

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE ESTADO DE ALTO RIESGO DE PSICOSIS EN UNA
POBLACIÓN CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

Por

Dra. Gabriela Hilian Adame Rocha

**Como requisito parcial para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

Febrero, 2021.

**PREVALENCIA DE ESTADO DE ALTO RIESGO DE PSICOSIS EN
UNA POBLACIÓN CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

Aprobación de la tesis:



**Dr. Omar Kawas Valle
Director de la tesis**



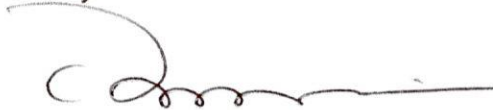
**Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza**



**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación**



**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe Departamento de Psiquiatría**



**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Con una especial dedicación para mi familia, ya que sin ellos no hubiera tenido la oportunidad de estar donde estoy, gracias por su apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado durante todo este camino y nunca dejarme sola, por estar ahí en las buenas y sobre todo en las no tan buenas, por entenderme, por ser mi soporte y mi guía en mis tropiezos, y mi fortaleza para levantarme y seguir andando.

Gracias a mis profesores por compartir sus enseñanzas y ayudarme a crecer en mi profesión, por su paciencia, compromiso y dedicación. Indudablemente siempre serán el pilar que nos ayuda a crecer y formarnos en los especialistas del mañana.

Gracias a mis compañeros de residencia por su apoyo en este proceso, y sobre todo por los aprendizajes compartidos. A esos mismos compañeros que el día de hoy, cerca de esta meta, me siento agradecida enormemente de poder llamarles también amigos.

Eternamente agradecida con todos ustedes, porque sin ustedes, esto no hubiera sido posible.

Tabla de contenido

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
HIPOTESIS	9
Objetivos	10
MATERIALES Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	17
ANEXOS	18
BIBLIOGRAFIA	84
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	88

LISTA DE ABREVIATURAS

SIPS: Structured Interview for Prodromal Syndromes
TAG: Trastorno de ansiedad generalizada
TDM: Trastorno depresivo mayor

RESUMEN

Objetivos: Se ha mostrado que un estado de alto riesgo psicótico puede tener una asociación con el desarrollo futuro de una psicosis franca. De tal manera que si este estado es identificado de manera oportuna, se pudiera brindar una mejor atención a estos sujetos, llevando un seguimiento mas estrecho junto con un tratamiento óptimo, lo cuál podría modificar e incluso prevenir el desarrollo de un episodio psicótico de primera vez. Lo cual resultaría en una mejor calidad de vida y funcionalidad del individuo. Por lo que el objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia del estado de alto riesgo de psicosis.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de prevalencia. Se incluyeron 64 pacientes de entre 18 a 71 años que acudieran a consulta de primera ocasión en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario UANL y cumplieran los criterios de inclusión, así mismo que estuvieran capacitados para aceptar el consentimiento informado verbal. En cuanto al método de muestreo, se realizó de manera consecutiva de los participantes que acudieran al servicio y que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Posteriormente se les aplicó la Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS, por sus siglas en inglés).

Resultados: La prevalencia del estado de alto riesgo psicótico en nuestra población de estudio fue del 1.6%, el equivalente a 1 caso positivo [tabla 3]; el cual se trató de una femenina de 35 años de edad, casada, escolaridad secundaria, con atención a la salud mental precia, con diagnóstico de depresión postparto, arrojando un resultado positivo para el síndrome de síntomas positivos atenuados.

Conclusiones: . En nuestro estudio la prevalencia fue similar a la reportada en la literatura, así mismo el diagnostico comórbido fue para un trastorno depresivo lo que podría ser como mencionan algunos artículos la dimensión intrínseca de un pródrómo de psicosis. A pesar de que la transición hacia psicosis es baja ,un manejo integral de estos pacientes con intervenciones que reduzcan los factores de riesgo individuales, podría ser de gran beneficio por las dificultades que suelen mostrar a lo largo del tiempo

INTRODUCCIÓN

La aparición de signos y síntomas psiquiátricos previos a un trastorno psicótico ha sido notada desde tiempos tan lejanos como 1861. Pero no fue hasta 1932, cuando Mayer-Gross introdujo el término de "pródromo" a la literatura. En 1973 se realizó el primer estudio por parte de Häfner et al, con una población de 232 pacientes psicóticos, donde se demostró que cerca del 73% inició con una fase prodrómica, la cual tuvo una duración de hasta 5 años. Para determinar la presencia o ausencia de síntomas prodrómicos, en 1991, Jackson y McGorry iniciaron un estudio de confiabilidad mediante una entrevista semiestructurada.¹¹

A pesar de que esto data de mucho tiempo atrás, se le ha dado poca atención a este cuadro previo al inicio de la sintomatología psicótica.

Este síndrome clínico se ha definido como "estado de alto riesgo psicótico" y se han desarrollado criterios operacionalizados para identificarlo. Existen 2 gamas amplias de criterios; el criterio del estado de riesgo ultra alto, UHR por sus siglas en inglés, y el criterio de síntomas básicos, con las siglas BS. Siendo más ampliamente utilizado el UHR, el cuál requiere uno o más de los siguientes criterios de inclusión: síntomas psicóticos atenuados, episodio psicótico limitado breve e intermitente, y/o una disminución marcada en la funcionalidad del individuo en el contexto de una vulnerabilidad como riesgo genético para esquizofrenia. En cuanto al criterio de síntomas básicos, hace rereferencia a las alteraciones subjetivas en distintos dominios, incluyendo la percepción, proceso del pensamiento, lenguaje y atención; los cuales difieren de los síntomas psicóticos clásicos en que son independientes de pensamientos de contenido anormal y en que la prueba de realidad y el insight sobre la naturaleza de los síntomas psicopatológicos se encuentra intacta.^{11,19}

Existe evidencia de que las personas jóvenes que experimentan este estado, tienen un riesgo mayormente sustancial de desarrollar un episodio psicótico de primera vez. En un estudio realizado por Jai L. Shah et al donde se evaluaron de manera retrospectiva a pacientes con un primer cuadro de psicosis, se demostró que un porcentaje significativo de sujetos mostraban criterios para un estado de alto riesgo de psicosis, previo a desarrollar la psicosis franca.²⁰

Se han desarrollado diferentes entrevistas para evaluar el estado de UHR; la desarrollada por Yung et al, llamada CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State), la cual es ampliamente utilizada en Australia, Asia y Europa; la SIPS (Structured Interview for Prodromal Symptoms, creada por Miller, siendo el instrumento mas utilizado en América del Norte y Europa; la entrevista de ERIaros (Early Recognition Inventory for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia), desarrollada por Häfner et al, la cual es utilizada sobre todo en Alemania e Italia; ente otras. ¹¹

En un metaanálisis de aproximadamente 2500 individuos con alto riesgo, se mostró que independientemente del instrumento psicométrico utilizado, existía un riesgo de transición a un episodio psicótico de 18% en los primeros 6 meses; 22% al año; 29% a los dos años; 32% a los 3 años; y 36% posterior a los 3 años. ¹¹

Cabe mencionar que se han encontrado asociaciones entre este síndrome de alto riesgo psicótico clínico con disfunciones en el desempeño neuropsicológico y alteraciones en la estructura, función, conectividad y neuroquímica del cerebro. En estudios realizados con anterioridad donde se compararon los estudios de imagen funcional de individuos con un primer episodio psicótico contra controles sanos, se observaron anormalidades en la corteza pefrontal del primer grupo. Tambien se ha probado una activación disminuida de la corteza cingulada anterior en un primer episodio de psicosis. ^{19, 21}

Se han encontrado publicaciones acerca del tratamiento en esta población de riesgo, mostrando que un tratamiento a base de antipsicóticos atípicos ha resultado en una mejoría de la sintomatología positiva en un seguimiento a 6 meses; y a pesar de que se creía que ciertos antidepresivos también podían ser utilizados para el tratamiento, no se ha probado su eficacia en estos pacientes. ²²

Dada la importancia de éste tema y con el conocimiento actual de que es posible una identificación de manera oportuna para una intervención temprana durante este estado - la cual puede mejorar la predicción del riesgo y retrasar o incluso prevenir el desarrollo futuro de un episodio psicótico de primera vez- es fundamental enfocarnos en que tan frecuente se presenta en nuestra población clínica para brindar una mejor atención y calidad de vida a este grupo de pacientes.

HIPOTESIS

Al tratarse de un estudio de prevalencia no se cuenta con una hipótesis establecida.

Objetivos

Objetivo principal:

Describir la prevalencia del estado de alto riesgo psicótico en la población clínica psiquiátrica del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" UANL.

RESULTADOS.

El total de la muestra fue de 64 pacientes que cumplían con los requisitos para ingresar al estudio, a los cuales se les aplicó la entrevista SIPS, posterior a dar consentimiento informado verbal.

Se pueden apreciar los datos sociodemográficos completos en la tabla 1. Del total de los participantes, 34 sujetos eran del sexo femenino. La media de la edad fue de 37 años (18-71 años); siendo la mayoría solteros (48.4%), con escolaridad preparatoria (43.8%), religión católica (56.3%), la mayor parte de la población estudiada negó padecer de alguna comorbilidad no psiquiátrica (79.7%); 59.4% reportó que era la primera ocasión que recibían atención a la salud mental, el resto fue tratado previamente por psicólogos en su mayoría (53.6%).

En la tabla 2 podemos observar que la mitad de la muestra (50%) negó antecedentes familiares psiquiátricos, seguido por el 16.2 % con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y 11.8% para trastorno de ansiedad generalizada.

En cuanto a los diagnósticos realizados, el más prevalente registrado fue el trastorno depresivo mayor con 33.3%, sucedido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 23.2%.

La prevalencia del estado de alto riesgo psicótico en nuestra población de estudio fue del 1.6%, el equivalente a 1 caso positivo [tabla 3]; el cual se trató de una femenina de 35 años de edad, casada, escolaridad secundaria, con atención a la salud mental previa, con diagnóstico de depresión postparto, arrojando un resultado positivo para el síndrome de síntomas positivos atenuados.

Tabla 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
I. SEXO	Porcentaje	Frecuencia	III.ESCOLARIDAD	Porcentaje	Frecuencia
Femenino	53.10%	34	Licenciatura	28.10%	18
Masculino	46.90%	30	Preparatoria	43.80%	28
Total	100%	64	Primaria	6.30%	4
II. ESTADO CIVIL			Secundaria	20.30%	13
Casado	25%	16	Sin estudios	1.60%	1
Divorciado	9.40%	6	IV. RELIGIÓN		
Separado	7.80%	5	Católica	56.30%	36
Soltero	48.40%	31	Creyente	4.70%	3
Unión libre	6.30%	4	Cristiana	21.90%	14
Viudo	3.10%	2	Testigo de Jehová	4.70%	3
			Ninguna	12.50%	8

Tabla 2

ANTECEDENTES MÉDICOS		
I. ATENCIÓN A SALUD MENTAL PREVIA	Porcentaje	Frecuencia
NO	59.4	38
SI	40.6	26
II. ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS		
Agorafobia	1.5	1
Alcoholismo	2.9	2
Esquizofrenia	1.5	1
Negados	50.0	34
Tag	11.8	8
Tdm	16.2	11
Trastorno Bipolar	2.9	2
Trastorno De Ansiedad No Especificado	1.5	1
Trastorno De La Conducta Alimentaria	1.5	1
Trastorno De Panico	4.4	3
Trastorno Del Control De Los Impulsos	1.5	1
Trastorno Limite De La Personalidad	1.5	1
Trastorno Por Abuso De Sustancias	2.9	2
III. COMORBILIDADES		

Linfoma Hodking	1.6	1
Asma	1.6	1
Diabetes Mellitus	4.7	3
Epilepsia	1.6	1
Hipertensión Arterial	3.1	2
Hipotiroidismo	3.1	2
Intestino irritable	1.6	1
Lupus Eritematoso Sistémico	3.1	2
Ninguna	79.7	51
IV. DIAGNÓSTICOS		
Agorafobia	1.4	1
Conflicto De Pareja	1.4	1
Depresion Postparto	1.4	1
Trastorno Adaptativo	8.7	6
Trastorno Afectivo No Especificado	1.4	1
Trastorno De Ansiedad No Especificado	7.2	5
Trastorno Depresivo Recurrente	4.3	3
Trastorno De Panico	4.3	3
Trastorno De Personalidad No Especificado	4.3	3
Trastorno De Ansiedad Generalizado	23.2	16
Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad	1.4	1
Trastorno Depresivo Mayor	33.3	23
Trastorno Del Control De Los Impulsos No Especificado	2.9	2

Tabla 3

RESULTADO			
		Porcentaje	Frecuencia
	NEGATIVO	98.4	63
	POSITIVO	1.6	1
	Total	100.0	64

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la paciente positiva para alto riesgo psicótico presentaba un trastorno depresivo mayor con inicio en el posparto. Haciendo una revisión de la literatura los diagnósticos más prevalentes en dicha población son los trastornos depresivos y de ansiedad. En un estudio de 2014 donde se evaluaron 509 pacientes, el 73% de ellos presentaba una comorbilidad de un trastorno psiquiátrico, siendo de 40% para un trastorno depresivo y de 8% para un trastorno de ansiedad. En este estudio los autores describen que la fenomenología podría ser difícil de distinguir entre una y otra patología, describen que los trastornos depresivos puntuaban más alto en las subescalas de anhedonia, lo que evidencia la estrecha relación entre los dominios afectivos y negativos de la psicosis prodrómica. Los trastornos de ansiedad presentan puntuaciones más altas en el habla desorganizada algo que podría ser propio de trastornos de ansiedad de mayor gravedad, desencadenando trastornos del pensamiento que interfieren con la expresión del lenguaje.¹

En un artículo del 2012 mencionan referente a la alta prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en esta población, que la fenomenología asociada con los trastornos psiquiátricos fluctúan en función de constructos diagnósticos subyacentes, considerando a la psicopatología como una red de dimensional de síntomas que se impactan recíprocamente entre sí a lo largo del tiempo. El fundamento de este razonamiento es que los síntomas afectivos y de ansiedad forman una dimensión intrínseca de la psicosis, siendo los síntomas más comunes y los primeros en aparecer de forma prodrómica previo a fenómenos psicóticos.² En otro estudio del 2015 donde se evaluaron a 163 pacientes se encontró una comorbilidad en el 50% de los casos con otro trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos depresivos los más frecuentes.³ En ninguno de los dos estudios se encontró un aumento en la transición a psicosis con la presencia de la comorbilidad.

La trayectoria hacia la transición aun no es del todo clara, se han reportado tasas de transición que van del 8 al 35% dependiendo de los factores de riesgo, comorbilidades y funcionamiento global.⁴

⁷Un metaanálisis publicado en 2012 describe las tasas de transición a la psicosis de 20 al 35% en 2 años.⁵ Un metanálisis del 2016 mostró tasa de transición a los 3 años del 15%,⁶ y otro metaanálisis del 2015 mostro una tasa de transición a los 3 años del 29%.⁷ En general, la mayor parte de las transiciones ocurren en los primeros 12 meses; a partir de entonces el riesgo a presentar un trastorno psicótico formal se desacelera. Además, aunque la mayoría de las personas con alto riesgo de psicosis no terminaran desarrollando un trastorno psicótico, a menudo continúan experimentando síntomas psicóticos atenuados y presentarán un funcionamiento deficiente a lo largo de su evolución, así como mayor riesgo para otros problemas comórbidos.⁴⁻⁸

Se han descrito en múltiples estudios los factores de riesgo individuales que podrían predecir la transición hacia un trastorno psicótico.⁹⁻¹⁵ Entre los factores que han mostrado mayor evidencia se encuentran, un mal funcionamiento cognitivo, un pobre funcionamiento social, factores ambientales, como eventos traumáticos y consumo de sustancias con mayor evidencia para el uso de cannabis.

Otros hallazgos que podrían predecir una transición a psicosis son la pérdida de sustancia gris, en particular de los lóbulos frontales que se ha evidenciado en estudios con resonancia magnética.¹⁶⁻¹⁷ Además, se han descrito prometedores predictores como, la hiperconectividad cerebelo-tálamo-cortical, cambios bidireccionales en la conectividad del tálamo, cambios en el electroencefalograma, marcadores de inflamación, como el estrés oxidativo, la desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, cambios en la prolactina y en el eje hipotalámico-pituitario-gonadal.⁹

En cuanto al tratamiento y la prevención hacia la transición de psicosis no existe una guía establecida hasta ahora, pero se han estudiado una variedad de modalidades e intervenciones que parecen ser prometedoras en el beneficio para reducir los síntomas psicóticos atenuados y la transición futura a psicosis. La intervención más exitosa hasta el día de hoy es la terapia cognitivo conductual, otro estudios que se han realizado son con remediación y remodelación cognitiva, con terapia centrada en la familia, terapia psicológica integrativa, ácidos grasos omega 3, d-serina, glicina, antipsicóticos.^{9,1}

CONCLUSIONES

El alto riesgo psicótico es un nuevo constructo que ha tomado relevancia en los últimos años, con el objetivo de prevenir la evolución de la psicosis desde sus etapas prodrómicas. En nuestro estudio la prevalencia fue similar a la reportada en la literatura, así mismo el diagnóstico comórbido fue para un trastorno depresivo lo que podría ser como mencionan algunos artículos la dimensión intrínseca de un pródromo de psicosis, nuestro caso positivo ya había recibido atención a la salud mental previamente, sin embargo al ser una entidad poco reconocida no se suele tomar en cuenta cuando se hace una valoración en cuestiones de salud mental. A pesar de que la transición hacia psicosis es baja, un manejo integral de estos pacientes con intervenciones que reduzcan los factores de riesgo individuales, podría ser de gran beneficio por las dificultades que suelen mostrar a lo largo del tiempo.

ANEXOS

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA
SÍNDROMES PRODRÓMICOS**

(Structured Interview for Prodromal Syndromes)

**VERSIÓN PARA SÍNDROMES
PRODRÓMICOS ACTUALES**

*PRIME
Research
Clinic Yale
School of
Medicine
New Haven,
CT*

*Thomas H.
McGlasham
, MD. Tandy
J. Miller,
PhD. Scott
W. Woods,
MD. Joanna*

*L. Rosen,
Psy.D.
Ralph E.
Hoffman,
MD.
Larry Davidson, PhD*

Copyright ©2001 Thomas H. McGlashan, M.D.
Julio, 2003

1

Adaptación experimental: S. Lemos y O. Vallina

Versión 4.0

Paciente _____ Fecha _____ Entrevistador _____

Tabla de Contenidos

INTRODUCCIÓN A LA SIPS

.....
Pag. 2

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN..... Pag. 4

RESUMEN DEL CASO.....

Pag. 6

HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNO MENTAL.....

Pag. 8

P. SÍNTOMAS POSITIVOS.....

Pag. 9

P.1 Contenido inusual del pensamiento/Ideas delirantes..... Pag. 9

P.2 Susplicacia /Ideas persecutorias

..... Pag. 13 P.3 Grandiosidad

..... Pag. 15

P.4 Percepciones anómalas/Alucinaciones.....

Pag. 17

P.5 Comunicación

desorganizada..... Pag. 20

N.

SÍNTOMAS

NEGATIVOS..... Pag. 22

N.1

Anhedonia

social..... Pag.

22

N.2

Abulia.....

..... Pag. 23

N.3 Expresión emocional disminuida.....

Pag. 24

N.4 Restricción

emocional

y

del

yo..... Pag. 25

N.5

Pensamiento				
empobrecido.....				Pag. 26
N.6 Deterioro en el funcionamiento global.....				Pag.27
D. SÍNTOMAS DE DESORGANIZACIÓN.....				Pag. 28
Conducta o apariencia raras				
.....	Pag.	28	D.2	Pensamiento
extraño.....				Pag. 29
D.3 Problemas de atención y concentración.....				Pag. 30
D.4 Deterioro de la higiene				
personal.....	Pag.	31	G.	
SÍNTOMAS				
GENERALES.....				Pag. 32
G.1 Alteraciones del				
sueño.....	Pag.	32		
G.2				
Disforia.....				
.....	Pag.	33	G.3	Alteraciones
motoras.....				Pag.34
G.4 Tolerancia deteriorada al estrés				
normal.....	Pag.	35		EVALUACIÓN
GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO: ESCALA MODIFICADA				Pag. 36
CRITERIOS DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD				
ESQUIZOTÍPICA	Pag.	39		RESUMEN DE LOS DATOS DE LA
SIPS.....				Pag. 40
RESUMEN DE LOS				
CRITERIOS DEL SÍNDROME SIPS.....	Pag.	41		

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS

INTRODUCCIÓN A LA SIPS

Los objetivos de la entrevista son:

- I. Descartar psicosis actual y/o pasada
- II. Identificar uno o más de los tres tipos de estados prodrómicos
- III. Valorar la gravedad actual de los síntomas prodrómicos

I. Descartar un síndrome psicótico pasado o actual.

Debería descartarse una psicosis pasada mediante la información obtenida tanto por el chequeo inicial como por el Resumen del Caso (pp. 6-7) y la evaluación con los criterios de Presencia de Síntomas Psicóticos (*Presence of Psychotic Symptoms*, POPS).

La psicosis actual se define por la presencia de Síntomas Positivos. Para descartar una psicosis actual es necesario formular y calificar las preguntas de los cinco ítems correspondientes a la medida de Síntomas Positivos: Contenido del pensamiento inusual/Ideas delirantes, Susplicacia, Ideas de grandiosidad, Percepciones anómalas/Alucinaciones y Comunicación desorganizada.

CRITERIOS DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS

La psicosis actual se define del siguiente modo:

Se requieren **A** y **B**

(A) Los Síntomas positivos están presentes a nivel de intensidad psicótico (puntuación de 6).

- Contenido inusual del pensamiento, susplicacia/persecución, o grandiosidad con convicción delirante

y/o

- Anomalías perceptivas de intensidad alucinatoria

y/o

- Lenguaje incoherente o ininteligible

(B) Algún síntoma del criterio **A** con suficiente frecuencia y duración o urgencia:

- Al menos un síntoma **A** ha ocurrido durante un mes, al

menos durante una hora al día y con una frecuencia media mínima de 4 días por semana.

•

- El síntoma es gravemente desorganizador o peligroso.

Los Síntomas Positivos se evalúan en las escalas P1-P5, de la Escala de Síntomas Prodrómicos (*Scale of Prodromal Symptoms*, SOPS). Una puntuación de “1” a “5” en una o más de las escalas P1-P5 indica que se encuentra a un nivel de intensidad no psicótica. Una puntuación de “6” en una o más escalas P1-P5 indica que un Síntoma Positivo alcanza un nivel de intensidad “*Grave y Psicótica*”, cumpliéndose, de ese modo, el criterio (A).

La presencia de una psicosis actual, sin embargo, depende también de la frecuencia o de la urgencia del criterio sintomático (A). Cuando un Síntoma Positivo también cumple el criterio (B), se define la psicosis como actual.

II. Identificar uno o más de los tres tipos de estados prodrómicos
(Criterios resumidos en la p. 41)

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE LOS TRES ESTADOS PRODRÓMICOS NO SON EXCLUYENTES ENTRE SI. LOS PACIENTES PUEDEN CUMPLIR LOS CRITERIOS DE UNO O MÁS TIPOS DE SÍNDROMES.

Los pacientes que no cumplen los criterios de una psicosis pasada o actual son evaluados mediante los Criterios de Síndromes Prodrómicos (COPS), para determinar la presencia de uno o más de los tres síndromes prodrómicos: Síndrome Psicótico Breve e Intermitente, Síndrome de Síntomas Positivos Atenuados, y Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro Funcional.

CRITERIOS DE LOS SÍNDROMES PRODRÓMICOS:

1. Síndrome Psicótico Breve e Intermitente (*Brief Intermitent Psychotic Syndrome, BIPS*) El Síndrome Psicótico Breve e Intermitente se define por la clara presencia de síntomas psicóticos que son recientes y de corta duración. Para cumplir los criterios de BIPS, la intensidad psicótica del síntoma (puntuación SOPS = 6) tiene que haber comenzado en los tres últimos meses y tiene que haber estado presente al menos durante varios minutos al día, con una frecuencia de al menos una vez al mes. Incluso cuando alguno de los Síntomas Positivos está presente con un nivel de intensidad psicótica (puntuación SOPS = 6), puede descartarse un síndrome psicótico actual si los criterios (B) POPS no alcanzan una suficiente frecuencia y duración o urgencia (Ver p. 2).

2. Síndrome de Síntomas Positivos Atenuados (*Attenuated Positive Symptom Syndrome, APSS*)

El Síndrome de Síntomas Positivos Atenuados se define por la presencia de recientes síntomas positivos atenuados de suficiente gravedad y frecuencia. Para cumplir los criterios de un síntoma atenuado, un paciente tiene que recibir una valoración de nivel "3", "4" ó "5" en las escalas P1-P5 de la SOPS. Una valoración dentro de este rango indica que la gravedad de un síntoma se encuentra a un nivel de intensidad prodrómico.

Además, el síntoma o bien tiene que haber comenzado en el último año, o bien tiene que haber alcanzado actualmente un punto más respecto al nivel que tenía hace 12 meses. En segundo lugar, el síntoma tiene que presentarse, al nivel de intensidad actual, con una frecuencia promedio de al menos una vez por semana durante el último mes.

3. Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro Funcional (*Genetic Risk and Deterioration Syndrome, GRDS*)

El Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro Funcional se define por una combinación de riesgo genético para algún trastorno del espectro esquizofrénico y deterioro funcional reciente. El criterio de riesgo genético se alcanza si el paciente tiene un familiar de primer grado con un trastorno psicótico afectivo o no afectivo (Ver p. 8, ítem 3) y/o el paciente cumple los criterios del DSM-IV para el Trastorno de la Personalidad Esquizotípica (Ver p. 39).

El deterioro funcional se define operativamente como un descenso del 30% ó más en la puntuación de la GAF durante el último mes, comparativamente con hace 12 meses (Ver p. 38).

III. Valoración de la gravedad actual de los síntomas prodrómicos

Los pacientes que cumplen los criterios de uno o más síndromes prodrómicos son luego evaluados utilizando las escalas de calificación de la SOPS para los Síntomas Negativos, Síntomas de Desorganización y Síntomas Generales. Si bien esta información adicional puede no contribuir al diagnóstico de un síndrome prodrómico, podrá proporcionar tanto una descripción como una estimación cuantitativa de la diversidad y gravedad de los síntomas prodrómicos. Algunos investigadores pueden estar interesados en obtener un SOPS completo de todos los pacientes.

ESCALA DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS (SOPS)

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN

La SOPS describe y valora los síntomas prodrómicos y otros síntomas que han estado presentes en el último mes (o bien desde la última valoración). La SOPS está organizada en cinco secciones primarias: **(P) Síntomas Positivos, (N) Síntomas Negativos, (D) Síntomas de Desorganización, (G) Síntomas Generales**. La valoración final de la SOPS se registra en una hoja resumen al final de la SIPS (Ver p. 40).

PREGUNTAS

En cada sección de la SOPS, se enumera un conjunto de preguntas seguido de un espacio para registrar las respuestas ("N" = No; "NI" = No información, "S" = Si). **Deben formularse todas las preguntas que están en negrita**. Las preguntas que no están en negrita son opcionales y pueden incluirse para clarificar o matizar las respuestas afirmativas.

ESPECIFICACIONES

Después de cada conjunto de preguntas, se enumera una serie de especificaciones. Cada vez que una pregunta recibe una respuesta afirmativa (es decir, "S"), debería ir seguida de dichas especificaciones con el fin de obtener información más detallada. En el recuadro siguiente se enumeran las especificaciones.

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
- **GRADO DE MALESTAR: ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?**
- **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA: ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?**
- **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION: ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?**

ESCALAS

Se utilizan dos escalas diferentes para medir los citados síntomas. Los Síntomas Positivos se valoran con la primera escala de gravedad y los Síntomas Negativos, de Desorganización y Generales se valoran con la segunda escala de gravedad.

Las casillas de cada escala pretenden proporcionar directrices y ejemplos de signos para cada síntoma observado. No es necesario que se cumplan todos los criterios en cada casilla para conseguir un valor concreto.

Las bases para las puntuaciones incluyen tanto las observaciones del entrevistador como los informes del paciente.

Se indican a continuación ambas escalas.

Escala para los Síntomas Positivos:

Los Síntomas positivos se valoran en una escala SOPS que va de 0 (Ausente) a 6 (Grave y Psicótico).

Síntomas Positivos SOPS

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

Escala para los Síntomas Negativos/de Desorganización/Generales:

Los Síntomas Negativos/de Desorganización/Generales se valoran en una escala SOPS con un rango de 0 (Ausente) a 6 (Extremo):

Síntomas Negativos/de Desorganización/Generales SOPS

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
--------------	-----------------------	-------------	---------------	--------------------------	------------	--------------

JUSTIFICACION DE LA VALORACIÓN

Cada escala de gravedad va seguida de un apartado "Valoración basada en:". Una vez asignada una puntuación, se hace una breve descripción del/de los síntoma/s y la justificación de la puntuación específica asignada.

COMIENZO DEL SÍNTOMA

A continuación de cada apartado Valoración basada en:, se indica en un recuadro el comienzo del síntoma. Para los Síntomas Positivos con puntuaciones iguales o superiores a 3, se registra la fecha en que el primer síntoma ocurrió por primera vez. Para los Síntomas Negativos, de Desorganización y Generales, se indica el comienzo del síntoma en un recuadro reducido.

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)	Y (si es aplicable)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez: <input type="checkbox"/> Durante toda la vida o "desde que tengo memoria" <input type="checkbox"/> No puede ser determinado <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____ <div style="text-align: center;">Mes Año</div>	Anote la fecha más reciente en que el síntoma, actualmente valorado con 3-5, experimentó un incremento en intensidad de al menos un punto: _____ / _____ <div style="text-align: center;">Mes Año</div>

HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNO MENTAL

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

Parentesco	Edad	Nombre	¿Historia de trastorno mental? Sí/No

2. Para aquellos familiares de primer grado que tienen historia de trastorno mental

Nombre del familiar	Denominación del problema	Síntomas	Duración	Historia del tratamiento

3. ¿El paciente tiene algún familiar de primer grado con un trastorno psicótico (Esquizofrenia, Trastorno esquizofreniforme, Psicosis breve, Trastorno delirante, Trastorno psicótico no especificado, Trastorno esquizoafectivo, Manía psicótica, Depresión psicótica)? Sí
No

P. SÍNTOMAS POSITIVOS

CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO / IDEAS DELIRANTES

Las siguientes preguntas están divididas en secciones y exploran tanto el pensamiento psicótico y delirante como el contenido inusual del pensamiento no psicótico.

Dichas experiencias son evaluadas en la SOPS P1 al final de las preguntas.

N = NO NI = No información S = SI

PERPLEJIDAD Y HUMOR DELIRANTE

PREGUNTAS:

1. **¿Ha tenido alguna vez la sensación de que algo extraño o malo está ocurriendo y no puede explicar? N NI S (Anote Especificaciones)**
2. **¿Ha estado alguna vez confuso sobre si lo que experimentó era real o imaginario? N NI S (Anote Especificaciones)**
3. **¿La gente de la familia o de su alrededor le parecen extraños alguna vez? ¿Confusos? ¿Irreales? ¿No una parte del mundo viviente? ¿Alienados? ¿Inhumanos? ¿Diabólicos? N NI S (Anote Especificaciones)**
4. **¿Su forma de experimentar el tiempo parece haber cambiado? ¿Anormalmente rápido o lento? N NI S (Anote Especificaciones)**
5. **¿Alguna vez parece vivir los acontecimientos exactamente como ya los había experimentado antes? N NI S (Anote Especificaciones)**

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
- **GRADO DE MALESTAR: ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?**
- **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA: ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?**
- **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION: ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?**

SÍNTOMAS DE PRIMER RANGO

PREGUNTAS:

1. **¿Ha sentido que no tiene el control de sus ideas o pensamientos? N NI S (Anote Especificaciones)**
2. **¿Alguna vez siente como si, de alguna manera, los pensamientos fueran introducidos o fueran sacados de su cabeza? ¿Alguna vez siente que alguna persona o fuerza interfiere en su pensamiento? N NI S (Anote Especificaciones)**
3. **¿Alguna vez siente que sus pensamientos son repetidos en voz alta, de modo que la gente puede oírlos? N NI S (Anote Especificaciones)**
4. **¿Alguna vez piensa que la gente es capaz de leer su mente? N NI S (Anote Especificaciones)**
5. **¿Alguna vez piensa que usted podía leer la mente de otras personas? N NI S (Anote Especificaciones)**
6. **¿Alguna vez siente que la radio o la televisión se está comunicando directamente con usted? N NI S (Anote Especificaciones)**

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
 - **GRADO DE MALESTAR:** ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?
 - **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA:** ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?
 - **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION:** ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?
-
-
-
-

IDEAS SOBREALORADAS

PREGUNTAS:

1. **¿Tiene firmes convencimientos o creencias que son muy importantes para usted, sobre cuestiones como la religión, la filosofía o la política? N NI S (Anote Especificaciones)**
2. **¿Fantasea mucho o se encuentra a sí mismo preocupado con historias, fantasías o ideas? ¿Alguna vez se siente confuso sobre si algo forma parte de su imaginación o si es real? N NI S (Anote Especificaciones)**
3. **¿Alguna vez le parece que sus supersticiones afectan a su conducta? N NI S (Anote Especificaciones)**
4. **¿Hay gente que le dice que sus ideas o creencias son inusuales o extrañas? Si es así, ¿en qué consisten esas ideas o creencias? N NI S (Anote Especificaciones)**
5. **¿Alguna vez siente que puede predecir el futuro? N NI S (Anote Especificaciones)**

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
- **GRADO DE MALESTAR:** ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?
- **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA:** ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?
- **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION:** ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?

OTROS PENSAMIENTOS INUSUALES / IDEAS DELIRANTES

PREGUNTAS:

1. **Ideas somáticas:** ¿Se preocupa alguna vez por si hay algo malo en su cuerpo o en su salud? N NI S (Anote Especificaciones)
2. **Ideas nihilistas:** ¿Ha sentido alguna vez que podría no existir realmente? ¿Pensó alguna vez que el mundo podría no existir? N NI S (Anote Especificaciones)
3. **Ideas de culpa:** ¿Se encontró alguna vez pensando mucho sobre cómo ser bueno o empieza a creer que merece ser castigado de alguna manera? N NI S (Anote Especificaciones)

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA
 - GRADO DE MALESTAR: ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?
 - GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA: ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?
 - GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION: ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?
-
-
-
-

IDEAS DE REFERENCIA NO

PERSECUTORIAS

PREGUNTAS:

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

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA
 - GRADO DE MALESTAR: ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?
 - GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA: ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?
 - GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION: ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?
-

DESCRIPCIÓN: CONTENIDO INUSUAL DE PENSAMIENTO / IDEAS DELIRANTES

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

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

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

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave pero no psicótico	6 Grave y psicótico
	"Trucos mentales" que son confusos. Sensación de que algo es diferente.	Sobreinterés en la vida fantástica. Ideas/creencias inusualmente valoradas. Algunas supersticiones más allá de las que puedan observarse para una persona media dentro de las normas	Acontecimientos mentales no anticipados/ideas de referencia no persecutorias/trucos mentales/pensamiento mágico que no es fácilmente rechazado y puede ser irritante o preocupante. Una sensación de que estas experiencias o estas creencias	Sensación de que las experiencias vienen desde fuera de uno mismo o que las ideas/las creencias pueden ser reales pero el escepticismo se mantiene intacto. Generalmente	La creencia en la realidad de los «trucos mentales» /acontecimientos mentales/control externo/pensamiento mágico es convincente, pero los datos en contra y las opiniones de otros pueden inducir a la duda. Puede	Convicción delirante (sin ninguna duda), al menos intermitentemente. Generalmente interfiere con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.

		culturales.	convincientes nuevas están llegando a ser significativas porque ellas no se irán.	no afecta al funcionamiento	afectar al funcionamiento.	
--	--	-------------	---	-----------------------------	----------------------------	--

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)	Y (si es aplicable)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez: <input type="checkbox"/> Durante toda la vida o "desde que tengo memoria" <input type="checkbox"/> No puede ser determinado <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____ <div style="text-align: center;">Mes Año</div>	Anote la fecha más reciente en que el síntoma, actualmente valorado con 3-5, experimentó un incremento en intensidad de al menos un punto: <div style="text-align: center;">_____ / _____ Mes Año</div>

DESCRIPCIÓN: SUSPICACIA / IDEAS PERSECUTORIAS

- a. Ideas persecutorias de referencia
- b. Susplicacia o pensamiento paranoide
- c. Presentar una actitud cautelosa o incluso abierta de desconfianza que puede reflejar convicción delirante e inmiscuirse en la entrevista y/o en la conducta.

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

SUSPICACIA / IDEAS PERSECUTORIAS gravedad (rodee una)

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave pero no psicótico	6 Grave y psicótico
	Cautela	Dudas sobre seguridad. Hipervigilancia sin fuente clara del peligro	Sensación de que la gente es hostil, no digna de confianza, y/o fácilmente rencorosa. Sentimiento de que la hipervigilancia puede ser necesaria. Sentimiento recurrente (todavía infundado o exagerado a veces) de que la gente está pensando o diciendo cosas negativas de la persona. Puede parecer desconfiado	Pensamientos claros o convincentes de ser observado o señalado. Sentimiento de que la gente intenta dañar. Creencias fácilmente descartadas. La presentación puede parecer cautelosa. Reacción o irritable en respuesta al Interrogatorio	Ideas poco organizadas de intenciones peligrosas u hostiles. El escepticismo y la perspicacia se pueden inducir con datos u opinión no confirmadas. La conducta está afectada en algún grado. La actitud defensiva puede interferir con la capacidad para obtener información en la entrevista	Convicción paranoide delirante (sin ninguna duda), al menos de manera intermitente. Probabilidad de afectar el funcionamiento

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)	Y (si es aplicable)
<p>Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Durante toda la vida o "desde que tengo memoria"</p> <p><input type="checkbox"/> No puede ser determinado</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____</p> <p style="text-align: center;">Mes Año</p>	<p>Anote la fecha más reciente en que el síntoma, actualmente valorado con 3-5, experimentó un incremento en intensidad de al menos un punto:</p> <p style="text-align: center;">_____ / _____</p> <p style="text-align: center;">Mes Año</p>

P.3. DESCRIPCIÓN: GRANDIOSIDAD

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

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

IDEAS DE GRANDIOSIDAD gravedad (rodee una)

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave pero no psicótico	6 Grave y psicótico
	Pensamientos privados de ser generalmente superior en intelecto o talento	Pensamientos de ser especialmente talentoso, de comprensión elevada, o dotado en una o más áreas. Pensamientos que se mantienen mayoritariamente en privado	Sensación de ser inusualmente dotado, poderoso o especial. Puede ser expansivo. Promueve planes significativamente irrealistas, pero reorientables fácilmente	Creencias vagamente organizadas de poder, riqueza, talento o capacidades. Metas poco realistas que pueden afectar a los planes y al funcionamiento	Creencias persistentes de tener una inteligencia, atractivo, poder o fama superiores Puede provocarse escepticismo sobre la creencia. A menudo influye en la conducta o en las acciones	Convicción de delirios de grandiosidad (sin ninguna duda), al menos intermitentemente. Influye en la conducta y en las creencias

Valoración basada en:

P.4. PERCEPCIONES ANÓMALAS / ALUCINACIONES

Las siguientes preguntas investigan tanto las alucinaciones como las anomalías perceptivas no psicóticas. Son evaluadas en la escala SOPS P4 al final de las preguntas.

DISTORSIONES PERCEPTIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTA:

1. ¿Alguna vez siente que su mente le ha jugado una mala pasada? N NI S (Anote Especificaciones)

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
 - **GRADO DE MALESTAR: ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?**
 - **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA: ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?**
 - **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION: ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?**
-
-
-
-

DISTORSIONES AUDITIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTAS:

1. **¿Alguna vez siente que sus oídos le juegan malas pasadas? N NI S (Anote Especificaciones)**
2. **¿Se ha sentido más sensible a los sonidos? ¿Los sonidos le parecen diferentes? ¿Más altos o más suaves? N NI S (Anote Especificaciones)**
3. **¿Alguna vez escucha sonidos inusuales como estallidos, chasquidos, silbidos, palmadas, zumbidos en sus oídos? N NI S (Anote Especificaciones)**
4. **¿Alguna vez piensa que oye sonidos y luego se da cuenta de que probablemente allí no había nada? N NI S (Anote Especificaciones)**
5. **¿Alguna vez oye sus propios pensamientos como si fueran hablados fuera de su cabeza? N NI S (Anote Especificaciones)**
6. **¿Alguna vez oye una voz que otros no pueden o no parecen oír? ¿Le suena con claridad, igual que una voz que habla con usted como yo hago ahora? ¿Podrían ser sus propios pensamientos o es claramente una voz que le habla en alto? N NI S (Anote Especificaciones)**

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
- **GRADO DE MALESTAR:** ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?
- **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA:** ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?
- **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION:** ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?

DISTORSIONES VISUALES, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTAS:

1. **¿Alguna vez siente que sus ojos le juegan malas pasadas? N NI S (Anote Especificaciones)**
2. **¿Parece tener más sensibilidad a la luz o las cosas que ve alguna vez le parecían diferentes en color, brillo o palidez, o que habían cambiado de alguna otra manera? N NI S (Anote Especificaciones)**
3. **¿Ha visto alguna vez cosas inusuales como destellos, llamas, figuras borrosas o sombras con el rabillo del ojo? N NI S (Anote Especificaciones)**
4. **¿Alguna vez cree que ve gente, animales o cosas, pero luego se da cuenta de que puede que no estén allí realmente? N NI S (Anote Especificaciones)**
5. **¿Ve alguna vez cosas que otros no pueden o no parecen ver? N NI S (Anote Especificaciones)**

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
- **GRADO DE MALESTAR: ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?**
- **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA: ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?**
- **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION: ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?**

DISTORSIONES SOMATICAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTA:

1. **¿Ha notado alguna sensación corporal inusual como sentir un hormigueo, agarrotamiento, presión, dolores, quemaduras, frío, entumecimiento, vibraciones, electricidad, o molestia? N NI S (Anote Especificaciones)**

DISTORSIONES OLFATORIAS O GUSTATIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTA:

1. **¿Huele o saborea alguna vez cosas que otra gente no percibe? N NI S (Anote Especificaciones)**

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas "S", registre:

- **DESCRIPCION-COMIENZO-DURACION-FRECUENCIA**
- **GRADO DE MALESTAR:** ¿cómo es esta experiencia para usted?, ¿le molesta?
- **GRADO DE INTERFERENCIA CON LA VIDA:** ¿actúa alguna vez bajo esta experiencia?, ¿ha hecho alguna vez algo diferente debido a esta experiencia?
- **GRADO DE CONVICCION/SIGNIFICACION:** ¿cómo explica esta experiencia?, ¿alguna vez siente que esto podría estar sólo en su cabeza?, ¿piensa que esto es real?

P.4. DESCRIPCIÓN: PERCEPCIONES ANÓMALAS / ALUCINACIONES

- Experiencias perceptivas inusuales. Percepciones elevadas o apagadas, experiencias sensoriales vívidas, distorsiones, ilusiones.
- Pseudo-alucinaciones o alucinaciones dentro de las cuales el sujeto tiene autoconciencia (es decir, ej., tiene conciencia de su naturaleza anormal).
- Alucinaciones francas ocasionales que pueden influir mínimamente en el pensamiento o en la conducta.

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

PERCEPCIONES ANÓMALAS / ALUCINACIONES

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave pero no psicótico	6 Grave y psicótico
	Leves pero apreciables cambios en la sensibilidad perceptiva (p. ej., elevada, apagada, distorsionada, etc.)	Inesperados cambios de percepción amorfos/ cambios que son desconcertantes pero no se consideran significativos	Repetidas imágenes amorfas (sombras, rastros, sonidos, etc.), ilusiones o alteraciones perceptivas persistentes que pueden ser preocupantes o experimentadas como inusuales	Ilusiones recurrentes o alucinaciones momentáneas que no se reconocen como reales aunque pueden ser amenazantes o cautivadoras, y pueden afectar ligeramente a la conducta. No es segura la fuente de las experiencias	Alucinaciones que ocasionalmente afectan al pensamiento o a la conducta, que son experimentadas probablemente como externas o posiblemente reales. El escepticismo puede ser inducido	Alucinaciones recurrentes percibidas como reales y distintas de los pensamientos de la persona. Clara influencia en el pensamiento, los sentimientos y/o la conducta. El escepticismo no puede ser inducido

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)	Y (si es aplicable)
<p>Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Durante toda la vida o "desde que tengo memoria"</p> <p><input type="checkbox"/> No puede ser determinado</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____</p> <p style="text-align: center;">Mes Año</p>	<p>Anote la fecha más reciente en que el síntoma, actualmente valorado con 3-5, experimentó un incremento en intensidad de al menos un punto:</p> <p style="text-align: center;">_____ / _____</p> <p style="text-align: center;">Mes Año</p>

P.5. DESCRIPCIÓN: COMUNICACIÓN DESORGANIZADA

- Habla extraña. Vaga, metafórica, sobreelaborada, estereotipada.
- Habla confusa, desordenada, acelerada o enlentecida, usando palabras incorrectas, hablando cosas irrelevantes al contexto o perdiendo el hilo.
- El habla es circunstancial, tangencial o paralógica. Existe alguna dificultad en dirigir las frases hacia una meta.
- La laxitud en las asociaciones puede estar presente y hacer el lenguaje incoherente o ininteligible.

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

COMUNICACIÓN DESORGANIZADA gravedad (rodee una)

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave pero no psicótico	6 Grave y psicótico
	Algunas palabras o frases que no tienen sentido	Comunicaciones vagas, confusas, desordenadas, inconsistentes ocasionalmente. Puede perder el hilo brevemente	Ocasionalmente palabras incorrectas, temas irrelevantes. Frecuentes pierde el hilo, pero responde fácilmente ante preguntas aclaratorias. Forma de hablar estereotipada o sobreelaborada	Lenguaje claramente circunstancial (p. ej., eventualmente vuelve al tema). Alguna dificultad en dirigir las frases hacia una meta. La persona es capaz de ser redirigido a través del interrogatorio y la estructura de la conversación	Comunicaciones tangenciales (p. ej., nunca vuelve al tema). Cierta laxitud en las asociaciones bajo presión. Puede responder con precisión a preguntas breves	La comunicación es laxa o irrelevante e ininteligible bajo mínima presión o cuando el contenido de la comunicación es complejo. No responde a la estructura de la conversación

Valoración basada en:

N. SÍNTOMAS NEGATIVOS

ANHEDONIA SOCIAL

PREGUNTAS:

1. **¿Generalmente prefiere estar solo o con otros?** (Si prefiere estar solo, especifique la razón.) ¿Apatía social?
¿Fácilmente incómodo con los demás? ¿Ansiedad? ¿Otro? **N NI S (Anote la respuesta)**
2. **¿Qué prefiere hacer normalmente en su tiempo libre?** ¿Sería más sociable si tuviera la oportunidad?
N NI S (Anote la respuesta)
3. **¿Con qué frecuencia pasa un rato con sus amigos fuera de la escuela/trabajo?**
¿Qué tipo de actividades llevan a cabo juntos? **N NI S (Anote la respuesta)**
4. **¿Con qué frecuencia pasa un rato con sus familiares?** ¿Qué hace con ellos? **N NI S (Anote la respuesta)**

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

N.1. DESCRIPCIÓN: ANHEDONIA SOCIAL

- a. Falta de amigos íntimos o confidentes distintos de los familiares de primer grado.
- b. Prefiere estar solo, aunque participe en funciones sociales cuando se le requiere. No inicia contacto.
- d. Acude pasivamente a la mayoría de las actividades sociales, aunque de manera mecánica y desinteresada. Tiende a quedarse en un segundo plano.

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

ANHEDONIA SOCIAL O AISLAMIENTO
síntomas negativos

Escala de

Valoración basada en:

N.2. ABULIA

PREGUNTAS:

1. **¿Cree que tiene problemas para motivarse para hacer las cosas? N NI S (Anote la respuesta)**
2. **¿Le cuesta realizar las actividades diarias normales? N NI S (Anote la respuesta)**
3. **¿Cree que la gente tiene que insistirle para hacer las cosas? ¿Ha dejado de hacer algo que acostumbraba a hacer? N NI S (Anote la respuesta)**

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

N.2. DESCRIPCIÓN: ABULIA

- a. Alteraciones con la iniciación, persistencia y control de actividades dirigidas a un fin.
- b. Bajo impulso, energía o productividad.

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

ABULIA

síntomas negativos

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Centrado en actividades dirigidas a un fin, pero menos de lo que podría considerarse el promedio	Bajo nivel de impulso o energía. Las tareas sencillas requieren esfuerzo o llevan más tiempo del considerado normal. La productividad se considera dentro del promedio o se encuentra en límites normales	Bajos niveles de motivación en participar en actividades dirigidas a un fin. Deterioro en la iniciación y/o persistencia. Es necesario espolearle un poco para la iniciación o la finalización de la tarea	Niveles mínimos de motivación para tomar parte en actividades dirigidas a un fin o para finalizarlas. Habitualmente requiere ser espoleado	Falta de impulso / energía que da lugar a un significativo bajo nivel de rendimiento. Abandona la mayoría de las actividades. Constante necesidad de ser espoleado, aunque puede que no tenga éxito	Empuje sin éxito. Virtualmente, no participa en ninguna actividad dirigida a un fin

N.3. EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA

PREGUNTA:

1. ¿Le señaló alguien que está menos afectivo o menos conectado a la gente de lo que solía estar? N N I S (Anote la respuesta)

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

Nota: La base para evaluar incluye: La observación de afecto aplanado, así como informes de disminución en la expresión de las emociones.

N.3. DESCRIPCIÓN: EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA

- a. Respuesta emocionales aplanada, embotada, disminuida, caracterizada por una reducción de la expresión, modulación de los sentimientos (p. ej., habla monótona) y de los gestos de la comunicación (apariencia apagada).
- b. Falta de espontaneidad y de fluidez en la conversación. Reducción en la fluidez normal de la comunicación. La conversación muestra poca iniciativa. Las respuestas del paciente tienden a ser breves y sin adornos, que requieren preguntas directas y mantenidas por el entrevistador.
- c. Pobre *rapport*. Falta de empatía interpersonal, de franqueza en la conversación, de sentido de intimidad, de interés o de implicación con el entrevistador. Esto se hace evidente por un distanciamiento interpersonal y comunicación verbal y no verbal reducida.

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

EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA síntomas negativos

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Respuestas emotivas ligeramente retrasadas o disminuidas	La conversación carece de vivacidad, parece forzada	Mínima expresión emotiva a veces, pero mantiene el flujo de la conversación	Dificultad para mantener la conversación. Habla mayoritariamente monótona. Mínima empatía	El inicio y mantenimiento de la conversación requiere preguntas directas y sostenidas por el entrevistador.	Afecto aplanado, habla monótona. Incapaz de mantenerse implicado con el entrevistador o de mantener una

N.4. RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO

PREGUNTAS:

1. ¿En general, ¿siente sus emociones menos intensas de lo que solía? ¿Se siente alguna vez insensible? N NI S (Anote la respuesta)
2. ¿Encuentra que le cuesta más distinguir las diferentes emociones/sentimientos? N NI S (Anote la respuesta)
3. ¿Se siente emocionalmente aplanado? N NI S (Anote la respuesta)
4. ¿Alguna vez siente una pérdida del sentido del yo o se siente desconectado de usted mismo o de su vida? N NI S (Anote la respuesta)

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

N.4. DESCRIPCIÓN: RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO

- a. Experiencias emocionales y sentimientos menos reconocibles y genuinos, adecuados.
- b. Sensación de distancia cuando habla con los demás, no sentimiento de *rapport* con los demás.
- c. Desaparición de emociones, dificultad para sentir felicidad o tristeza.
- d. Sensación de no tener sentimientos: Anhedonia, apatía, pérdida de interés, aburrimiento.
- e. Se siente profundamente cambiado, irreal o extraño.
- f. Se siente despersonalizado, distanciado del yo.
- g. Pérdida de sentido del yo.

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

RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO síntomas negativos

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Se siente distante de los demás. Sentimientos cotidianos apagados	Ausencia de emociones fuertes o de sentimientos definidos claramente	Las emociones parecen embotadas o no fácilmente diferenciadas	Sensación de falta de vida, de aplanamiento o de tensión aversiva indiferenciada. Dificultad para sentir emociones, incluso emociones	Pérdida del Sentimiento del yo. Se siente despersonalizado, irreal o extraño. Puede sentirse desconectado de su cuerpo, del mundo, del tiempo. No tiene sentimientos la mayoría del tiempo	Se siente profundamente cambiado y posiblemente ajeno al yo. No tiene sentimientos

N.5. PENSAMIENTO EMPOBRECIDO

PREGUNTAS:

1. ¿Encuentra a veces difícil entender lo que la gente trata de decirle, porque no entiende su significado? N NI S (Anote la respuesta)
2. ¿La gente utiliza cada vez más palabras que no comprende? N NI S (Anote la respuesta)

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

Preguntas abstractas:

Semejanzas: ¿En qué se parecen?

¿Una pelota y una naranja? _____

¿Una manzana y un plátano? _____

¿Una pintura y un poema? _____
del cascarón _____

¿El aire y el agua? _____

Proverbios:

¿Qué significa este refrán?

a. No juzgues un libro por su portada

b. No cuentes tus pollitos antes de que salgan

N.5. DESCRIPCIÓN: PENSAMIENTO EMPOBRECIDO

- a. Incapaz de dar sentido a frases familiares o de captar el "quid" de una conversación o de seguir el discurso cotidiano.
- b. Contenido verbal estereotipado. Disminución de la fluidez, espontaneidad y flexibilidad del pensamiento, a juzgar por el contenido de pensamiento repetitivo y simple. Cierta rigidez en actitudes y creencias. No contempla posiciones alternativas o tiene dificultad para pasar de una idea a otra.
- c. Estructura simple de frases y palabras; escasez de oraciones subordinadas o de matices (adjetivos / adverbios).
- d. Dificultad en el pensamiento abstracto. Deterioro en el uso del pensamiento abstracto-simbólico, evidenciado por la dificultad para la clasificación, para la formación de generalizaciones y para ir más allá del pensamiento concreto y egocéntrico en tareas de solución de problemas; con frecuencia utiliza un modo concreto.

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

PENSAMIENTO EMPOBRECIDO síntomas negativos

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Cierta torpeza en	Problemas para com-	Interpreta co- rrectamente	A ratos pierde el "quid" de una conversación	Capaz de seguir y res- ponder a afirmaciones	Incapaz de seguir cual-

	la conversación	render matices de la conversación. Disminución en el intercambio de la conversación	la mayoría de las semejanzas y proverbios. Usa pocos calificativos (adjetivos y adverbios). Puede perder algunos comentarios abstractos	razonablemente no complicada. El contenido verbal puede ser repetitivo y perseveratorio. Usa estructuras simples en palabras y oraciones sin muchos calificativos. Se pierde o interpreta muchas semejanzas y proverbios concretamente	simples y preguntas, pero tiene dificultad para articular pensamientos y experiencias independientemente. Contenido verbal limitado y este reotipado. Expresión verbal limitada a oraciones simples, breves. Puede no ser capaz de interpretar la mayoría de las semejanzas y proverbios	quier conversación a ratos, sin importar cómo son de simples. Contenido verbal y expresión mayoritariamente limitada a palabras sueltas y respuestas sí/no
--	-----------------	---	---	--	--	--

Valoración basada en:

N.6. DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

PREGUNTAS:

1. **¿Su trabajo le exige más esfuerzo del habitual? N NI S (Anote la respuesta)**
2. **¿Ha estado funcionando peor en los estudios o en el trabajo? ¿Le han puesto a prueba o le han hecho alguna otra llamada de atención debido a su pobre rendimiento? ¿Está perdiendo algunas clases o está considerando dejar los estudios? N NI S (Anote la respuesta)**

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

N.4. DESCRIPCION: DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

- a. Dificultad para desempeñar las funciones de su rol (p. ej., asalariado, estudiante o amo/a de casa), que previamente realizaba sin problemas.
- b. Tiene dificultad en las relaciones productivas e instrumentales con los colegas en el trabajo o la escuela.

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

DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL
síntomas negativos

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Requiere de más esfuerzo y concentración para mantener el nivel habitual de rendimiento en el trabajo o en la escuela	Dificultad de funcionamiento en el trabajo, en la escuela y en las relaciones que es evidente para los demás	Claros problemas para realizar las tareas laborales o descenso en la media de las calificaciones	Suspense en una o más asignaturas. Ha recibido una llamada de atención o le han puesto a prueba en el trabajo	Le han expulsado, ha fracasado en los estudios, o ha habido alguna otra interferencia para completar los requisitos. Ausencia problemática del trabajo. Incapacidad para trabajar con los demás	Fracasó o abandonó los estudios, abandonó el trabajo o fue despedido

D. SÍNTOMAS DE DESORGANIZACION

CONDUCTA O APARIENCIA RARAS

PREGUNTAS:

1. **¿Qué tipo de actividades le gusta hacer?** (Anote la respuesta)
2. **¿Tiene algunas aficiones, intereses especiales o coleccionismos? N NI S** (Anote la respuesta)
3. **¿Cree que los demás dicen que sus intereses son inusuales o que usted es excéntrico? N NI S** (Anote la respuesta)

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

Nota: La base para evaluar incluye: Las observaciones del entrevistador de apariencia inusual o excéntrica, así como informes de conducta o apariencia inusual o extraña.

D.1. DESCRIPCIÓN: CONDUCTA O APARIENCIA RARAS

- a. Conducta o apariencia rara, excéntrica, peculiar, desorganizada o extraña.
- b. Parece preocupado y/o absorto con sus propios pensamientos.
- c. Afectividad inadecuada.

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

CONDUCTA O APARIENCIA RARAS desorganización

Escala de síntomas de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Apariencia o conducta cuestionablemente inusual	Conducta o apariencia que aparece mínimamente inusual o extraño	Conducta, intereses, apariencia, aficiones o preocupaciones extrañas, inusuales, que probablemente son consideradas ajenas a las	Conducta o apariencia que no es convencional para la mayoría de los patrones. Puede, a veces, parecer preocupado por aparentes estímulos internos.	Conducta o apariencia altamente no convencional, extraña. Puede, a veces, parecer preocupado por aparentes estímulos internos. Puede dar respuestas	Apariencia o conducta extremadamente extraña (p. ej., coleccionar basura, hablar solo en públi-

			normas culturales. Puede exhibir alguna conducta inadecuada	Puede parecer desconectado o desimplicado	no contextuales, o mostrar afectividad inadecuada. Puede que los compañeros le hagan el vacío	co). Desconexión entre la afectividad y el lenguaje
--	--	--	---	---	---	---

D.2. PENSAMIENTO EXTRAÑO

PREGUNTA:

1. ¿Alguna vez le dice la gente que sus ideas son inusuales o que su manera de pensar es extraña o ilógica? N N I S (Anote la respuesta)

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

Nota: La base para evaluar incluye: Las observaciones de pensamiento inusual o extraño, así como informes de pensamiento inusual o extraño.

D. 2. DESCRIPCIÓN: PENSAMIENTO EXTRAÑO

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

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

PENSAMIENTO EXTRAÑO desorganización

Escala de síntomas de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Ideas infrecuentes, extravagantes, que son fácilmente abandonadas	Ideas inusuales ocasionales, pensamiento ilógico o distorsionado	Ideas inusuales persistentes, pensamientos ilógicos o distorsionados que se mantienen como una creencia o sistema filosófico dentro de la esfera de la variación subcultural	Pensamiento inusual o ilógico persistente que es aceptado pero que viola el límite de la mayoría de los pensamientos filosóficos o religiosos	Construcción ilógica de ideas extrañas que son difíciles de seguir	Preocupado con pensamientos que son fantásticos, patentemente absurdos, fragmentados, e imposibles de seguir

Valoración basada en:

D.3. PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

PREGUNTAS:

1. **¿Ha tenido dificultad para concentrarse o para ser capaz de fijar la atención en una tarea? ¿Leer?**
¿Escuchar? ¿Ha empeorado más que antes? N NI S (Anote la respuesta)
2. **¿Se distrae fácilmente? ¿Fácilmente es confundido por ruidos o por otras personas que hablan? ¿Ha ido empeorando? ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas? N NI S (Anote la respuesta)**

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

Nota: La base para evaluar incluye: Las observaciones del entrevistador o los informes del paciente sobre problemas con la concentración y la atención.

D.2. DESCRIPCIÓN: PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

- a. Fracaso en mantenerse alerta, manifestado en pobre concentración, distraibilidad a los estímulos internos y externos.
- b. Dificultad en utilizar, mantener o cambiar la atención a nuevos estímulos.
- c. Dificultad con la memoria a corto plazo, incluyendo mantener la conversación en la memoria.

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

D.4. DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL

PREGUNTAS:

1. ¿Ha perdido interés por mantenerse bien limpio y vestido? N NI S (Anote la respuesta)
2. ¿Con qué frecuencia se ducha? (Anote la respuesta)
3. ¿Cuándo fue la última vez que salió a comprar ropa nueva? (Anote la respuesta)

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

D.4. DESCRIPCIÓN: DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL

- a. Deterioro en la higiene y cuidados personales. Auto-abandono.

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

DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL desorganización

Escala de síntomas de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Pobre atención a la higiene personal, pero todavía preocupado por las apariencias	Menos atención a la higiene personal y poco preocupado por la apariencia física o social, pero todavía dentro de unos límites convencionales y/o subculturales	Indiferencia ocasional hacia las convenciones y normas subculturales del vestir y de las indicaciones sociales	Persistente inobservancia de las normas sociales o subculturales de la higiene	No se baña regularmente. Ropa desarreglada, sin cambiar y sin lavar. Puede desprender mal olor	Mal arreglado y parece no importarle, o ni siquiera darse cuenta. No se baña y desprende mal olor. Falta de atención a las indicaciones sociales incluso cuando se le explicitan

G. SÍNTOMAS GENERALES

ALTERACIONES DEL SUEÑO

PREGUNTAS:

1. **¿Cómo ha estado durmiendo recientemente?** ¿Qué tipo de dificultades ha venido teniendo con el sueño? (incluir hora de irse a la cama, de dormir y de levantarse, horas de sueño en el periodo de 24 horas, dificultad para quedarse dormido, despertar temprano, inversión día/noche)

(Anote la respuesta)

2. **¿Se siente cansado durante el día?** ¿Su problema con el sueño le crea dificultades a lo largo del día? ¿Tiene problema para levantarse? **NI SI (Anote la respuesta)**

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

Nota: La base para evaluar incluye: Hipersomnia e hiposomnia.

G.1. DESCRIPCIÓN: ALTERACIONES DEL SUEÑO

- Tiene dificultad para conciliar el sueño.
- Se despierta más temprano de lo deseado y no vuelve a ser capaz de dormir.
- Fatiga y sueño durante el día.
- Inversión día/noche

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

ALTERACIONES DEL SUEÑO síntomas generales

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Sueño agitado	Alguna ligera dificultad para conciliar el sueño o para volver a dormirse	Fatiga durante el día resultante de la dificultad para conciliar el sueño por la noche o por despertarse temprano. Duerme más de lo	El patrón de sueño ha sido significativamente alterado y repercute en otros aspectos del funcionamiento (p. ej., problemas para despertarse para ir a la escuela o al trabajo). Dificultad	Dificultad significativa para conciliar el sueño la mayoría de las noches. Puede tener inversión día/noche. Generalmente nunca acude a las actividades	Incapaz de dormir nada durante más de 48 horas

			que se considera promedio	al levantarse para acudir a citas. Pasa gran parte del día dormido	programadas	
--	--	--	---------------------------	--	-------------	--

Valoración basada en:

G.2. DISFORIA

PREGUNTAS:

1. **¿Cómo ha sido su estado de ánimo recientemente?** (Anote la respuesta)
2. **¿Generalmente se siente infeliz durante algún periodo de tiempo?** N N I S (Anote la respuesta)
3. **¿Ha estado alguna vez deprimido?** ¿Encuentra que llora mucho? ¿Se siente triste/mal/inútil/sin esperanza?
¿Su estado de ánimo ha afectado a su apetito? ¿A su sueño? ¿A su capacidad de trabajo?
N N I S (Anote la respuesta)
4. **¿Ha tenido pensamientos de dañarse a sí mismo o de acabar con su vida?**
¿Ha intentado alguna vez suicidarse? N N I S (Anote la respuesta)
5. **¿Ha tenido alguna vez pensamientos de hacer daño a alguna otra persona?** N N I S (Anote la respuesta)
6. **¿Encuentra que se siente irritable durante la mayor parte del tiempo?** ¿Se enfada a menudo? ¿Alguna vez golpeó a alguien o a algo? N N I S (Anote la respuesta)
7. **¿Se ha sentido más nervioso o ansioso últimamente?** ¿Le ha costado relajarse? N N I S (Anote la respuesta)

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

G.2. DESCRIPCIÓN: DISFORIA

- a. Interés disminuido por actividades placenteras. fobias.
- b. Problemas para dormir.
- c. Apetito disminuido o aumentado.
- d. Sentimientos de pérdida de energía.
- e. Dificultad para concentrarse.
- f. Ideas de suicidio.
- g. Sentimientos de minusvaloración y/o de culpa.

TAMBIÉN:

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

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

DISFORIA

síntomas generales

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Sentirse a menudo «bajo» o «al	Inestabilidad ocasional y/o periodos impredecibles de sentimientos	Sentimientos de tristeza o de otras ansiedades	Periodos recurrentes de tristeza, irritabilidad	Mezclas persistentes desagradables de depresión, irritabilidad o ansiedad	Mezclas dolorosamente desagradables de depresión, irritabilidad o ansiedad

	límite»	tristes, malos o sombríos, que pueden ser una mezcla de depresión, irritabilidad o ansiedad	o descontentos "instaurados"	o depresión	siedad. Conductas de evitación, tales como uso de sustancias o dormir	que pueden desencadenar conductas altamente destructivas, como suicidio o automutilación
--	---------	---	------------------------------	-------------	---	--

Valoración basada en:

G.3. ALTERACIONES MOTORAS

PREGUNTA:

1. ¿Se ha notado algo patoso, torpe o con falta de coordinación en sus movimientos? N N I S (Anote la respuesta)

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

G.3. DESCRIPCIÓN: ALTERACIONES MOTORAS

- a. Se observa o se informa de conducta patosa, falta de coordinación, dificultad para ejecutar actividades que en el pasado se realizaban sin problemas.
- b. El desarrollo de un nuevo movimiento, como un hábito nervioso, estereotipias, formas características de hacer algo, postura o imitación de los movimientos de otras personas (ecopraxia).
- c. Bloqueos motores (catatonía).
- d. Pérdida de destrezas automáticas.
- e. Rituales motores compulsivos.
- f. Movimientos discinéticos de la cabeza, cara, extremidades.

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

ALTERACIONES MOTORAS síntomas generales

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Torpeza	Conducta patosa informada u observada	Pobre coordinación. Dificultad para ejecutar movimientos motores finos	Movimientos estereotipados, a menudo inadecuados	Hábitos nerviosos, tics, muecas. Posturales. Rituales motores compulsivos	Pérdida de los movimientos naturales. Bloqueos motores. Ecopraxia. Discinesia

G.4. TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL

PREGUNTAS:

1. **¿Se siente más cansado o estresado que la mayoría de la gente al final de un día normal? N NI S (Anote la respuesta)**
2. **¿Se siente desconcertado por cosas inesperadas que le ocurren durante el día? N NI S (Anote la respuesta)**
3. **¿Encuentra que se siente desafiado o abrumado por algunas de sus actividades cotidianas?**
¿Viene evitando hacer alguna de sus actividades cotidianas? N NI S (Anote la respuesta)
4. **¿Viene encontrándose demasiado estresado, desorganizado o falta de energía y motivación para afrontar las actividades cotidianas? N NI S (Anote la respuesta)**

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

G.4. DESCRIPCIÓN: TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL

- a. Evita o se muestra exhausto por situaciones estresantes que previamente manejaba fácilmente.
- b. Acusados síntomas de ansiedad o evitación, en respuesta a los estresores cotidianos.
- c. Cada vez más afectado por experiencias que manejaba fácilmente en el pasado. Mayor dificultad de habituación.

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

TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL síntomas generales

Escala de

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Cansado o estresado al final de un día normal	El estrés cotidiano eleva los síntomas de ansiedad más allá de lo que	Desconcertado por los acontecimientos inesperados en	Cada vez más "desafiado" por las experiencias cotidianas	Evita o se siente abrumado por las situaciones estresantes que	Desorganización, pánico, apatía o aislamiento en respuesta al estrés

		podría esperarse	un día normal		surgen durante el	cotidiano	día
--	--	------------------	---------------	--	-------------------	-----------	-----

Valoración basada en:

GAF: EVALUACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO

GAF-M: En la puntuación, considerar el funcionamiento psicológico, social y laboral en un hipotético continuo de salud/enfermedad mental. No incluir deterioro en el funcionamiento debido a limitaciones de salud física (o ambiental).

SIN SINTOMAS: 100 - 91

Funcionamiento superior en un rango de actividades

Los problemas de la vida nunca parecen escaparse de la mano Solicitado por otros debido a sus muchas cualidades positivas

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

Una persona que funciona excepcionalmente bien con estrés mínimo en un área de la vida = puntuación 91-94

SINTOMAS AUSENTES O MÍNIMOS: 90 - 81

Síntomas mínimos o ausentes (p. ej., leve ansiedad ante un examen) Buen funcionamiento en todas las áreas y satisfecho con la vida Interesado e implicado en un amplio rango de actividades

Eficaz socialmente

No más que problemas o preocupaciones cotidianas (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia)

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

Una persona con síntomas mínimos o problemas cotidianos = puntuación 84-

87 Una persona con síntomas mínimos y problemas cotidianos = puntuación

81-83

ALGUNOS SÍNTOMAS TRANSITORIOS: 80 - 71

Síntomas leves presentes, pero éstos son transitorios y reacciones esperadas a estresores psicosociales (p. ej., dificultad para concentrarse después de una discusión familiar)

Ligero deterioro en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., quedarse atrás en la escuela o el trabajo) *Una persona TANTO con síntoma/s leve/s COMO con leve deterioro en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 78-80*

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

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

ALGUNOS SÍNTOMAS LEVES PERSISTENTES: 70 - 61

Los síntomas leves que están presentes NO son simplemente esperadas reacciones a estresores psicosociales (p. ej., depresión leve o atenuada y/o leve insomnio)
Alguna dificultad persistente en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., absentismo escolar ocasional, robo dentro de la familia, o quedarse atrás en la escuela o el trabajo repetidas veces)
PERO tiene algunas relaciones interpersonales significativas
Una persona TANTO con síntomas leves persistentes COMO con leve dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 68-70
Una persona con dificultad leve persistente en más de un área del funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 64-67
Una persona con AMBOS síntomas persistentes leves Y alguna dificultad en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 61-63

SÍNTOMAS MODERADOS: 60 - 51

Síntomas moderados (p. ej., frecuente humor depresivo e insomnio y/o rumiaciones moderadas y obsesivas; o ataques de ansiedad ocasionales; o afectividad aplanada y lenguaje circunstancial; o problemas alimentarios y por debajo del mínimo peso seguro sin depresión)
Moderada dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos o conflictos con los compañeros de trabajo)
Una persona TANTO con síntomas moderados COMO con dificultad moderada en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 58-60
Una persona con dificultad moderada en más de un área del funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 54-57
Una persona con AMBOS síntomas moderados Y dificultad moderada en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 51-53

ALGUNOS SÍNTOMAS GRAVES O DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO: 50 - 31

Serio deterioro en el trabajo, la escuela o las tareas domésticas si es amo/a de casa (p. ej., incapacidad de mantener un trabajo o de permanecer en la escuela, o fracaso escolar, o ser incapaz de cuidar la familia y la casa)
Problemas frecuentes con la ley (p. ej., frecuentes robos en tiendas, arrestos) o conducta combativa ocasional Serio deterioro de las relaciones con los amigos (p. ej., muy pocos o ningún amigo, o evita a los amigos que él/ella tiene)
Serio deterioro de las relaciones con la familia (p. ej., peleas frecuentes con la familia y/o negligencia familiar o no tiene hogar)
Serio deterioro del razonamiento (incluyendo incapacidad para tomar decisiones, confusión, desorientación) Serio deterioro del pensamiento (incluyendo una preocupación constante con los pensamientos, imagen corporal distorsionada, paranoia)
Serio deterioro del humor (incluyendo un humor depresivo constante más indefensión y desesperanza, o agitación, o humor maníaco)
Serio deterioro debido a ansiedad (ataques de pánico, ansiedad abrumadora) Otros síntomas: algunas alucinaciones, delirios o graves rituales obsesivos Idealización suicida pasiva
Una persona con 1 área alterada = puntuación 48-50
Una persona con 2 áreas alteradas = puntuación 44-47
Una persona con 3 áreas alteradas = puntuación 41-43
Una persona con 4 áreas alteradas = puntuación 38-40
Una persona con 5 áreas alteradas = puntuación 34-37
Una persona con 6 áreas alteradas = puntuación 31-33

INCAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN CASI TODAS LAS AREAS: 30 - 21

Preocupación suicida o ideas de suicidio francas con preparación
O conducta considerablemente influenciada por delirios o alucinaciones
O serio deterioro de la comunicación (algunas veces incoherente, actúa de manera extremadamente inadecuada, o profunda depresión estuporosa)
Serio deterioro en el trabajo, la escuela o las tareas domésticas si es amo/a de casa (p. ej., incapaz de mantener un trabajo o de permanecer en la escuela, o fracaso escolar, o incapaz de cuidar de la familia y del hogar) Problemas frecuentes con la ley (p. ej., robos en tiendas frecuentes, arrestos) o conducta combativa ocasional Serio deterioro de las relaciones con los amigos (p. ej., muy pocos o ningún amigo, o evita a los amigos que él/ella tiene)
Serio deterioro de las relaciones con la familia (p. ej., peleas frecuentes con la familia y/o negligencia familiar o no tiene hogar)
Serio deterioro en el razonamiento (incluyendo incapacidad para tomar decisiones, confusión, desorientación) Serio deterioro del pensamiento (incluyendo una preocupación constante con los pensamientos, imagen corporal distorsionada, paranoia)
Serio deterioro del humor (incluyendo un humor depresivo constante más indefensión y desesperanza, o agitación, o humor maníaco)
Serio deterioro debido a la ansiedad (ataques de pánico, ansiedad abrumadora) Otros síntomas: algunas alucinaciones, delirios o rituales obsesivos graves Idealización suicida pasiva
Una persona con 1 de los 3 primeros (únicamente) criterios = puntuación 21
O Una persona con 7 de los criterios combinados = puntuación 28-30
Una persona con 8-9 de los criterios combinados = puntuación 24-27
Una persona con 10 de los criterios combinados = puntuación 20-23

CON CIERTO PELIGRO DE DAÑO A SI MISMO O A LOS DEMÁS: 20 - 11

Intentos de suicidio sin clara expectativa de muerte (p. ej., leve sobredosis o cortarse las muñecas con gente alrededor)
Algo de violencia grave o conductas de auto-mutilación
Exaltación grave maníaca o agitación grave e impulsividad
Ocasionalmente fracasa para mantener el mínimo de higiene personal (p. ej., diarrea debido a laxantes, o embadurnado de heces)
Ingreso de urgencia/emergencia en el actual hospital psiquiátrico
Con riesgo físico debido a problemas médicos (p. ej., grave anorexia o bulimia y algunos vómitos espontáneos o abundante uso de pastillas laxantes/diuréticas/dietéticas, pero sin serios problemas de corazón o de hígado o grave deshidratación y desorientación)
Una persona con 1-2 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 18-20
Una persona con 3-4 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 14-17
Una persona con 5-6 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 11-13

CON PERSISTENTE PELIGRO DE GRAVE DAÑO A SÍ MISMO O A LOS DEMÁS: 10 - 1

Serios actos suicidas con clara expectativa de muerte (p. ej., apuñalarse, dispararse, colgarse, o serias sobredosis, sin nadie presente)
Frecuente violencia grave o auto-mutilación
Excitación maníaca extrema o agitación e impulsividad extremas (p. ej., gritos violentos y desgarros del relleno del colchón de la cama)
Incapacidad persistente de mantener un mínimo de higiene personal
Ingreso de urgencia/emergencia en el actual hospital psiquiátrico
Con agudo y grave riesgo debido a problemas médicos (p. ej., anorexia grave o bulimia con problemas cardíacos/renales, o vómitos espontáneos CADA VEZ QUE ingiere la comida, o depresión grave con diabetes descontrolada)
Una persona con 1-2 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 8-10
Una persona con 3-4 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 4-7
Una persona con 5-6 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 1-3

Adaptado de Hall, R. (1995). Global assessment of functioning: A modified scale, *Psychosomatics*, 36, 267-275.

Puntuación actual: _____ Puntuación más alta en el pasado año:

CRITERIOS DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
ESQUIZOTÍPICA

El Riesgo Genético el Estado de Deterioro Prodrómico – riesgo Genético supone cumplir los criterios del DSM-IV del Trastorno de la Personalidad Esquizotípica (Ver más abajo) y/o tener un familiar de primer grado con un trastorno psicótico (Ver p. 9).

DSM-IV: Trastorno de la Personalidad Esquizotípica:

Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo, y reducida capacidad de relaciones íntimas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades en la conducta. El comienzo puede retrotraerse a la adolescencia o temprana edad adulta. En personas con menos de 18 años, las características tienen que haber estado presentes durante al menos 1 año.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA PRESENTE, señalada por cinco (o más) de los siguientes:

Criterios del Trastorno de la Personalidad Esquizotípica del DSM-IV: Calificación basada en las respuestas a la entrevista.	SI	NO
a. Ideas de referencia (excluyendo delirios de referencia)		
b. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en la conducta y que es inconsistente con las normas de la subcultura (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)		
c. Experiencias perceptivas inusuales, incluyendo delirios corporales		
d. Pensamiento y lenguaje extraño (p. ej., vago, metafórico, sobreelaborado, estereotipado)		
e. Afectividad inapropiada o restringida		
f. Conducta o apariencia rara, excéntrica o peculiar		
g. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado		
h. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo		

RESUMEN: DATOS DE LA SIPS

Escala de síntomas positivos

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

Síntomas Positivos

	(p. 9)	0	1	2	3	4	5	6	Totales
P.1. Contenido inusual del pensamiento/Ideas delirantes		0	1	2	3	4	5	6	6
P.2. Susplicacia/Ideas persecutorias (p. 13)		0	1	2	3	4	5	6	6
P.3. Grandiosidad (p.15)		0	1	2	3	4	5	6	6
P.4. Percepciones anómalas/Alucinaciones (p. 17)		0	1	2	3	4	5	6	6
P.5. Comunicación desorganizada (p. 20)		0	1	2	3	4	5	6	6

Escala de síntomas negativos, de desorganización, generales

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

Síntomas negativos

N.1. Anhedonia social (p. 22)	0	1	2	3	4	5	6
N.2. Abulia (p. 23)	0	1	2	3	4	5	6
N.3. Expresión emocional disminuida (p. 24)	0	1	2	3	4	5	6
N.4. Restricción emocional y del yo (p. 25)	0	1	2	3	4	5	6
N.5. Pensamiento empobrecido (p. 26)	0	1	2	3	4	5	6
N.6. Deterioro en el funcionamiento global (p. 27)	0	1	2	3	4	5	6

Síntomas de desorganización

D.1. Conducta o apariencia raras (p. 28)	0	1	2	3	4	5	6
D.2. Pensamiento extraño (p. 29)	0	1	2	3	4	5	6
D.3. Problemas de atención y concentración (p. 30)	0	1	2	3	4	5	6
D.4. Deterioro de la higiene personal (p. 31)	0	1	2	3	4	5	6

Síntomas generales

G.1. Alteraciones del sueño (p. 32)	0	1	2	3	4	5	6
G.2. Disforia (p. 33)	0	1	2	3	4	5	6
G.3. Alteraciones motoras (p. 34)	0	1	2	3	4	5	6
G.4. Tolerancia disminuida al estrés normal (p. 35)	0	1	2	3	4	5	6

GAF (p. 36)

Puntuación actual _____

Puntuación más alta en el último año

Trastorno de la Personalidad Esquizotípica (p. 39) SI_____ NO_____

Historia familiar de enfermedad Psicótica (p. 8) SI_____ NO_____

RESUMEN DE LOS CRITERIOS DEL SINDROME SIPS

I. Descartar psicosis actual: PRESENCIA DE SÍNDROME PSICÓTICO (POPS)

Síndrome Psicótico		SI	NO
A.	¿Tiene alguna de las escalas P1-P5 de la SOPS una puntuación de 6?		
B.	Si SI a A, ¿son los síntomas gravemente desorganizadores o peligrosos?		
C.	Si SI a A, ¿han ocurrido los síntomas durante al menos una hora al día con una frecuencia media de cuatro veces a la semana durante un mes?		

Si SI a A y B o A y C, el sujeto cumple los criterios para una psicosis actual.

Nota: Fecha que se alcanzaron los criterios por primera vez (día/mes/año):

II. Confirmar síndrome prodrómico: CRITERIOS DE SÍNDROMES PRODRÓMICOS (COPS)

A. Síndrome Psicótico Breve e Intermitente		SI	NO
1.	¿Tiene alguna de las Escalas P1-P5 de la SOPS una puntuación de 6?		
2.	Si SI a 1, ¿han alcanzado los síntomas un nivel de intensidad psicótica en los últimos 3 meses?		
3.	Si SI a 1 y 2 ¿están los síntomas actualmente presentes al menos varios minutos al día con una frecuencia de al menos una vez al mes?		

Si 1-3 son SI, el sujeto cumple los criterios del Síndrome Psicótico Breve e Intermitente

Nota: Fecha en que se alcanzaron los criterios por primera vez (día/mes/año):

B. Síndrome de Síntomas Positivos Prodrómicos Atenuados		SI	NO
1.	¿Tiene alguna de las escalas P1-P5 de la SOPS una puntuación de 3-5?		
2.	Si SI a 1, ¿ha comenzado alguno de los síntomas en el último año o alguno puntúa actualmente uno o más puntos más alto que hace 12 meses ?		
3.	Si SI a 1 y 2 ¿han ocurrido los síntomas con una frecuencia media de al menos una vez por semana en el pasado mes?		

Si 1-3 son SI, el sujeto cumple los criterios del Síndrome de Síntomas Positivos Prodrómicos Atenuados

Nota: Fecha en que se alcanzaron los criterios por primera vez (día/mes/año):

C. Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro Funcional		SI	NO
1.	El paciente cumple los criterios del Trastorno de la Personalidad Esquizotípica		

2.	El paciente tiene un familiar de primer grado con un trastorno psicótico		
3.	El Paciente experimentó al menos un descenso del 30% en la puntuación de la GAF durante el último mes, comparativamente con hace 12 meses		

Si se cumplen alguna de las siguientes condiciones:

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

El sujeto cumple los criterios del Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro Funcional

Nota: Fecha en que se alcanzaron los criterios por primera vez (día/mes/año):

Marque SI o NO:

- No** **SI** **Síndrome Psicótico**
 No **SI** **Síndrome Psicótico Breve e Intermitente**
 No **SI** **Síndrome de Síntomas Positivos Prodrómicos Atenuados**
 No **SI** **Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro Funcional**

BIBLIOGRAFIA

1. Fusar-Poli, P., Nelson, B., Valmaggia, L., Yung, A. R., & McGuire, P. K. (2014). Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 40(1), 120–131.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs136>
2. Wigman, J. T., van Nierop, M., Vollebergh, W. A., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity—implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 247–257.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr196>
3. Lim, J., Rekhi, G., Rapisarda, A., Lam, M., Kraus, M., Keefe, R. S., & Lee, J. (2015). Impact of psychiatric comorbidity in individuals at Ultra High Risk of psychosis - Findings from the Longitudinal Youth at Risk Study (LYRIKS). *Schizophrenia research*, 164(1-3), 8–14.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.007>
4. Yung, A. R., Yuen, H. P., Berger, G., Francey, S., Hung, T. C., Nelson, B., Phillips, L., & McGorry, P. (2007). Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk?. *Schizophrenia bulletin*, 33(3), 673–681.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm015>
5. Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., & McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>

6. Fusar-Poli, P., Schultze-Lutter, F., Cappucciati, M., Rutigliano, G., Bonoldi, I., Stahl, D., Borgwardt, S., Riecher-Rössler, A., Addington, J., Perkins, D. O., Woods, S. W., McGlashan, T., Lee, J., Klosterkötter, J., Yung, A. R., & McGuire, P. (2016). The Dark Side of the Moon: Meta-analytical Impact of Recruitment Strategies on Risk Enrichment in the Clinical High Risk State for Psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 42(3), 732–743.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbv162>
7. Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Nordentoft, M., Raballo, A., Meneghelli, A., Marshall, M., Morrison, A., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(3), 405–416.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.010>
8. Lin, A., Wood, S. J., Nelson, B., Beavan, A., McGorry, P., & Yung, A. R. (2015). Outcomes of nontransitioned cases in a sample at ultra-high risk for psychosis. *The American journal of psychiatry*, 172(3), 249–258. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13030418>
9. Addington J, et al. Predictors of transition to psychosis in individuals at clinical high risk. *Curr. Psychiatry Rep.* 2019;21:39. doi: 10.1007/s11920-019-1027-y.
10. Studerus E, Rameyead A, Riecher-Rössler A. Prediction of transition to psychosis in patients with a clinical high risk for psychosis: a systematic review of methodology and reporting. *Psychol. Med.* 2017;47:1163–1178. doi: 10.1017/S0033291716003494.
11. Riecher-Rössler A, Studerus E. Prediction of conversion to psychosis in individuals with an at-risk mental state: a brief update on recent developments. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2017;30:209–219. doi: 10.1097/YCO.0000000000000320.
12. Fusar-Poli P, et al. Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br. J. Psychiatry.* 2015;207:198–206. doi: 10.1192/bjp.bp.114.157115.

13. Carrion RE, et al. The global functioning: social and role scales-further validation in a large sample of adolescents and young adults at clinical high risk for psychosis. *Schizophr. Bull.* 2019;45:763–772. doi: 10.1093/schbul/sby126.
14. Cornblatt B, et al. Risk factors for psychosis: impaired social and role functioning. *Schizophr. Bull.* 2012;38:1247–1257. doi: 10.1093/schbul/sbr136.
15. Koutsouleris N, et al. Prediction models of functional outcomes for individuals in the clinical high-risk state for psychosis or with recent-onset depression: a multimodal, multisite machine learning analysis. *JAMA Psychiatry.* 2018;75:1156–1172. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2165.
16. Cannon T, et al. Progressive reduction in cortical thickness as psychosis develops: a multisite longitudinal neuroimaging study of youth at elevated clinical risk. *Biol. Psychiatry.* 2015;77:147–157. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.05.023.
17. Chung Y, et al. Use of machine learning to determine deviance in neuroanatomical maturity associated with future psychosis in youths at clinically high risk. *JAMA Psychiatry.* 2018;75:960–968. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1543.
18. Addington, J., Devoe, D. J., & Santesteban-Echarri, O. (2019). Multidisciplinary Treatment for Individuals at Clinical High Risk of Developing Psychosis. *Current treatment options in psychiatry*, 6(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-0164-6>
19. Fusar-poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, et al. Predicting Psychosis. 2017;69(3):220–9.
20. Shah JL, Crawford A, Mustafa SS, Ph D, Iyer SN, Ph D. Is the Clinical High-Risk State a Valid Concept ? Retrospective Examination in a First-Episode Psychosis Sample. :1–7.
21. Durning SJ, Costanzo M, Artino ARJ, Dyrbye LN, Beckman TJ, Schuwirth L, et al. Functional Neuroimaging Correlates of Burnout among Internal Medicine Residents and Faculty Members. *Front psychiatry.* 2013;4:131.
22. Walker EF, Cornblatt BA, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Mcglashan TH, et al. The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and

symptom progression : A naturalistic study of the North American Prodrome Longitudinal
Sample. Schizophr Res [Internet]. 2009;115(1):50–7. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.07.023>

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Dra. Gabriela Hilian Adame Rocha.

Candidato para el Grado de Especialidad en Psiquiatría

Tesis: Prevalencia de estado de alto riesgo de psicosis en una población clínica psiquiátrica

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Nacida en Cd. Victoria, Tamaulipas, el 3 de mayo de 1991. Hija de Héctor Rafael Adame Lerma y Ma. Gladis Rocha Aguilera.

Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de la carrera Médico Cirujano y Partero en el año 2015.