psicóticas, funcionamiento global, y clasificación diagnóstica de la última valoración, encontró que la perspectiva más optimista, aparece para los pacientes con delirio principal de referencia o una baja severidad dimensional de la creencia delirante, y la más pesimista para los pacientes con delirio principal de tipo persecutorio y para los que tienen una alta severidad dimensional de la creencia delirante.

En general, el pronóstico de trastorno delirante es pobre. Es raro que los pacientes renuncien por completo a sus creencias delirantes, sin embargo, el pronóstico mejora cuando los delirios no son fijos. Los pacientes con un sistema delirante cerrado son menos susceptibles de farmacoterapia o psicoterapia. Se logran resultados satisfactorios si pueden funcionar en la comunidad sin sentir la necesidad de expresar o hablar de sus creencias delirantes. Los factores considerados determinantes de mejor pronóstico fueron sexo femenino, estado civil casado, comienzo antes de los 30 años, comienzo agudo, menos de seis meses de duración de la psicosis antes de la hospitalización y presencia de factores precipitantes (35).

*** Diagnóstico**

El diagnóstico de trastorno delirante debe establecerse sólo después de hallar los criterios positivos que definen la psicosis. Con frecuencia hay una historia de aislamiento social, separación o conducta excéntrica.

El examen del estado mental revela a una persona colérica y suspicaz. Durante la historia y el examen mental, el médico debe estar alerta en relación con los síntomas y signos que pueden sugerir otros posibles diagnósticos. Pueden ser necesarios estudios de laboratorio para descartar una enfermedad somática. Si existe la sospecha de un trastorno orgánico mental incipiente, puede convenir la realización de pruebas psicológicas, como el test gestáltico de Bender y la escala de memoria de Wechsler. Si los hallazgos lo justifican, puede estar indicado un electroencefalograma, una gammagrafía cerebral, un exámen del líquido cefalorraquídeo una tomografía cerebral o una consulta neurológica (35).

*** Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial del trastorno paranoide, generalmente incluye el descartar otras enfermedades psiquiátricas, neurológicas, y metabólico/endocrinológicas. Las enfermedades psiquiátricas que pueden simular el trastorno paranoide incluyen a la esquizofrenia, los trastornos afectivos con características psicóticas, y los síndromes de abuso de sustancias.

La esquizofrenia se caracteriza por alucinaciones prominentes, delirios bizarros, y trastornos formales del pensamiento. El trastorno paranoide incluye delirios no bizarros, y las alucinaciones y los trastornos formales del pensamiento (cuando se presentan) no son prominentes. Además, la edad de inicio de la esquizofrenia típicamente es en la segunda y tercera década, mientras que la edad de inicio del trastorno paranoide es en la cuarta y quinta década.

Quizás el diagnóstico diferencial de más duda es con el trastorno afectivo con síntomas psicóticos. Este trastorno frecuentemente tiene delirios no bizarros y carece de alucinaciones prominentes sin alteraciones en el pensamiento formal. El punto crítico de diferenciar el trastorno del humor con síntomas psicóticos, y el trastorno delirante, es la prominencia del trastorno afectivo y la relación con la temporalidad. En cuanto a las sustancias de abuso que más simulan un trastorno paranoide son las anfetaminas, el alcohol y la cocaína.

Un gran número de trastornos neurológicos y metabólico/endocrinológicos pueden ser considerados en el diagnóstico diferencial del trastorno paranoide. Por ejemplo, los delirios monosintomáticos, pueden ser la presentación inicial de algunas enfermedades demenciales, incluyendo la enfermedad de Huntington, de Alzheimer, y la de Pick. Los tumores cerebrales, también pueden presentar un cuadro clínico que recuerde al trastorno paranoide. Los trastornos metabólico/ endocrinológico/autoinmunes para incluirse en el diferencial son trastornos tiroideos, hipopituitarismo, uremia, enfermedad de Addison y lupus del sistema nervioso central (42). Además los trastornos neurológicos, metabólicos y endócrinos, tienen frecuentemente delirios como parte de sus cuadros clínicos (43).

*** Tratamiento**

Hay una gran falta de información en la literatura científica en relación al tratamiento del trastorno delirante. Consecuentemente, ha sido necesario extraer los principios de tratamiento de estrategias que han sido eficaces en trastornos relacionados y extenderlos para los trastornos paranoides.

Farmacoterapia. Aunque siempre está indicado efectuar una prueba con antipsicóticos, será poco probable que el paciente participe voluntariamente en cualquier programa de tratamiento, a menos que tenga bases para confiar en el médico. Por lo tanto, es de mayor importancia para el tratamiento del trastorno delirante establecer relaciones cordiales y de confianza con el paciente, que cualquier otra medida terapéutica específica.

El principal tratamiento de las psicosis, son los neurolépticos. Hay evidencia inequívoca de que los neurolépticos, son superiores al placebo para el tratamiento de los delirios (42). La mayoría de los datos en relación a la eficacia de los neurolépticos, vienen de estudios con esquizofrénicos y la extensión de estos datos hacia el paciente paranoide es desconocida.

Bilikiewics y cols. (44) al inicio de la aparición de los neurolépticos en 1957, en un estudio de nueve pacientes con trastorno paranoide, encontraron que la clorpromazina fué clínicamente efectiva en todos los casos. En un comparación de 6 semanas de sulfuridazina y tioridazina en 15 pacientes con trastorno paranoide, Blanc y cols. (45) encontraron que ambos fueron efectivos, y la sulfuridazina fué aún más efectiva que la tioridazina.

Ultimamente se han usado diversos neurolépticos incluyendo el tiotixeno, la trifluoperazina, la perfenazina y el decanoato de flufenazina entre otros. En algunos casos parece haber mejoría, sin embargo, la eliminación del los delirios es rara. En particular, el delirio somático y el erotomaniaco parecen tener menor respuesta a los neurolépticos que el tipo persecutorio (42).

Ha habido limitada experiencia con el uso de neurolépticos y otros agentes tales como benzodiazepinas, litio, carbamazepina, y antidepresivos en el tratamiento de pacientes con trastorno delirante. Para los pacientes con ansiedad secundaria y depresión, apoyarse con el uso de benzodiazepinas y antidepresivos respectivamente, puede estar indicado (42).

El estrecho margen que ofrecen los medicamentos antipsicóticos, son un serio obstáculo para el tratamiento efectivo de estos pacientes, ya que los efectos secundarios como el parkinsonismo medicamentoso y la acatisia, parecen ser comunes y mal tolerados por los pacientes paranoides (42).

Kane y cols. (46), demostraron que la clozapina en comparación con la cloropromazina, es superior en diversos síntomas de la esquizofrenia incluyendo delirios en pacientes severamente enfermos y resistentes al tratamiento convencional.

Sería importante determinar si la superioridad de la clozapina, se puede generalizar a pacientes menos enfermos y específicamente para pacientes paranoides. Otra razón para considerar los neurolépticos atípicos en el tratamiento de los pacientes delirantes paranoides, es que algunos de estos agentes como la clozapina, tienen pocos, si algunos, efectos parkinsónicos.

Munro (47) reportó un estudio con pimozide en donde incluyó a 26 pacientes con "psicosis hipocondriaca monosintomática". El pimozide fué administrado a dosis de 2 a 12 mg/día. El encontró que 19 pacientes (63%) tuvieron una "excelente" respuesta con una completa o casi completa remisión de los síntomas, y una satisfactoria reincorporación a la vida social. El mismo autor reportó 5 años después, dos casos de erotomanía exitosamente tratados con pimozide (48).

Un estudio reciente (1993) de Opjordsmoen y cols. (49), evaluaron las diferencias en cuanto a la evolución entre un grupo de pacientes con trastorno paranoide admitidos antes de la introducción de los neurolépticos (1946 a 1948) y otro después de la era de evolución de los pacientes admitidos después de la introducción de los neurolépticos.

Psicoterapia. La psicoterapia tradicional orientada psicoanalíticamente se ha comprobado que es un tratamiento inefectivo para los desordenes psicóticos primarios (50). May y Tuma (50) reportaron que la psicoterapia tradicional sola no fué superior al estandar manejo hospitalario, y la psicoterapia más neurolépticos fué solo levemente superior al tratamiento con neurolépticos solo. Hay evidencia que la psicoterapia orientada psicoeducacionalmente es un tratamiento efectivo para los pacientes con enfermedad psicótica primaria (51,52). Falloon y cols. (53) compararon la eficacia del abordaje psicoeducacional basado en la familia y el tradicional manejo individual. El abordaje basado en la familia fué diseñado para mejorar la capacidad de resolver problemas,

aumentar la convivencia social, y reducir el estrés interaccional. Después de 9 meses, el grupo psicoeducacional familiar tuvo significativamente menos recaídas, menos hospitalizaciones, menores niveles de síntomas psicóticos, y requirieron menos medicamentos para mantener la estabilidad.

También existe un modelo de autocontrol que puede ser integrado al abordaje psicoeducacional para el tratamiento del trastorno paranoide (54). El modelo abarca tres fases secuenciales. En la primera fase, llamada de auto-observación, el paciente desarrolla un conocimiento de la existencia de síntomas prodrómicos o psicóticos. La segunda fase llamada de auto-evaluación, la cual abarca el reconocimiento correcto de la conducta auto-observada, así como de los fenómenos psicóticos. La tercera fase, llamada de auto-control, incluye el empleo de estrategias personales específicas para reducir los síntomas. Ejemplos de estas estrategias son, reducción de estímulos, periodos breves de aislamiento social, y el uso de distractores.

Terapia de grupo. En razón de su hipersensibilidad, suspicacia y su tendencia a interpretar erróneamente los acontecimientos, los pacientes paranoides no se adaptan bien a las terapias de grupo (35).

Hospitalización. El problema inicial del tratamiento consiste en determinar si el paciente precisa o no la hospitalización. Si los delirios han ejercido una influencia importante en su conducta en el pasado y parecen controlar al paciente haciéndole actuar en forma agresiva hacia los demás, entonces está indicada la hospitalización. Además, si el paciente reacciona a los delirios de una forma que impide un adecuado funcionamiento social, probablemente está indicada la hospitalización. Si el médico está convencido de que el paciente sería tratado mejor en un hospital, convendría intentar persuadir al paciente a aceptar la hospitalización, si falla este intento, puede ser necesario conseguir una orden legal. A menudo, si el médico convence al paciente de la necesidad de hospitalización, el paciente ingresa voluntariamente en el hospital para evitar su ingreso judicial forzoso (35).

JUSTIFICACION

En la revisión de la bibliografía disponible de los últimos 10 años localizada a través del sistema computarizado de búsqueda (medline) de el trastorno delirante primario, se encontró información limitada especialmente en lo referente a la personalidad que acompaña al trastorno delirante primario. El énfasis en el temperamento y carácter no arrojó referencias.

Los escasos estudios encontrados en donde se mencionan los rasgos de personalidad de estos pacientes, exponen deficiencias metodológicas, muestras inadecuadas, heterogenicidad de diagnósticos, resultados inconclusos o preliminares e inconsistencia de conclusiones, dejando una gran duda a quienes hemos tenido necesidad de documentarnos sobre los trastornos delirantes y su mundo.

Tampoco existen estudios que correlacionen la severidad de los síntomas del paciente delirante primario y las variables de su personalidad, lo que se traduce en un mal entendimiento de la estructura dinámica de estos sujetos.

Estas observaciones, han sido el motivo por el que se determinó la necesidad de realizar el presente proyecto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre los rasgos de temperamento y carácter y la severidad de los síntomas psicóticos en un grupo de sujetos con trastorno delirante primario?

OBJETIVOS

- 1.- Describir las características clínico-demográficas de un grupo de pacientes con trastorno delirante primario.
- 2.- Conocer la correlación que existe entre las dimensiones de temperamento y carácter y las medidas de severidad de la sintomatología del trastorno delirante.
- 3.- Establecer las diferencias que existen en las variables de severidad de los síntomas y las dimensiones de temperamento y carácter con la presencia o ausencia de antecedentes familiares psiquiátricos y el estado civil.

MATERIAL Y METODO

*** Diseño:**

Estudio de escrutinio, transversal.

*** Universo y muestra:**

Se estudió una muestra tipo censo de todos los pacientes con el diagnóstico de trastorno delirante primario que se encontraron disponibles en los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en el mes de diciembre .

*** Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de certeza de trastorno delirante primario de acuerdo al DSM-III-R .

*** Criterios de exclusión**

- Evidencia directa o indirecta de alteración orgánica.

*** Instrumentos (Ver anexos)**

a) Escala para Síndromes Negativo y Positivo (PANSS). Desde el inicio de esta década, Crow (55) en Inglaterra y Andreasen (56) en los Estados Unidos de América recobraron la idea de que la esquizofrenia comprendía dos síndromes, uno caracterizado por síntomas productivos (positiva) y otra por características deficitarias (negativa). El síndrome positivo fué considerado un aspecto de la dopaminérgica, con sensibilidad a los neurolepticos y buena evolución, mientras que el síndrome negativo se pensó que estaba asociado con déficit estructural cerebral, resistencia a los neurolepticos y mal pronóstico.

Andreasen y Olsen en 1982 (57), diseñaron una escala con cuatro ítems para la valoración de los síntomas positivos (SAPS) y una escala para la valoración de los síntomas negativos (SANS).

Estos instrumentos tenían el inconveniente de no hacer una distinción entre los síntomas negativos primarios (por déficit) y síntomas negativos secundarios, estos últimos representando deficiencias que podían ser consecuencias de los síntomas positivos. Además su confiabilidad longitudinal, y su validez de contenido y de constructo permanecieron sin explorar.

La escala de síndromes negativo y positivo (PANSS) fué desarrollada para evitar estas limitaciones, (Key y cols. 1987) (58). Este nuevo instrumento consta de siete items para valoración de síntomas positivos, siete para la valoración de síntomas negativos, y dieciseis para evaluar la psicopatología general que no está decisivamente relacionada con el síndrome. Cuenta también con criterios operacionales estrictos para conducir la entrevista clínica, definiciones para los 30 items, y criterios detallados para la valoración de cada nivel de psicopatología. La validación de esta escala se realizó por el mismo autor (58) con 82 pacientes esquizofrénicos en donde se analizaron las propiedades psicométricas, encontrando una confiabilidad de alrededor de los 0.80s, y una correlación significativa correspondientes a los criterios medidos.

La estandarización y el perfeccionamiento del PANSS (59) se realizó con 101 pacientes esquizofrénicos, quedando plenamente determinada la utilidad de este instrumento, ya que se llevó a cabo con la más cuidadosa metodología. Los objetivos para lo que fué diseñada quedaron demostrados y cumplidos.

En México, la validación y la confiabilidad, fué realizada por Herrera y cols. (61), con un grupo de 13 pacientes esquizofrénicos agudos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", obteniendo resultados concordantes con los comunicados por los autores de la escala.

b) Escala de Funcionamiento Global (GAF). El GAF se encuentra ubicado en el eje V de la evaluación multiaxial del DSM-III (8), se diseñó con el objeto de permitir al clínico hacer constar su juicio sobre la actividad psicológica, social y laboral del sujeto, considerando elementalmente dos periodos: el actual y el del último año. La puntuación del estado actual, en general refleja la necesidad de tratamiento o atención médica. Las puntuaciones más altas del nivel de actividad en el transcurso del último año, con frecuencia tiene significado pronóstico.

Esta escala vá del 1 al 90 de 10 en 10, pudiendo elegir valores intermedios, considerándose mayor gravedad en el funcionamiento mientras la puntuación sea menor.

c) Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). El ITC, es un instrumento autoaplicable que consta de 240 items, diseñado por Cloninger y cols. (15) para mayores de 18 años. Evalúa siete rasgos de la personalidad, incluyendo cuatro dimensiones de temperamento, y tres de carácter.

Este inventario, fué desarrollado a partir de un modelo psicobiológico (16,17). La normatividad en castellano fué desarrollada por Sánchez de Carmona y cols. (62).

d) Forma *ad hoc* para la recolección de datos clínico-demográficos.

*** Procedimiento:**

En diciembre de 1995, se revizaron todos los expedientes de los pacientes hospitalizados que presuntivamente presentaban diagnóstico de trastorno delirante primario a quienes se les revaloró clínicamente con el objeto de confirmar el diagnóstico.

En la consulta externa, se cuestionó a los medicos del servicio por pacientes con este trastorno y los casos referidos por ellos, fueron buscados en el archivo clínico, procediendo luego a citarlos por vía telefónica, previa información sobre el propósito de la llamada, y aceptación de asisitir a la cita propuesta.

A todos los pacientes seleccionados, se les realizó una entrevista semi-estructurada, y sólo a los que reunieron criterios para trastorno delirante según el DSM-III-R, se les otorgó cuestionario ITC para su llenado, se les evaluó con PANSS, y se les abrió forma para recolección de datos clínico-demográficos.

Los datos obtenidos, fueron capturados através de la computadora para su codificación y análisis.

*** Análisis estadístico**

Los datos fueron capturados, codificados y analizados utilizando los programas **DBASE III** (1983) y **SPSS for windows version 6.1** (1994).

La calificación y codificación del ITC fué hecha de acuerdo al flujo proporcionado por el autor original (Cloninger, 1994) y se utilizaron los datos de normatividad para población mexicana del estudio de Sánchez de Carmona y cols. (1995).

En primer lugar se procedió a la descripción general de la muestra utilizando a la media como medida de tendencia central y a la desviación estándar como medida de dispersión. En las variables categóricas se utilizaron polígonos de frecuencia.

Como prueba de correlación, se utilizó la correlación de Spearman y como prueba de contrastes se utilizó la de Mann-Whitney. Se reportan valores significativos menores a 0.05 y tendencias entre 0.6 y 1.0.

RESULTADOS

a) Descripción General.

El presente estudio incluyó 10 pacientes (2 hospitalizados y 8 ambulatorios), 6 hombres y 4 mujeres con un rango de edad de 27 a 61 años, con una media de 42.8 ± 11.04 . La escolaridad media de nuestra muestra fué de 8.40 años con una mínima de 3 y una máxima de 18 años. En estado civil hubo predominio de casados con 4 de ellos, 1 en unión libre, 3 solteros, 1 divorciado y 1 viudo. El 80% (n=8) refirió un evento desencadenante. El 50% había tenido antecedentes familiares psiquiátricos. Solo 2 (20%) de los pacientes se refirieron sin ocupación actual, 1 por desempleo y otro por diagnóstico de trastorno delirante somático. Todos reunieron criterios de trastorno delirante (paranoide) según el DSM-III-R .

El inicio de la enfermedad estuvo entre los 24 y los 59 años (media de 33.3 ± 9.7). La edad de contacto con el servicio de salud mental se encontró entre los 27 y 61 años de edad (media de 40.2 ± 11.9 años). La media del número de internamientos fué de 1.20 ± 1.1 con un rango de 0 a 4 veces. El tiempo de evolución de la enfermedad de estos pacientes considerando como parámetros la edad de inicio del trastorno y la edad que presentaban en el momento de su admisión al presente estudio se encontró en un amplio rango (2 a 22 años) con una media de 9.90 ± 7.61 .

En la evaluación que se les realizó con PANSS encontramos que los síntomas positivos estuvieron en una media de 21.6 ± 3.7 , mientras que para los síntomas negativos la media se encontró en 18.40 ± 2.3 . El PANSS general estuvo en un rango de 38 a 46 (media de 40.9 ± 3.0), y el PANSS total en un rango de 72 a 90 puntos (media de 80.90 ± 5.47).

El GAF inicial estuvo entre 35 y 70 puntos con una media de 57.3 ± 10.1 , mientras que el GAF actual se ubicó entre los 10 y 70 puntos, con una media de 45.60 ± 20.29 . El GAF del año previo se encontró en el rango de 22 a 65 puntos (media de 45.0 ± 18.9), mientras que el GAF promedio tuvo una mínima de 31 y una máxima de 66, con una media de 49.2 ± 13.8 .

Aunque el 80% de los pacientes dijeron estar bajo tratamiento con neuroléptico en el momento de su inclusión al estudio, la mayoría de ellos aceptaron durante la entrevista que se les realizó, tener historia de suspensiones intermitentes y aún temporales de su manejo farmacológico. Dos de los sujetos del estudio refirieron haber suspendido definitivamente su tratamiento con antipsicóticos.

En la aplicación de ITC uno de los participantes se reusó a su llenado, ya que consideró los ítems como "capciosos" mostrándose irritable, y argumentó que se pretendía (por parte del investigador) descubrir a toda costa una enfermedad, que según el, era inexistente. Por esta razón sólo se incluyeron 9 sujetos en el análisis de las variables de temperamento y carácter. En la tabla 1 se muestran los resultados de las dimensiones del ITC.

Tabla 1. Dimensiones de Temperamento y Carácter en pacientes con trastorno delirante.

TEMPERAMENTO	Media	Desviación estándar
Búsqueda de lo Novedoso	59.8	8.2
Evitación del Daño	57.1	4.3
Dependencia a la recompensa	42,8	6.2
Persistencia	45.0	7.8
CARACTER		
Autodirección	40.1	5.1
Cooperatividad	31.0	5.7
Autotrascendencia	50.0	3.9

b) Correlaciones.

No se encontraron correlaciones significativas entre las medidas de severidad (PANSS y GAF) con respecto a la edad, la escolaridad, la edad de inicio, el número de tratamientos o el tiempo de evolución del trastorno.

En cuanto a la correlación de las dimensiones de temperamento con las medidas de severidad del trastorno, se encontró que la escala de búsqueda de lo novedoso se relacionó significativamente con el PANSS total ($r= 0.86$, $p<0.01$), mientras que la de persistencia se correlacionó con el PANSS negativo ($r=0.80$, $p<0.01$). Finalmente, la escala temperamental de autotranscendencia se correlacionó negativamente con el PANSS general ($r=-0.75$, $p<0.01$).

e) Contrastes.

No se encontraron diferencias para la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos y para el estado civil con respecto a las variables demográficas, tiempo de evolución, de severidad del trastorno (GAF o PANSS), así como para ninguna de las dimensiones del temperamento y carácter.

DISCUSION

No encontramos ninguna diferencia sustancial en cuanto a las variables demográficas de nuestra muestra con las referidas por otros autores. Esto es consistente con los datos presentados por Opjordsmoen (12) de la escolaridad del paciente con trastorno delirante primario con una media 8.6 años en su muestra revizada de 72 pacientes, semejante a la media de nuestro estudio de 8.40.

En un estudio comparativo de evolución a largo plazo Opjordsmoen (12) estudió a 301 pacientes de primera admisión encontrando que el 80% de los pacientes con trastorno delirante (n=53) estaban casados y el 52% estaban empleados, relacionado este dato con la relativa buena funcionalidad de estos pacientes. En este mismo estudio, él encontró que el 55% no estaban recibiendo tratamiento, en contraste con el 80% de nuestros pacientes que refirieron sí estar usando algún tipo de tratamiento antipsicótico, sin embargo, no consideramos fidedigno este dato en nuestra población, ya que aceptaron no ser constantes con la toma de medicamento y aún confesaron dejarlo de usar por largos periodos.

Kendler y cols. (21,22,23) no pudieron demostrar la mayor prevalencia de antecedentes psiquiátricos en pacientes paranoides delirantes primarios. Otros autores (20) tuvieron resultados similares. Nosotros tampoco pudimos demostrar lo contrario, ya que solo el 50% de los pacientes incluidos en nuestra muestra presentaron algún antecedente psiquiátrico. Estos datos en conjunto proveen apoyo genético en la separación diagnóstica del trastorno paranoide, de la esquizofrenia, del trastorno afectivo y de otros trastornos psiquiátricos.

Kennedy (15) encontró en su muestra de 15 pacientes delirantes primarios un rango de 17 a 45 años (media de 29.8) en edad de inicio de la enfermedad, solo con una pequeña diferencia en relación a nuestro resultado en donde encontramos una edad mínima de 24 y una máxima de 59 con una media de 33.30. Gillet y cols.(60) reportaron una edad de inicio del trastorno entre los 25 y 55 años de edad (media 38 años). Marino y cols. (14) encontraron que la media de la edad de inicio de su muestra fué de 39.4.

Kendler (18) revisó los datos epidemiológicos, de un grupo de pacientes delirantes, encontrando que la edad del primer contacto con psiquiatría se halló en un pico de 40 a 49 años, rango que incluye la edad de primer contacto que nosotros reportamos, notándose que esta edad no refleja precisamente la edad de inicio de la enfermedad.

El tiempo de evolución del trastorno delirante es variable, teniéndose reportes (10), por ejemplo, que lo describen desde menos de 3 meses hasta más de 15 años según sea la edad de contacto con los servicios de salud mental. En nuestro reporte presentamos un rango amplio que vá de 2 a 22 años, lo que apoya la aseveración anterior.

No encontramos en la literatura disponible de los últimos 10 años estudios que midan la severidad de los síntomas del trastorno delirante primario con la escala de síndromes positivo y negativo(PANSS), considerádo nuestro estudio, el primero que lo realiza, aunque los resultados obtenidos los hemos considerado como inesperados, ya que los síntomas negativos se aproximaron a los positivos (media de los síntomas positivos 21.60, de los síntomas negativos 18.40) , lo que nos ha hecho pensar que es debido al tamaño de la muestra en que nos apoyamos, pués no realizamos una medición de síntomas depresivos para considerar esta comorbilidad en la interpretación de la escala.

Cuando los hallazgos en la valoración global de funcionamiento (GAF), son semejantes a las de otros investigadores (41) deben tenerse en mente algunas diferencias como: pacientes seleccionados, tiempo de observación, y mediciones de la evolución. En los cortes transversales de medición del GAF que realizó Jorgensen (41) en un estudio de 1994, de acuerdo al delirio principal del paciente al inicio, a los 2, a los 4 y a los 8 años, encontró una media de GAF de 56, 51, 51 y 52 respectivamente, y de acuerdo a la severidad dimensional de la creencia delirante encontró en los mismos tiempos 56, 51, 51 y 52. Los valores promedios que hemos presentado del GAF en el trabajo actual, engloban el inicial, del año previo y el actual, encontrándose en el rango de 31 a 66, con una media de 49.20, y DS = 13.86.

Estos valores se consideran, en forma global para el total de la muestra (n=10), como síntomas serios que limitan la funcionalidad del individuo en sus diferentes esferas (psicológica, social y ocupacional).

No hay hasta la fecha actual, un solo trabajo que se refiere a las características de temperamento y carácter en el paciente con trastorno delirante primario. Será motivo de una investigación posterior el comparar los resultados de las dimensiones del ITC con un grupo de sujetos normales, para determinar si estas características difieren en este grupo diagnóstico.

La correlación positiva significativa que se encontró entre la escala de búsqueda de lo novedad (NS) y el PANSS general, sugiere que conforme aumenta la severidad del trastorno, los individuos tienden a ser temperamentales, excitables, exploradores, curiosos, entusiasmas, exuberantes, impulsivos, revoltosos, y se aburren con facilidad (63).

No se encontraron contrastes significativos con respecto a variables sociodemográficas y clínicas, seguramente por el tamaño tan pequeño de la muestra.

Es relevante que algunas correlaciones con temperamento y carácter mostraran datos significativos a pesar de este tamaño de muestra. Es indudable que los presentes resultados deben ser considerados como preliminares, pero indiscutiblemente, abren una interesante línea de investigación con respecto al estudio de la personalidad de los sujetos que padecen este trastorno mental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lewis A: Paranoia and paranoid: A historical perspective. Psychol Med 1:2-2, 1970.
- 2.- Kahlbaum K: Die Gruppierung der Psychischen Krankheiten. Danzing: Kafemann, 1863.
- 3.- Kraepelin E: Manic depressive insanity and paranoia. In Barklay RM ed. Psychiatrie ein Lehrbuc fur Studierende und Artze. 8th ed. Edinburch: Livingstone, 1921.
- 4.- Freud S: The Dispotition of Obsessional Neurosis, standard ed.London: Hogarth Press, 1958 : Vol. 318.
- 5.- Schneider K: Clinical Psychopatholog. New York; Grune &Stratton Inc, 1959: 108.
- 6.- Kollé K: Die Primare Verruckheit (Primary Paranoia). Leipzig: Thieme, 1931.
- 7.- Specht G: Ueber den/pathologischen affect in der chronischen paranoia. Leipzig; bohme, 1901.
- 8.- Asociación Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ra Edición revisada APA, Washington, DC. (DSM-III-R) Ed. Masson, 1988.
- 9.- Organización Mundial de la Salud (Ginebra): Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del comportamiento. 10ma. revisión (CIE-10). Ed. Meditor, 1992.

- 10.- Opjordsmoen S: The duration criteria of delusional disorder in modern classification. *Psychopatology*. 1993; 26(2): 85-9.
- 11.- Opjordsmoen S: Long-term course and outcome in delusional disorder. *Acta Psychiatr. Scand*, 1988 Nov; 78 (5): 576-86.
- 12.- Opjordsmoen S: Delusional disorder: the predictive validity of the concept. *Acta Psychiatr. Scand*. 1991 Sept; 84 (3): 250-4.
- 13.- Opjordsmoen S: Toward an operationalization of reactive psychoses (reactive delusional disorder). *Psychopathology*. 1987; 20 (2): 72-8.
- 14.- Marino C; Nobile M; Bellodi L; Smeraldi E: Delusional disorder and mood disorder; can they coexist?. *Psychopatology*. 1993; 26 (2): 53.
- 15.- Kennedy HG; Kemp LI; Dyer DE: Fear and anger in delusional (paranoid) disorder: the association with violence. *Br. J. Psychiatry*. 1992 Apr; 160: 488-92.
- 16.- Menzies RP; Federoff JP; Green CM; Issacson K: Prediction of dangerous behavior in male erotomania. *B.J. Psychiatry*. 1995 Apr; 166 (4): 529-36.
- 17.- Cloninger R; Svrakic DM; Przybeck TR: A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch. Gen. Psychiatry* / Vol. 50, Dec 1993: 975-87 .
- 18.- Kendler KS: Demography of paranoid psychosis (delusional disorder). A review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Arch. Gen. Psychiatry* 1982; 39: 890- 902
- 19.- Opjordsmoen S: Delusional disorders. Comparative long-term outcome. *Acta Psychiatr. Scand*, 1989; 80: 603-12.

- 20.- Winokurt G: Familial psychopathology in delusional disorder. *Compr. Psychiatry*. 1985; 26: 241-248.
- 21.- Kendler KS; Gruenberg AM; Strauss JM: An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia. III The relationship between paranoid psychosis (delusional disorder) and the schizophrenia spectrum disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1981; 38: 985-987.
- 22.- Kendler KS; Hays P: Paranoid psychosis (delusional disorder) and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1981 ; 38: 547-551.
- 23.- Kendler KS; Masterson CC; Davis KL: Psychiatric illness in first-degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizophrenia and medical illness. *Br. J. Psychiatry*. 1985; 147: 524-531.
- 24.- Grandy DK; Marchionni MA; Makam H, et al: Cloning of the DNA and gene for a human D2 dopamine receptor. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 1989; 86: 9762-9766.
- 25.- Dearry A; Gimgrich JA; Falardeau P; Fremeau RT Jr.; Bates MD; Caron MG: Molecular cloning and expression of the gene for a human D1 dopamine receptor. *Nature*. 1990; 347:72-76.
- 26.- Sunahara RK; Niznic HB; Weiner DM; Stormann TM; Brann MR; Kennedy L; Gelernter JE; Rozmahel R; Yang Y; Israel Y; Seeman P; O'Dowd BF: Human dopamine D1 receptor encoded by an intronless gene on chromosome 5. *Nature* 1990; 347:80-83.
- 27.- Zhou QZ; Grandy DK; Thambi L; Kushner JA, Van Tol HHM; Cone R; Pribnow D; Salon J ; Bunzow JR; Civelli O: Cloning and expression of human and rat D1 dopamine receptor. *Nature* 1990; 347: 76-80.

- 28.- Tiberi M; Jarvie KR; Silvia C; Falardeau P; Gingrich JA; Godinot N; Bertrand L; Yang-Feng TL; Fremeau RT Jr. ; Caron MG : Cloning, characterization and chromosomal assignment of a gene encoding a second D1 dopamine receptor subtype: Differential expression pattern in rat brain compared with D_{1A} receptor . Proc. Natl. Acad.Sci. USA. 1991; 88: 7491-7495.
- 29.- Sokoloff P; Giros B; Martres MP; Bouthenet ML; Schwartz JC: Molecular cloning and Characterization of a novel dopamine receptor (D3) as a target for neuroleptics. Nature . 1990 ; 347 : 146-151.
- 30.- Van Tol HHM; Bunzow RJ; Guan HC; Sunahara RK; Seeman P; Niznik HB; Civelli O: Cloning of the gene for a human dopamine D4 receptor with high affinity for the antipsychotic clozapine. Nature. 1991 ; 350: 610-614.
- 31.- Catalano M; Nobelli E; Nothen MM; Smeraldi E: Distribution of a novel mutation in the first exon of the human dopamine D4 receptor gene in psychotic patientes. Biol. Psychiatry. 1993 Oct 1; 34 (7): 459-64.
- 32.- Freud S: Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia, and homosexuality. In Standard Edition of the Complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 18, p. 221, Hogarth Press, London, 1955.
- 33.- Freud S: Psychoanalytic notes upon an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides). In collected Papers, Vol 3, p. 387. Hogarth Press, London, 1925.
- 34.- Fenichel O: Esquizofrenia. En Teoría Psicoanalítica de las Neurosis . Libro de texto. Edit. paidós mexicana S.A. (21) México D. F. 1994, pp. 479.

- 35.- Kaplan HI; Sadock BJ: Trastornos paranoides. En Compendio de Psiquiatría. Libro de texto. Edit. Salvat. Reimpresión de la 2da. edición. Barcelona (España) 1994, pp. 234-242.
- 36.- Cameron NA: Paranoid conditions and paranoia. In American Handbook of Psychiatry. Vol 3. Arieti S, Brody EB (Editors), Basics Books, 1974: pp. 676-693.
- 37.- Goldman HH: Trastornos delirantes(paranoides). En Psiquiatría General. Libro de texto. Edit. El Manual Moderno. México D.F. 1989: 332-338.
- 38.- MacKinnon RA; Michels R: El paciente paranoide. En Psiquiatría Clínica Aplicada. Libro de texto. Edit. Nueva Editorial Interamericana. Mexico D.F. Primera Ed. en español. 1972: 240-273.
- 39.- Howard R; Almeida O; Levy R: Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. Psychol. Med.1994 May; 24(2): 397-410.
- 40.- Yassa R; Suranyi-Cadotte B: Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder. Schizophr. Bull. 1993; 19(4): 701-707.
- 41.- Jorgensen P: Course and outcome in delusional beliefs. Psychopatology 1994; 27: 89-99.
- 42.- Breier A: Paranoid disorder: Clinical features and treatment. En Current Psychiatric Therapy . Ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia 1993: pp.154-159.
- 43.- Cummings JL: Organics delusions: Phenomenology, anatomical correlations, and review. Br.J.Psychiatry 1985 ; 146: 184-197.

- 44.- Bilikiewics T; Sulestrowski W; Wdowiak L: Les resultats du traitement de la paranoia et de la paraphrenia par le largactil. Annee Medico. Psychol 1957. 115:52-69.
- 45.- Blanc M; Borenstein P; Brion S; et al: Etude comparative de l'activite de deux neuroleptiques. Encephale 1970. 59: 97-106.
- 46.- Kane J; Honigfeld G; Singer J; Meltzer H; et. al: Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: A double-Blind comparison with chlorpromazine. Arch. Gen. Psychiatry 1988. 45: 789-796.
- 47.- Munro A: Monosymptomatic hipochondriacal psychosis. Br. J. Hosp. Med 1980. 24: 34-38.
- 48.- Munro A; O'Brien JV; Ross D: Two cases of "pure" or "primary" erotomania successfully treated with pimozide. Can. J. Psychiatry. 1985 Dec; 30(8): 619-22.
- 49.- Opjordsmoen S; Retterstol N: Outcome in delusional disorder in different periods of time: Possible implications for treatment with neuroleptics. Psychopathology 1993; 26: 90-94.
- 50.- May PRA; Tuna AH: Treatment of schizophrenia: An experimental study of five treatment methods. Br.J.Psychiatry 1965. 111: 503-510.
- 51.- Goldstein MJ; Rodnick EH; Evans JR; et. al: Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. Arch.Gen.Psychiatry 1978.35 (10): 1169-1177.

- 52.- Hogarty GE; Anderson CM;Reiss DJ; et. al: Family psychoeducation, social skill training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1986 43:633-642.
- 53.- Falloon IRH; Boyd JL; McGill CW; et. al: Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. N Eng J Med 1982 306 (24): 1437-1440.
- 54.- Breier A; Strauss JS: Self-control in psychotic disorders. Arch Gen Psychiatry 1983. 40: 1141-1145.
- 55.- Crow TJ: Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? British Medical Journal. 1980; 280: 66-68.
- 56.- Andreasen NC: Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 784.
- 57.- Andreasen NC; Olsen SA: Negative vs. positive schizophrenia: Definition and validation. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 798.
- 58.- Kay SR; Opler LA, and Lindenmayer J-P: Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale of schizophrenics. Psychiatry Res. 1987 23: 99- 110.
- 59.- Kay SR; Fiszbein A; Opler LA: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987 Vol. 13 , No. 2: 261-273.
- 60.- Gillet T; Eminson SR; Hassanyeh F: Primary and secondary erotomania: Clinical characteristics and follow-up. Acta Psychiatr Scand 1990; 82: 65-69.

- 61.- Herrera-Estrella M; Torner C; González G; OlivaresM; Calzada JL; Guzmán I; Delgado V; Vázquez S; Castañeda G: Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. *Psiquis*, Vol. 2 núm. 2, 1993: pp. 47-51.
- 62.- Sánchez de Carmona Luna y Parra M: Validación y estandarización del inventario de temperamento y carácter. Tesis . 1995; U.N.A.M, Mexico D.F.

ANEXO

INSTRUMENTOS

ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA
(ESCALA PANSS).

Nombre del paciente _____ Evaluador _____
Evaluación _____ Fecha _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada reactivo de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los reactivos la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación. Los reactivos marcados con asterisco se evalúan con la información de la semana previa.

1= ausente; 2= mínimo; 3= leve; 4= moderado; 5= moderadamente severo; 6= severo; 7= extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA.

P1 Ideas delirantes	1	2	3	4	5	6	7
P2 Desorganización conceptual.	1	2	3	4	5	6	7
P3 Alteraciones senso-perceptuales *.	1	2	3	4	5	6	7
P4 Excitación.	1	2	3	4	5	6	7
P5 Grandiosidad.	1	2	3	4	5	6	7
P6 Suspiciosa, ideas de persecución.	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidad *.	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA.

N1 Afecto inapropiado o embotado.	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retraimiento emocional. *	1	2	3	4	5	6	7
N3 Relación con el entrevistador.	1	2	3	4	5	6	7
N4 Aislamiento. *	1	2	3	4	5	6	7
N5 Dificultad para pensar en abstracto.	1	2	3	4	5	6	7
N6 Flujo del discurso.	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensamiento estereotipado.	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL.

G1 Preocupación somática.	1	2	3	4	5	6	7
G2 Ansiedad.	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentimientos de culpa.	1	2	3	4	5	6	7
G4 Tensión.	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manerismos y postura. *	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresión.	1	2	3	4	5	6	7
G7 Lentitud psicomotora. *	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperación. *	1	2	3	4	5	6	7
G9 Ideas ilógicas o absurdas.	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientación.	1	2	3	4	5	6	7
G11 Atención deficiente.	1	2	3	4	5	6	7
G12 Falta de juicio y discernimiento.	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteración de la voluntad.	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control de impulsos. *	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupación/ensimismamiento. *	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitación social activa. *	1	2	3	4	5	6	7

ITC

NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
EDAD _____	OCUPACION _____
SEXO _____	
FECHA _____	

INSTRUCCIONES

En este cuestionario encontrara usted enunciados que la gente puede utilizar para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales.

Cada enunciado puede contestarse como VERDADERO o FALSO. Lea el enunciado y decida que opción lo describe mejor a usted.

Conteste este cuestionario individualmente y utilice un lápiz para anotar sus respuestas. Cuando termine, por favor regrese el cuestionario.

COMO CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO

Para contestar unicamente marque con una cruz la "V" si la respuesta lo describe en alguna forma, o la "F" si no es así, después de cada pregunta la "V" (VERDADERO) o la "F" (FALSO)

Ejemplo

	VERDADERO	FALSO
Entendi como debe de llenarse este cuestionario	V	F

(Si usted entendi como llenar este cuestionario, marque la "V" para mostrar que el enunciado es VERDADERO).

Lea cada enunciado cuidadosamente, pero no invierta mucho tiempo en decidir su respuesta.

Por favor conteste todos los enunciados, aun en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. NO DEJE ENUNCIADOS SIN CONTESTAR.

No hay respuestas acertadas o erróneas, solo describa sus opiniones y sentimientos propios. Es importante mencionar que toda la informacion generada por este cuestionario es CONFIDENCIAL.

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 1 | Con frecuencia hago cosas nuevas solo por diversion o nada mas para sentir la emoción, aun cuando la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo. | V | F |
| 2 | Por lo general estoy confiado en que todo va a salir bien, aun en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente | V | F |
| 3 | Con frecuencia me conmuevo profundamente ante un buen discurso o un poema. | V | F |
| 4 | Con frecuencia siento que soy victima de las circunstancias. | V | F |
| 5 | Por lo general puedo aceptar a los demás tal y como son, aun cuando sean muy diferentes a mi. | V | F |
| 6 | Creo que los milagros pueden suceder | V | F |
| 7 | Disfruto vengarme de las personas que me hacen daño | V | F |
| 8 | Con frecuencia, cuando estoy concentrado en algo, se me olvida el paso del tiempo. | V | F |
| 9 | Con frecuencia siento que mi vida tiene poco sentido o significado. | V | F |
| 10 | Me gusta ayudar a encontrar una solución a los problemas, para que todo mundo salga beneficiado. | V | F |
| 11 | Probablemente podría conseguir mas de lo que hago, pero no le veo sentido a presionarme más de lo necesario | V | F |
| 12 | Me siento frecuentemente tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando los demás sientan que no hay de que preocuparse. | V | F |
| 13 | Con frecuencia hago las cosas de acuerdo a como me siento en el momento, sin pensar como se hicieron en el pasado | V | F |
| 14 | Por lo general hago las cosas a mi manera, sin ceder a los deseos de los demás | V | F |
| 15 | Con frecuencia me siento tan en contacto con la gente de mi alrededor, que es como si no existiera separación entre nosotros | V | F |
| 16 | Por lo general no me caen bien las personas que tienen ideas diferentes a las mías. | V | F |
| 17 | En la mayoría de las situaciones, mi manera natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado | V | F |

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 18 | Haría casi cualquier cosa legal para ser rico y famoso, aun cuando perdiese la confianza de muchos viejos amigos | V | F |
| 19 | Soy mucho más reservado y controlado que la mayoría de la gente | V | F |
| 20 | Con frecuencia dejo de hacer las cosas por que me preocupa que algo salga mal. | V | F |
| 21 | Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en lugar de callarmelos | V | F |
| 22 | Tengo menos energía y me canso mas rápido que la mayoría de la gente. | V | F |
| 23 | Con frecuencia me dicen que estoy en la luna porque me meto tanto en las cosas que hago, que pierdo noción de todo lo demás. | V | F |
| 24 | Es raro que me sienta con la libertad para hacer lo que quiero | V | F |
| 25 | Con frecuencia tomo en cuenta los sentimientos de los demás como si fueran míos. | V | F |
| 26 | La mayoría de las veces prefiero hacer algo arriesgado como manejar un automóvil a gran velocidad en barrancas y curvas peligrosas, en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por unas horas. | V | F |
| 27 | Con frecuencia evito conocer extraños por que no tengo confianza con la gente que no conozco. | V | F |
| 28 | Me gusta complacer lo más que puedo a las personas. | V | F |
| 29 | Prefiero hacer las cosas a la "antiguita", en lugar de probar metodos nuevos y mejoradas | V | F |
| 30 | Por lo general no puedo hacer las cosas de acuerdo a su prioridad por falta de tiempo. | V | F |
| 31 | Con frecuencia hago cosas para proteger de la extinción a los animales y a las plantas | V | F |
| 32 | Con frecuencia desearía ser mas inteligente que los demas | V | F |
| 33 | Me produce placer el ver sufrir a mis enemigos. | V | F |
| 34 | Me gusta ser muy organizado y, siempre que pueda, imponer reglas a la gente | V | F |
| 35 | Me cuesta trabajo seguir en la misma actividad por mucho tiempo la por que otras cosas me distraen. | V | F |

36	La práctica me ha dado una base sólida que me protege contra los impulsos del momento o de dejarme convencer	V	F
37	Por lo general tengo tanta determinación en lo que hago, que sigo trabajando aun cuando la mayoría ya se hubiera rendido	V	F
38	Me fascinan las cosas que no tienen una explicación científica	V	F
39	Tengo muchas malas costumbres que me gustaría poder cambiar.	V	F
40	Por lo general espero a que alguien más me solucione los problemas	V	F
41	Con frecuencia me gasto el dinero hasta que se acabe o me lleno de deudas para seguir gastando	V	F
42	Pienso que tendré muy buena suerte en el futuro	V	F
43	Me recupero más lentamente que la mayoría de la gente de las enfermedades sencillas y del estrés	V	F
44	No me molestaría estar solo todo el tiempo	V	F
45	Con frecuencia, cuando estoy relajado, siento que "me cae el veinte" o que me entiendo mejor	V	F
46	Me tiene sin cuidado si no le caigo bien a la gente o si no le parece la manera en la que hago las cosas.	V	F
47	Por lo general trato de conseguir lo que quiero para mí, por que de cualquier modo no es posible satisfacer a todos	V	F
48	No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista	V	F
49	Me cuesta trabajo entender a la mayoría de la gente	V	F
50	No es necesario ser deshonesto para triunfar en los negocios.	V	F
51	A veces me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece ser parte de un solo ser viviente.	V	F
52	En las conversaciones soy mejor escuchando que hablando	V	F
53	Pierdo el control más rápido que el resto de la gente.	V	F
54	Cuando tengo que conocer a un grupo de extraños, soy más tímido que la mayoría de la gente.	V	F
55	Soy más sentimental que la mayoría de la gente.	V	F
56	Parece como si tuviera un sexto sentido que, en ocasiones, me permite saber qué es lo que va a suceder	V	F

- 57 Cuando alguien me hiera de alguna manera, por lo general trato de vengarme. V F
- 58 Mis actitudes están determinadas en gran parte por influencias fuera de mi control. V F
- 59 Cada día trato de dar un paso más hacia mis metas. V F
- 60 Con frecuencia me gustaría ser más fuerte que los demás. V F
- 61 Me gusta pensar mucho tiempo las cosas antes de tomar una decisión. V F
- 62 Soy más trabajador que la mayoría de la gente. V F
- 63 Con frecuencia necesito de siestas o de periodos adicionales de descanso porque me canso fácilmente. V F
- 64 Me gusta ser útil a los demás. V F
- 65 Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sin importar que tenga que superar cualquier problema pasajero. V F
- 66 Me cuesta trabajo disfrutar cuando gasto el dinero en mí, aun cuando tenga ahorrado una buena cantidad. V F
- 67 Por lo general conservo la calma y la tranquilidad en situaciones que la mayoría de la gente encuentra peligrosas. V F
- 68 Me gusta guardarme mis problemas. V F
- 69 No me importa discutir mis problemas personales con personas que acabo de conocer o que conozco poco. V F
- 70 Prefiero quedarme en casa que viajar o conocer nuevos lugares. V F
- 71 No creo que valga la pena ayudar a la gente débil que no pueda valerse por sí misma. V F
- 72 Me da culpa tratar a la gente de manera injusta, aun cuando ellos hayan sido injustos conmigo. V F
- 73 Por lo general la gente me dice como se siente. V F
- 74 Con frecuencia desearía seguir siendo joven para siempre. V F
- 75 Por lo general me deprimó más que la mayoría de la gente después de la pérdida de un amigo cercano. V F
- 76 En ocasiones he sentido como si formara parte de algo sin fronteras o límites en el tiempo y el espacio. V F
- 77 En ocasiones siento un contacto espiritual con el resto de la gente que no puedo explicar con palabras. V F

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 78 | Trato de ser considerado con los sentimientos de los demás, aun cuando en el pasado hayan sido injustos conmigo | V | F |
| 79 | Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin que existan reglas estrictas o límites. | V | F |
| 80 | Probablemente me mantendría tranquilo y abierto al conocer un grupo de desconocidos, aun cuando se me hubiera dicho que son poco amigables. | V | F |
| 81 | Por lo general me preocupó más que el resto de la gente de que algo salga mal en el futuro. | V | F |
| 82 | Por lo general me fijó en todos en todos los detalles antes de tomar una decisión | V | F |
| 83 | Siento que es más importante ser comprensivo y tener compasión con el resto de la gente, que ser demasiado práctico y frío. | V | F |
| 84 | Con frecuencia siento un poderoso sentido de unidad con las cosas que me rodean. | V | F |
| 85 | Con frecuencia me gustaría tener poderes especiales como los de Superman | V | F |
| 86 | Los demás me controlan demasiado | V | F |
| 87 | Me gusta compartir con otras personas lo que he aprendido. | V | F |
| 88 | Algunas experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida | V | F |
| 89 | Con frecuencia aprendo mucho de la gente | V | F |
| 90 | La práctica me ha enseñado a ser bueno en muchas cosas que me ayudan a tener éxito | V | F |
| 91 | Por lo general puedo hacer que otras personas me crean, aun cuando se que lo que digo es exagerado o falso | V | F |
| 92 | Necesito más descanso, apoyo, y consuelo, que los demás, para recuperarme de enfermedades leves o del estrés | V | F |
| 93 | Se que existen ciertos principios en la vida que nadie puede violar sin sufrir a la larga | V | F |
| 94 | No quiero ser más rico que los demás | V | F |
| 95 | Aceptaría con gusto arriesgar mi propia vida para hacer del mundo un sitio mejor. | V | F |
| 96 | Al tomar una decisión, prefiero confiar más en mis sentimientos que detenerme a pensarlo mucho tiempo | V | F |
| 97 | Algunas veces he sentido que mi vida ha sido dirigida por una fuerza espiritual más grande que cualquier ser humano | V | F |

- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 98 | Por lo general disfruto portarme mal con quien ha sido malo conmigo | V | F |
| 99 | Tengo la fama de ser una persona muy practica y que no se guía por las emociones. | V | F |
| 100 | Me es fácil organizar mis pensamientos mientras hablo con alguien. | V | F |
| 101 | Con frecuencia reacciono tan fuerte ante noticias inesperadas, que luego me arrepiento de las cosas que hago o digo | V | F |
| 102 | Me conmueven profundamente las cosas sentimentales (como cuando me piden ayuda para los niños pobres o enfermos) | V | F |
| 103 | Con frecuencia me presiono mas que la mayoría de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que pueda | V | F |
| 104 | Tengo tantos defectos que no me quiere mucho. | V | F |
| 105 | Tengo muy poco tiempo para buscar soluciones a largo plazo a mis problemas. | V | F |
| 106 | Con frecuencia no me enfrento a los problemas porque no se qué hacer exactamente. | V | F |
| 107 | Con frecuencia me gustaria detener el paso del tiempo | V | F |
| 108 | No me gusta tomar decisiones basado solo en mis primeras impresiones | V | F |
| 109 | Prefiero gastar el dinero en lugar de ahorrarlo. | V | F |
| 110 | Por lo general soy bueno para contar un chiste o hacerles bromas a los demás | V | F |
| 111 | Aun cuando existen problemas en una amistad, casi siempre trato de conservarla. | V | F |
| 112 | Si me apenan o me humillan, me recupero rápidamente | V | F |
| 113 | Me resulta extremadamente difícil cambiar mi manera de hacer las cosas, por que me pongo tenso, cansado o preocupado | V | F |
| 114 | Por lo general exijo que me den muy buenas razones para cambiar mi manera tradicional de hacer las cosas | V | F |
| 115 | Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen buenos hábitos | V | F |
| 116 | Creo que las percepciones extrasensoriales, (como la telepatia o las premoniciones) son realmente posibles | V | F |
| 117 | La mayor parte del tiempo me gustaria tener conmigo amigos cercanos y afectuosos | V | F |
| 118 | Por lo general insisto en seguir probando la misma cosa, aun cuando no haya tenido éxito en mucho tiempo | V | F |
| 119 | Casi siempre me mantengo tranquilo y despreocupado, aun cuando casi todos los demás tengan miedo | V | F |
| 120 | Me aburren las canciones y las películas tristes | V | F |

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 121 | Las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad | V | F |
| 122 | Me resulta difícil tolerar a las personas que son diferentes a mi | V | F |
| 123 | Creo que la mayoría de los milagros son pura casualidad | V | F |
| 124 | Prefiero ser bueno en lugar que vengativo cuando alguien me hiere. | V | F |
| 125 | Frecuentemente me concentro tanto en lo que hago que me olvido en lo demás, como si me separara del tiempo y del lugar. | V | F |
| 126 | Creo que no tengo claro el propósito de mi vida | V | F |
| 127 | Trato de cooperar lo más posible con el resto de la gente. | V | F |
| 128 | Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de mejorar. | V | F |
| 129 | Con frecuencia me siento tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando otros sientan que no existe ningún peligro. | V | F |
| 130 | Con frecuencia me guio por mis instintos, corazonadas o intuiciones sin pensar en todos los detalles | V | F |
| 131 | La gente piensa que soy demasiado independiente por que no hago lo que ellos quieren. | V | F |
| 132 | Con frecuencia siento un fuerte contacto espiritual o emocional con toda la gente que me rodea. | V | F |
| 133 | Es fácil que me caigan bien las personas que tienen valores diferentes a los míos. | V | F |
| 134 | Trato de trabajar lo menos posible, aun cuando otras personas esperan más de mi. | V | F |
| 135 | Las buenas costumbres se han convertido en parte de mi, y me salen de manera naturales y espontánea. | V | F |
| 136 | No me importa que, con frecuencia, otras personas sepan más que yo sobre algo. | V | F |
| 137 | Por lo general trato de ponerme en los "zapatos de los demás" para poder entenderlos realmente. | V | F |
| 138 | Los principios como la justicia y la honradez tienen poca importancia en ciertos aspectos de mi vida. | V | F |
| 139 | Ahorro mejor el dinero que la mayoría de la gente. | V | F |
| 140 | No me dejo decepcionar o frustrar, cuando las cosas no salen bien. Sencillamente prefiero dedicarme a otras actividades | V | F |
| 141 | Por lo general insisto en que las cosas se hagan de un modo ordenado y estricto, aun cuando la mayoría de la gente sienta que no es importante. | V | F |
| 142 | En la mayoría de las situaciones sociales estoy confiado y seguro. | V | F |

- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 143 | A mis amigos les cuesta trabajo conocer mis sentimientos por que rara vez les comento mis intimidades | V | F |
| 144 | No me gusta cambiar mi manera de que hacer las cosas, aun cuando la gente me diga que existe una nueva y mejor manera de hacerlo | V | F |
| 145 | Pienso que es una tonteria el creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente | V | F |
| 146 | Me gusta imaginar a mis enemigos sufriendo | V | F |
| 147 | Tengo más energía y me canso menos rapido que la mayoría de la gente | V | F |
| 148 | Me gusta poner mucha atencion en los detalles de todo lo que hago | V | F |
| 149 | Con frecuencia dejo de hacer lo que estoy haciendo porque me preocupo, aun cuando mis amigos me dicen que todo saldrá bien | V | F |
| 150 | Con frecuencia me gustaria ser más poderoso que los demas. | V | F |
| 151 | En general me siento libre para elegir lo que quiero hacer | V | F |
| 152 | Con frecuencia me meto tanto en lo que estoy haciendo que se me olvida por un momento dónde estoy | V | F |
| 153 | A los miembros de un equipo rara vez les toca lo que les corresponde | V | F |
| 154 | La mayor parte del tiempo preferira hacer algo peligroso (como brincar con paracaídas, o correr en motocicleta), en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por algunas horas. | V | F |
| 155 | Me cuesta trabajo ahorrar porque, por lo general, gasto mucho dinero a lo tonto, aun cuando se necesite para cosas especiales como unas vacaciones. | V | F |
| 156 | No sacrifico nada de mi persona para quedar bien con los demas. | V | F |
| 157 | No soy nada tímido con personas desconocidas. | V | F |
| 158 | Con frecuencia cedo ante los deseos de mis amigos | V | F |
| 159 | La mayor parte de mi tiempo la paso haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero para mi no son realmente importantes | V | F |
| 160 | No creo que en las decisiones de negocios deban de influir los principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho | V | F |
| 161 | Con frecuencia hago a un lado mis principios para poder entender mejor lo que le pasa a otras personas | V | F |
| 162 | Muchos de mis hábitos hacen que me sea difícil alcanzar metas que valen la pena | V | F |
| 163 | He realizado verdaderos sacrificios personales, como tratar de prevenir la guerra, la pobreza y la injusticia, para hacer del mundo un lugar mejor. | V | F |
| 164 | Nunca me preocupo de cosas terribles que puedan pasar en el futuro | V | F |

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 165 | Casi nunca me emociono al grado de perder el control | V | F |
| 166 | Con frecuencia dejo una actividad que requiere mas tiempo de lo que habia pensado. | V | F |
| 167 | Prefiero iniciar las conversaciones en lugar de esperar que otros me habien. | V | F |
| 168 | La mayoria de las veces olvido rapidamente a quien me ha hecho mal. | V | F |
| 169 | Mis acciones, en gran parte, se determinan por influencias fuera de mi control | V | F |
| 170 | Con frecuencia tengo que cambiar mis decisiones por haber tenido una corazonada equivocada o una primera impresion errónea. | V | . |
| 171 | Prefiero esperar a que alguien tome el mando para llevar a cabo las cosas. | V | F |
| 172 | Por lo general respeto las opiniones de los demás. | V | F |
| 173 | He tenido experiencias que han aclarado mi papel en la vida, y me han hecho sentir muy emocionado y feliz | V | F |
| 174 | Me divierte comprar cosas para mi. | V | F |
| 175 | Creo que he tenido percepciones extrasensoriales. | V | F |
| 176 | Creo que mi cerebro no funciona adecuadamente | V | F |
| 177 | Mi comportamiento se rige por ciertas metas que me he propuesto para mi vida. | V | F |
| 178 | Por lo general es tonto favorecer el exito de otras personas | V | F |
| 179 | Con frecuencia me gustaria poder vivir para siempre. | V | F |
| 180 | Por lo general me gusta no involucrarme y estar a distancia de los demás | V | F |
| 181 | Lloro con más facilidad que la mayoria de gente en una pelicula triste. | V | F |
| 182 | Me recupero mas rapido que la mayoria de la gente de enfermedades sencillas o del estrés. | V | F |
| 183 | Con frecuencia, cuando pienso que me puedo salir con la mía, rompo reglas y leyes. | V | F |
| 184 | Necesito mucha más práctica en el desarrollo de hábitos positivos, para poder confiar en mi mismo ante situaciones tentadoras | V | F |
| 185 | Me gustaria que los demás no hablaran tanto como lo hacen. | V | F |
| 186 | Todas las personas merecen ser tratadas con dignidad y respeto, aun si parecen ser poco importantes o malas. | V | F |
| 187 | Me gusta tomar decisiones rápidas, para poder iniciar la acción lo más pronto posible. | V | F |
| 188 | Por lo general tengo suerte en las cosas que hago. | V | F |

- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 189 | Por lo general tengo confianza en mi facilidad para hacer cosas que la mayoría de la gente las considera como peligrosas (como manejar rápido un automóvil en un camino mojado o malo) | V | F |
| 190 | No veo el caso de continuar trabajando en algo, a menos de que exista una muy buena oportunidad de éxito | V | F |
| 191 | Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas | V | F |
| 192 | Me gusta más ahorrar dinero que gastarlo en diversiones o actividades emocionantes. | V | F |
| 193 | Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de la comunidad. | V | F |
| 194 | He tenido experiencias personales que me han hecho sentir en contacto con un poder espiritual divino y maravilloso. | V | F |
| 195 | He tenido momentos de gran felicidad en los que, de pronto, he tenido un claro y profundo sentido de unidad con todo lo que existe | V | F |
| 196 | Los buenos hábitos hacen que me sea más fácil el hacer las cosas del modo que yo quiero | V | F |
| 197 | La mayoría de las personas parecen tener más medios que yo. | V | F |
| 198 | Con frecuencia culpo de mis problemas a otras personas o a las situaciones externas | V | F |
| 199 | Me da placer ayudar a otros, aun cuando me hayan tratado mal. | V | F |
| 200 | Con frecuencia siento que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida. | V | F |
| 201 | Aun cuando estoy con amigos, prefiero no abrirme demasiado. | V | F |
| 202 | Por lo general puedo mantenerme durante el día listo para cualquier cosa, sin tener que esforzarme. | V | F |
| 203 | Casi siempre pienso en todos los detalles antes de tomar una decisión, aun cuando los demás demandan una decisión rápida. | V | F |
| 204 | Cuando me descubren haciendo algo malo, no soy muy bueno para safarme del problema. | V | F |
| 205 | Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente | V | F |
| 206 | Si algo está bien o mal sólo es cuestión del punto de vista. | V | F |
| 207 | Creo que, por lo general, mi manera natural de responder va de acuerdo con mis principios y metas a largo plazo. | V | F |
| 208 | Creo que toda la vida depende de algún orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo. | V | F |

209	Creo que puedo estar confiado y tranquilo cuando estoy con desconocidos, aun cuando se me dijera que pueden estar enojados conmigo	V	F
210	A la gente se le hace fácil venir conmigo por ayuda, consuelo y comprensión cálida.	V	F
211	Me cuesta más trabajo que los demás el entusiasarme sobre nuevas ideas y actividades.	V	F
212	Me cuesta trabajo decir una mentira, aun cuando sea para no herir los sentimientos de alguien más.	V	F
213	Existen algunas personas que no me caen bien	V	F
214	No quiero ser más admirado que el resto de la gente.	V	F
215	Con frecuencia algo maravilloso me ocurre al mirar algo común y corriente, por ejemplo, me llega la sensación de que lo veo por primera vez	V	F
216	La mayoría de las personas que conozco ven por sus propios intereses sin importarles quien salga herido.	V	F
217	Por lo general me siento tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco común.	V	F
218	Con frecuencia me esfuerzo al grado de no poder más, o bien, trato de hacer más de lo que realmente puedo.	V	F
219	Algunas personas piensan que soy muy codo o tacaño con mi dinero.	V	F
220	Las experiencias místicas probablemente son solo producto de la mente de las personas que creen en eso.	V	F
221	Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aun cuando sé que me va a traer consecuencias	V	F
222	Me molesta ver sufrir a quien sea.	V	F
223	Sé lo quiero hacer de mi vida.	V	F
224	Por lo general tomo tiempo para pensar si lo que estoy haciendo está bien o mal.	V	F
225	A menos de que sea muy cuidadoso, por lo general salen mal las cosas.	V	F
226	Si me siento decepcionado, por lo general estoy mejor rodeado de amigos que estando solo.	V	F
227	No creo que sea posible que una persona comparta sentimientos con otra que no haya tenido la misma experiencia	V	F
228	Con frecuencia los demás piensan que estoy en la luna porque me ven totalmente desconectado de las cosas que suceden a mi alrededor.	V	F
229	Me gustaria ser más guapo que todo los demás	V	F

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 230 | He mentido mucho en este cuestionario | V | F |
| 231 | Por lo general me alejo de situaciones sociales en las que probablemente conoceré extraños, aun cuando se me asegure que ellos serán amigables | V | F |
| 232 | Me fascina tanto el florecer de la primavera, como el volver a ver a un viejo amigo. | V | F |
| 233 | Por lo general veo una situación difícil como un reto u oportunidad. | V | F |
| 234 | Las personas que tienen que ver conmigo tienen que aprender a hacer las cosas a mi manera. | V | F |
| 235 | La deshonestidad solo causa problemas si te descubren. | V | F |
| 236 | Por lo general me siento con mucha más confianza y energía que la mayoría de la gente, aun después de haber padecido enfermedades sencillas o estrés. | V | F |
| 237 | Cuando me piden que firme un documento me gusta leerlo todo | V | F |
| 238 | Cuando nada nuevo está sucediendo, por lo general me pongo a buscar algo que sea emocionante o estimulante. | V | F |
| 239 | Algunas veces me decepciono. | V | F |
| 240 | En ocasiones hablo de otras personas a sus espaldas. | V | F |

Cuadro 16-8 Eje V: Valoración global del funcionamiento (VGF)

Considera el funcionamiento psicológico, social y ocupacional en un continuo hipotético de salud y enfermedad mental. No incluye deterioro en el funcionamiento debido a limitaciones físicas (o ambientales). Usa códigos intermedios cuando sea apropiado, por ejemplo, 45, 68, 72.

Código	Nivel de funcionamiento
90-81	Síntomas mínimos o ausentes (por ejemplo, ansiedad mínima antes de un examen, una discusión ocasional con un miembro de la familia), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e involucrado en un amplio campo de actividades, socialmente eficiente, generalmente satisfecho con la vida, nada más los problemas y preocupaciones cotidianos.
80-71	Si los síntomas están presentes, son reacciones transitorias y esperadas ante agentes productores de estrés psicosociales (por ejemplo, dificultad para concentrarse después de una discusión familiar); tan sólo deterioro ligero en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ejemplo, fallar o atrasarse temporalmente con el trabajo escolar).
70-61	Algunos síntomas ligeros (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o insomnio ligero, faltas ocasionales a la escuela o hurtos dentro de la casa) O alguna dificultad en el funcionamiento social, ocupacional o escolar, pero con funcionamiento generalmente bueno, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60-51	Síntomas moderados (por ejemplo, pocos amigos y conflictos con los compañeros, afecto plano y habla circunstancial, ocasionales) O dificultad moderada en el funcionamiento social, ocupacional o escolar.
50-41	Síntomas serios (por ejemplo, no tiene amigos, incapaz de retener un trabajo, ideación suicida, rituales obsesivos graves, hurtos frecuentes) O cualquier deterioro serio en el funcionamiento social, ocupacional o escolar.
40-31	Algún deterioro en el examen de la realidad o en la comunicación (por ejemplo, el habla es a veces ilógica, oscura o irrelevante) O deterioro mayor en diversas áreas, tales como trabajo o escuela, relaciones familiares, juicio, pensamiento o estado de ánimo (por ejemplo, un hombre deprimido evita a los amigos, rechaza a la familia y es incapaz de trabajar; el niño con frecuencia golpea a niños más pequeños, es desafiante en el hogar y fracasa en la escuela).
30-21	La conducta es influida considerablemente por delirios o alucinaciones O deterioro grave en la comunicación o el juicio (por ejemplo, algunas veces es incoherente, actúa burdamente de manera inapropiada, preocupaciones suicidas) O incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo, permanece en la cama todo el día, no tiene trabajo, hogar ni amigos).
20-11	Algún peligro de daño a sí mismo o a los demás (por ejemplo, intentos suicidas sin una expectativa clara de muerte, violencia frecuente, excitación maniaca) o fallas ocasionales para mantener la higiene personal mínima (por ejemplo, manchas de heces) O deterioro amplio en la comunicación (por ejemplo, largamente incoherente o mudo).
10-1	Peligro persistente de daño intenso a sí mismo o a los demás (por ejemplo, violencia recurrente) O incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima O actos suicidas serios con clara expectativa de muerte.

* TRATAMIENTO ACTUAL:

a) Sin tratamiento _____

b) Tratamiento actual

Nombre	Dosis y tiempo

* EVENTOS DESENCADENANTES:

SI () NO ()

B) Evaluación de la severidad de síntomas:

PANSS

positivo _____ negativo _____ General _____ Total _____

GAF

Inicio _____ promedio _____

año previo _____ actual _____

ITC

si () no ()

Neuropsicología

Enviado si () no ()

* Antecedentes Familiares

familiar	trastorno

* Uso de alcohol y drogas

alcohol si () no ()

droga si () no ()

cuales _____

* Comorbilidad Psiquiátrica

Diagnóstico	Tratamiento