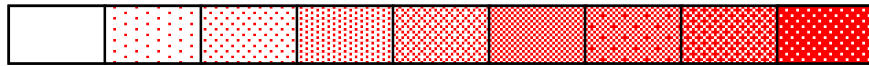


ENTREVISTA DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA ADULTOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO

(PAS - ADD 10)



Versión ICD 10

1996



HESTER ADRIAN RESEARCH CENTRE

The University
Manchester
M13 9 PL
Reino Unido

Adaptación Española
Rodrigo García González-Gordon
Luis Salvador Carulla
Grupo de Investigación en Medicina Psicosocial (GEMP)
Universidad de Cádiz

INTRODUCCIÓN

El PAS-ADD es una entrevista semi-estructurada diseñada para detectar trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual (Moss et al, 1993). Incluye la exploración del estado actual del paciente seguida de una entrevista con un informador clave. Ambas entrevistas permiten la puntuación de síntomas y comportamientos y ambas proporcionan una base de datos a las que se pueden aplicar algoritmos diagnósticos. Por tanto, el PAS-ADD posibilita la realización de un diagnóstico basándose únicamente en la entrevista a un informador si la habilidad lingüística del paciente es insuficiente para posibilitar la entrevista clínica (Patel et al, 1993). Sin embargo, los diagnósticos que dependen principalmente de la descripción de experiencias subjetivas se basan principalmente en la entrevista al paciente. La versión ICD-10 del PAS-ADD (PAS-ADD-10) proporciona un medio para extender los principios de puntuación aplicadas en un instrumento clínico más general a esta población específica.

Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN)

La versión 1 del SCAN (OMS, 1992), publicada por la Organización Mundial de la Salud, se basaba en la experiencia obtenida durante amplios ensayos de campo de un primer borrador no publicado (SCAN-0). Los componentes centrales de SCAN-1 son la décima revisión del Present State Examination (PSE-10.1) y su Glosario de definiciones clínicas diferenciales (los otros elementos, una Lista de Comprobación de Síntomas y un Cuestionario de Historia Clínica, no son relevantes aquí). Desde 1992, el SCAN ha desarrollado dos versiones posteriores; primero para adaptar las últimas revisiones a los algoritmos ICD-10 y DSM-III-R (SCAN-2.0, 1994) y luego para proporcionarlos para el DSM-IV (SCAN-2.1, en prensa). Los que utilicen el PSE-10.2 encontrarán un manual de la entrevista mucho más extenso (debido a los conceptos DSM adicionales y a los criterios en curso y un sistema de numeración completamente diferente. Existe también una entrevista PSE asistida por ordenador (CAPSE-2), la cual puede aplicar algoritmos diagnósticos pertinentes a cada uno de los tres sistemas ICD y DSM sobre la base de los datos clínicos introducidos durante la entrevista. Los cursos de entrenamiento en el Sistema SCAN en centros reconocidos utilizarán en el futuro el PSE-10.2 y el CAPSE-2. El Manual de Referencias del SCAN contiene un relato completo (Wing, 1996; Wing et al, en prensa).

La versión española del Sistema SCAN (Vázquez-Barquero y col.; 1993) es fruto de un considerable esfuerzo llevado a cabo en la Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria (Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”), encaminado a difundir y hacer viable la utilización, en nuestra lengua, de este prometedor instrumento de exploración psicopatológica.

PAS-ADD-10

El PAS-ADD-10 está basado en la versión 1 del SCAN. Los diagnósticos ICD-10 que cubre el PAS-ADD-10 no han requerido, sin embargo, muchos cambios, por lo que los items y las definiciones del glosario que se necesitaban para el PAS-ADD-10 permanecen accesibles en el último PSE-10.2.

Las preguntas exploratorias del PSE-10.1 se han modificado en el PAS-ADD-10 para cubrir las necesidades especiales de la población con discapacidad intelectual. Sin embargo, los conceptos subyacentes permanecen idénticos a los definidos en el Glosario del PSE-10.1. El Glosario del PSE-10.1 debería ser la única base para reconocer si un síntoma o signo específico está o no presente. En el PAS-ADD-10 se incluye un suplemento para el Glosario, que contiene instrucciones relevantes para la entrevista de personas con discapacidad intelectual leve. Esto no modifica en modo alguno los conceptos principales. Si un entrevistado es incapaz, sin preguntas guía, de describir una experiencia subjetiva que se corresponda con una definición del Glosario, dicho síntoma no puede considerarse como presente.

El PAS-ADD contiene items seleccionados del PSE-10.1, cubriendo los diagnósticos ICD-10 siguientes:

- F20.1-9 Esquizofrenia
- F29 Psicosis no orgánica sin especificar
- F30.0 Hipomanía (preguntas del SCAN sin modificar sólo para informadores)
- F32.0-3 Episodio Depresivo
- F40.0-2 Trastornos de ansiedad fóbica
- F41.0-1 Trastornos de Pánico y de ansiedad generalizada
- F51.1 Hipersomnias no orgánicas

Un programa de introducción de datos se utiliza para introducir las puntuaciones de los items del PSE-10.1 seleccionados, para el análisis y clasificación informáticos.

La validez de los diagnósticos PAS-ADD de esquizofrenia en relación con la opinión clínica de psiquiatras consultores se ha investigado recientemente (Moss, Prosser & Goldberg, 1996). La fiabilidad inter examinadores de la versión ICD 10, detectó un Kappa medio de 0.65 para las puntuaciones de los items individuales y un Kappa de 0.7 para el acuerdo en los índices de definición del SCAN (significación clínica de los síntomas) (Moss, Prosser & Goldberg, 1996). Las relaciones entre el relato de los síntomas por parte del paciente y del informador, y las implicaciones de realizar diagnósticos basados únicamente en entrevistas a informadores, se analizan en el trabajo de Moss, Prosser, Ibbotson & Goldberg (1996). Las cuestiones relacionadas con la utilización del personal de atención directa como informadores se analizan en el trabajo de Moss y Patel (1993).

Los resultados de la fiabilidad inter-examinadores relacionados anteriormente se obtuvieron de entrevistadores previamente formados en el sistema SCAN y con experiencia en el trabajo y la entrevista de personas con discapacidad intelectual.

Formación

El PAS-ADD-10 debería utilizarse sólo por clínicos con experiencia tanto en el campo de la discapacidad intelectual como de la enfermedad mental, que hayan sido previamente formados en el sistema SCAN en un centro reconocido por la OMS. El programa de Capacitación en esta entrevista se proporciona en la Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria (UIPS), designada por la OMS Centro de Referencia y Entrenamiento en lengua Española para el Sistema SCAN.

Para formación en esta entrevista específica se puede contactar con el Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial de la Universidad de Cádiz: Dr. Luis Salvador Carulla (Profesor de Psiquiatría) y Dr. Rodrigo García González-Gordon (Director Clínico Afanas-Jerez).

Diagnósticos Diferenciales

Los resultados derivados de la entrevista PAS-ADD-10 al paciente sólo serán válidos si el entrevistado tiene la capacidad para comprender y responder adecuadamente a las preguntas sobre los procesos o experiencias mentales. Esto parece tener variaciones dependiendo de los síntomas específicos que se investiguen. Esta advertencia es particularmente importante para el diagnóstico diferencial de esquizofrenia. La mayoría de las personas con discapacidades intelectuales o cognitivas graves o profundas (p. Ej., trastornos de las categorías ICD-10 F0, F7 y F8) deberían ser excluidas. Para el análisis de estas cuestiones ver (Moss, Prosser & Goldberg, 1996).

Referencias

Moss, S.C. & Patel, P. (1993) Prevalence of Mental Illness in People with Intellectual Disability Over 50 Years of Age, and the Diagnostic Importance of Information from Carers. *The Irish Journal of Psychology*, 14,1, 110-129.

Moss, S.C., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D.P., Simpson, N., Rowe, S., & Lucchino, R., (1993). Psychiatric Morbidity in Older People with moderate and Severe Learning Disability (mental retardation). Part I: Development and Reliability of the Patient Interview (the PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 163, 471-480.

Moss, S., Prosser, H., Ibbotson, B., Goldberg, D. (1996a) Respondent and Informant Accounts of Psychiatric Symptoms in a Sample of Patients with Learning Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 457-465.

Moss, S., Prosser, H., & Goldberg, D. (1996) Validity of the Schizophrenia Diagnosis of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 168, 359-367.

Patel, P., Goldberg, D. & Moss, S. (1993) Psychiatric Morbidity in Older People with Moderate and Severe Learning Disability (mental retardation). Part II: The Prevalence Study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 481-491.

Wing JK (1996) SCAN and the PSE Tradition. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31: 50-54.

Wing JK, Sartorius N and Üstün T.B (Eds) (in press) *Diagnosis and Clinical Measurement in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization (1992) *Schedules for Clinical Assessment in psychiatry (SCAN-1)*. Geneva: Who.

World Health Organization (1994) *Schedules for Clinical Assessment in psychiatry (SCAN-2)*. Geneva: Who.

World Health Organization (in preparation) *Schedules for Clinical Assessment in psychiatry (SCAN-2.1)*. Geneva: Who.

Vázquez-Barquero, J.L., Gaité, L., Díez Manrique, JF y cols. *Desarrollo y Verificación de la Versión en Lengua Castellana de la Entrevista Psiquiátrica SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)*. En preparación.

Vázquez-Barquero, J.L. *SCAN: Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Adaptación al español*. Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria; Servicio de psiquiatría; Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (Santander). Madrid, Meditor 1993.247.

Vázquez-Barquero, J.L. *SCAN: Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Glosario: Definiciones diferenciales de los ítems del SCAN y comentarios sobre el texto*. Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria; Servicio de psiquiatría; Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (Santander). Madrid, Meditor 1993.210.

INSTRUCCIONES

Esta entrevista sólo debe ser utilizada por entrevistadores previamente estandarizados

Se proporcionan detalles precisos sobre su administración en el manual de instrucciones del PAS - ADD.

Pasos básicos para administrar una entrevista completa

- 1/ Elegir un informador adecuado
- 2/ Mantener una charla inicial con el informador (para determinar impresiones generales y el posible “acontecimiento de referencia”).
- 3/ De acuerdo con las indagaciones iniciales, decida provisionalmente sobre el orden en el que se administrarán las secciones de la entrevista.
- 4/ Entrevistar al sujeto (paciente).
- 5/ Completar los ítems observacionales para el entrevistado.
- 6/ Entrevistar al informador.

Las preguntas impresas en color negro, y las instrucciones encasilladas en gris van dirigidas tanto al entrevistado (paciente) como al informador. Estas cuestiones están redactadas para el entrevistado, y deben adaptarse al preguntar al informador.

Las preguntas, casillas de puntuación e instrucciones que se refieren específicamente al entrevistado (paciente) están impresas en color verde




Las preguntas, casillas de puntuaciones e instrucciones que se refieren específicamente a los informadores, están impresas en color rojo

Codificación de síntomas

Algunas cuestiones tienen códigos específicos que se refieren a un único ítem individual. ej. la pérdida de peso está codificada en función del número de kilogramos perdidos en un periodo determinado.

Muchas de las cuestiones se puntúan según la escala básica de cuatro puntos del sistema SCAN. Sin embargo, en ocasiones, la significación diagnóstica de síntomas específicos, hace posible que estas cuatro categorías se compriman en grupos. Cuando los algoritmos permiten este reagrupamiento, se ofrecen un número menor de códigos. De cualquier modo, la siguiente escala de cuatro puntos se ha conservado en su forma gráfica, mostrándose los incrementos en gravedad a través del aumento de intensidad en el sombreado de color rojo.

0 Ausencia de síntomas

-  1 Síntoma presente, de manera leve, inusual o pasajera
-  2 Intensidad moderada
-  3 Intensidad grave

Así, la escala que se muestra a continuación indica que los síntomas leves y la ausencia de síntomas se consideran de forma equivalente al igual que los síntomas moderados y graves. La codificación es de 0 ó 1.



La codificación completa del sistema SCAN puede encontrarse en la Versión 1 de la entrevista SCAN. Esta se puede utilizar para completar información o cuando existan necesidades específicas de investigación.

Lo problemas de comunicación con las personas con discapacidad intelectual hacen que las puntuaciones 8 y 9 (descritas abajo) a menudo parezcan ser las más apropiadas. Aunque, para el propósito de alcanzar un diagnóstico estas puntuaciones son normalmente tratadas como equivalentes a 0, indican que el evaluador no pudo establecer una conclusión firme.

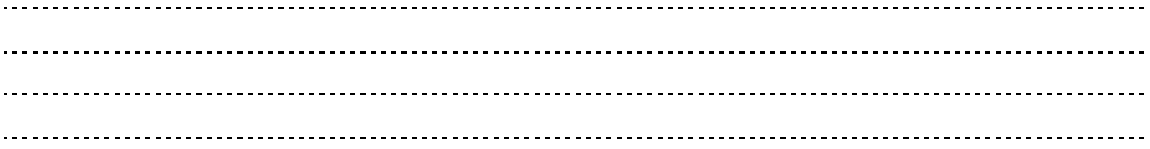
- 8 El evaluador no sabe con certeza si el fenómeno está presente o ausente, incluso tras un examen adecuado.
- 9 No es apropiado puntuar por examen incompleto (ej : rechazo , omisión , etc).

CONVERSACIÓN INTRODUCTORIA CON EL SUJETO

Lista de comprobación de puntos a cubrir en la conversación introductoria

- Presentación del entrevistador
- Discusión de cualquier dato de interés
- Explicar el propósito de la entrevista
- Explicar que no hay respuestas correctas ni erróneas
- Garantizar seguridad al paciente acerca de la confidencialidad de la entrevista y de que ésta no afectará a sus derechos con relación a los servicios
- Instar al entrevistado a preguntar cuando el significado de alguna cuestión no esté claro
- Discusión de intereses y actividades preferidas. Específicamente insista sobre actividades sociales, interacciones con miembros de la familia, amigos, compañeros (novios/as).

Anotación de intereses



A CONTINUACIÓN, INTENTE ESTABLECER UN ACONTECIMIENTO DE REFERENCIA:

¿HA HECHO ALGO INTERESANTE ÚLTIMAMENTE?

¿Ha hecho algo el entrevistado que pueda recordar bien, hace aproximadamente cuatro semanas?

(¿Ha realizado algún viaje o excursión?)

(¿Ha estado de vacaciones?)

(¿Ha ido al cine?)

(¿Ha ido a ver a su familia?)

(¿Cuándo ocurrió eso?)

Otras posibilidades: cumpleaños (propio o de algún amigo), fiestas nacionales, p. ej., Navidades (u otro acontecimiento culturalmente apropiado).

Acontecimiento de referencia elegido:

.....

.....

¿LE HA PREOCUPADO ALGO DESDE {ACONT. REF}?

(¿Ha tenido algún desde Acontecimiento de Referencia?)

(¿Le ha estado dando vueltas en la cabeza a algo?)

(¿Tiene alguna preocupación?)

(¿Hay algo que le preocupe o le agobie?)

(¿Algo va mal/hay alguna causa?)

(¿ Ha tenido algún problema con sus nervios ?)

(Deme un ejemplo de)

Lista de comprobación de acontecimientos vitales

- Fallecimiento de un pariente directo (padre, madre, hijo, esposo/a, hermano/a)
- Fallecimiento de un amigo íntimo de la familia u otro pariente
- Enfermedad o lesión graves
- Cambio de casa o residencia
- Ruptura de relación estable (novio/a)
- Separación o divorcio
- Problemas con el alcohol
- Problemas con drogas
- Problema grave con un amigo íntimo, vecino o familiar
- Desempleo/lleva más de un mes buscando empleo
- Jubilación
- Despido laboral
- Pérdida o robo de alguna cosa de valor
- Problemas con la policía u otra autoridad
- Crisis económica grave
- Problema sexual

Registro de los detalles de los acontecimientos vitales, y de otros síntomas principales mencionados espontáneamente

.....

.....

.....

.....

.....

>> La entrevista puede detenerse aquí si el paciente no puede ser entrevistado adecuadamente. Sin embargo, es útil observar al entrevistado en su entorno habitual con personas de confianza, para posibilitar la puntuación de ítems al final >>

ENFERMEDAD FISICA

P1: ¿ SE SIENTE ENFERMO?

¿ Cómo es la Salud del Entrevistado?

- (¿Se ha sentido enfermo desde {acont. ref. }?)
- (¿Cómo se siente físicamente?)
- (¿Se siente mal?)
- (¿Qué le pasa?)
- (¿Ha visitado a un médico?)
- (¿Cuánto tiempo hace que tiene este problema?)
- (¿Ha estado en el hospital?)
- (¿Ha tenido algún accidente u operación recientemente?)
- (¿Le ha impedido su enfermedad realizar actividades? por ej: ir al trabajo o salir)

PUNTUAR LA VALORACION SUBJETIVA DE LA SALUD FISICA ACTUAL

(Independientemente de la presencia de enfermedad física)

1. Excelente
2. Buena
3. Regular
4. Mala

SALUD SUBJETIVA



PUNTUAR LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD FISICA

(Teniendo en cuenta los resultados de pruebas y exámenes físicos recientes.) **Considerar que una puntuación 2 sólo puede darse de manera retrospectiva. Se le instará a una evaluación retrospectiva en el momento adecuado.**

0. Ninguna
1. Descripción de trastornos o síntomas somáticos sin un diagnóstico claro.
2. Tiene diagnóstico médico claro.

ENFERMEDAD FISICA



P2: ¿ TIENE ALGUN DOLOR?

- (¿Tiene dolores de cabeza?)
- (¿Tiene dolores de espalda?)
- (Muéstreme dónde le duele)
- (¿Cómo es el dolor?)
- (¿Aparece cuando está Ud. alterado o preocupado?)
- (¿Con qué frecuencia le ocurre esto?)
- (¿Le ocurre todos los días?, ¿una vez a la semana?, ¿alguna vez al mes?)
- (¿Le llega a doler mucho?)
- (¿Toma alguna pastilla?)
- (¿Cuánto tiempo duran esos dolores?)
- (¿Se lo ha dicho al médico?)

PUNTUAR DOLORES TENSIONALES

(ej. “ banda alrededor de la cabeza “ , tensión en el cuero cabelludo “ , dolor de espalda , nuca, etc. No migraña u otro síndrome específico. Para evaluar como presente se necesita una descripción muy clara de la intensidad, frecuencia y duración del dolor.

DOLORES TENSIONALES



ALTERACIONES DEL APETITO Y EL PESO

E1 : ¿ TIENE GANAS DE COMER ?

¿ Tiene apetito el entrevistado?

(¿Hace todas las comidas?)

(¿Come lo suficiente?)

(¿Come menos que antes ?)

(¿Tiene que esforzarse para comer?)

(¿Ha dejado de comer?)

(¿Le dicen que no come lo suficiente?)

(¿Le preocupa haber adelgazado demasiado?)

PUNTUAR APETITO

0. Normal o incrementado

1. Pérdida significativa de apetito durante menos de 2 semanas.

2. Pérdida significativa de apetito entre 2-4 semanas.

3. Pérdida significativa de apetito durante más de un mes.

APETITO



>> Si 0. ir P.F.3

E2: ¿ HA ADELGAZADO DESDE { ACTº. REF } ?

¿Ha perdido peso el entrevistado de manera significativa durante los tres últimos meses ?

(¿Su ropa le queda grande ?)

(¿Le ha dicho alguien que está muy delgado?)

(¿Cuánto peso ha perdido ?)

PUNTUAR LA PERDIDA DE PESO DEBIDO ESPECIFICAMENTE A FALTA DE APETITO:

PERDIDA DE PESO

(No incluir cambios debidos a enfermedad física o dieta)

(Puntuación del informador- considerar cambios sobre un periodo de 3 meses)



0. Ninguna pérdida.

1. Pérdida moderada, pero inferior a 2.

2. Más del 5% del peso corporal en un mes (ej. 3.5kg +si 70kg)

E3: ¿ HA ENGORDADO DESDE { ACTº REF. }?

(¿Está comiendo más de lo corriente?)

(¿La ropa le queda estrecha?)

(¿Ha dejado de ponerse alguna ropa porque le queda demasiado estrecha?)

(¿Le dicen que ha engordado?)

(¿Ha ganado peso? ¿Cuánto?)

PUNTUAREL AUMENTO DE PESO:

AUMENTO DE PESO

(Puntuación del informador - considerar cambios sobre un periodo de 3 meses)

- 0. Sin cambios
- 1. Aumento moderado, pero inferior a 2.
- 2. Más del 5% del peso corporal en un mes (ej. 3.5kg+70kg)



SUEÑO

Para centrar al paciente sobre el tema del sueño es práctico conseguir que hable acerca de rutinas a la hora de acostarse. ej. "Ahora le voy a preguntar sobre el sueño - ¿Qué hace a la hora de dormir? - ¿Ve la TV cuando se acuesta? - ¿Se lava antes de acostarse? - ¿A qué hora se acuesta? - ¿Quién apaga la luz?", etc.

S1: ¿ SE DUERME RAPIDAMENTE ?

Si hay problemas:

- (¿Se queda en la cama despierto sin poder dormir?)
- (¿Qué le impide dormir?)
- (¿Su mente está demasiado activa? En caso afirmativo: ¿En qué piensa?)
- (¿Cuánto tiempo se queda sin poder dormir?)
- (¿Cuántas noches a la semana?)
- (¿Cuántas noches le ha pasado desde el {acont. Ref}?)
- (¿Ha tenido siempre ese problema con el sueño?)

PUNTUAR EL INSOMNIO DE CONCILIACION

INSOMNIO DE CONCILIACION

- 0. Demora menor de una hora
- 1. Una hora o más de demora (con independencia de somníferos); no 2
- 2. Una hora o más de demora, 3 o más veces a la semana, al menos durante un mes (con independencia de hipnóticos)



>> Si el entrevistado admite que su mente está demasiado activa, cambiar a la sección sobre preocupaciones, y volver después a la sección sobre sueño>>

S2: ¿ TOMA PASTILLAS PARA DORMIR ?

(¿ Duerme bien con las pastillas ?)

PUNTUAREL EFECTO DE LOS HIPNOTICOS EN EL PATRON DE SUEÑO

EFFECTO DE LOS HIPNOTICOS

- 0. No toma hipnóticos
- 1. Duerme bien con hipnóticos
- 2. Aunque toma hipnóticos, duerme mal



S3: ¿ SE DESPIERTA POR LA NOCHE ?

- (¿Se despierta durante la noche? ¿Duerme de un tirón?)
- (¿Qué hace cuando se despierta? ¿Se levanta?)
- (¿Va al cuarto de baño?)

- (¿Se vuelve a acostar después?)
 (¿Se vuelve a dormir otra vez?)
 (¿Cuánto tiempo permanece despierto?)
 (¿Con qué frecuencia le pasa esto? ¿Cuántas noches a la semana?)

PUNTUAR LA INTERRUPCION DEL SUEÑO

0. Ningún problema
 1. Se queja de estar despierto al menos durante 1 hora, pero no tan grave como 2.
 2. Está despierto 1 hora + 3 veces a la semana.
 6. Problema de sueño debido a la condición física, (ej. dolor)

INTERRUPCION DEL SUEÑO



S4 : ¿ A QUE HORA SE DESPERTO ESTA MAÑANA ?

- (¿Siempre se despierta a esa hora?)
 (¿A qué hora suele levantarse?)
 (¿Le despierta alguien?)
 (¿Se ha estado levantando muy temprano desde { actº.ref }?)

Si existe despertar precoz :

- (¿Se vuelve a dormir después?)

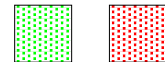
En caso afirmativo, puntuar como interrupción del sueño (P.S3)

- (¿Con qué frecuencia le ocurre esto?)
 (¿Cuántos días le ha ocurrido esta semana?)

PUNTUAR EL DESPERTAR PRECOZ :

0. Menos de 1 hora antes de la hora habitual.
 1. 1 hora o más antes de la hora habitual, pero no 2
 2. 1 hora o más, antes de la hora habitual, 3 veces semanales, al menos durante 1 mes

DESPERTAR PRECOZ



CONSIDERE LAS RESPUESTAS A LA PREGUNTA ANTERIOR AL PLANTEAR LA SIGUIENTE CUESTIÓN

S5 : ¿ ESTA DURMIENDO MAS DE LO CORRIENTE ?

- (¿Durmió más de lo corriente anoche?)
 (¿Durmió más de lo corriente la noche anterior? ¿Cuánto tiempo más?)
 (¿Duerme durante el día?)

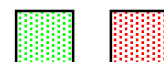
EN CASO AFIRMATIVO

- (¿Duerme demasiado?)
 (¿Por qué tiene tanto sueño? ¿Suele estar levantado hasta tarde?)
 (¿Puede evitar el quedarse dormido durante el día?)
 (¿Con qué frecuencia le pasa esto? ¿Le pasa cada día?)
 (¿Hay días en los que permanece despierto?)

PUNTUAR HIPERSOMNIA

(Excluir sueño diurno si es debido únicamente a falta de sueño nocturno)

HIPERSOMNIA



- 0. Sueño normal u ocasionalmente duerme más de lo habitual
 - 1. Frecuentemente duerme al menos 1 hora más de lo habitual, casi diariamente.
 - 2. Frecuentemente duerme 2-4 horas más de lo habitual, casi diariamente
-

ENERGIA

Recuerde al entrevistado sobre las actividades de las que disfruta

EN1 : ¿ TIENE MUCHA ENERGIA ?

- (¿Siente que ha perdido energía?)*
- (¿Está cansado?)*
- (¿Siente que cualquier es un problema?)*
- (¿Siente que todo le molesta demasiado?)*

Si hay evidencia de pérdida de energía:

- (¿ Cuándo se siente así ?)*
- (¿ Qué le hace sentirse así ?)*
- (¿ Puede animarse, sobreponerse?)*
- (¿ Puede esforzarse para hacer cosas ?)*
- (¿ Con qué frecuencia ha tenido esta sensación desde { Actº Ref. } ?) (D/S/M)*

PUNTUAR LA PERDIDA DE ENERGIA (IMPULSO)

- 0. Ninguna o leve pérdida de energía pero puede sobreponerse cuando la situación lo requiere.
- 1. Trastorno moderado o grave intermitentemente.
- 2. Trastorno grave durante la mayor parte del tiempo.

PERDIDA DE ENERGIA



EN2 : ¿ ALGUNA VEZ SE SIENTE LENTO ?

- (¿Siente que sus movimientos son lentos?)*
- (¿Parece como si todos se movieran más rápido que usted?)*
- (¿Le parece que se mueve más lento de lo habitual?)*
- (¿Le parece que habla más lento de lo habitual?)*
- (¿Le resulta difícil moverse algunas veces?)*
- (¿Ha llegado a ser tan grave este problema como para que no pudiera hacer ningún movimiento?)*
- (¿Con qué frecuencia le ha ocurrido desde el {Actº Ref}?)*

PUNTUAR LA SENSACION SUBJETIVA DE ENLENTECIMIENTO

- 0. Ningún o leve alteración , pero puede, esforzándose, quitar esa sensación de su mente.
- 1. Alteración moderada, o grave intermitentemente.
- 2. Alteración severa durante la mayor parte del tiempo.

ENLENTECIMIENTO SUBJETIVO



>>Si hay evidencia de pérdida de interés, continuar con la sección de Depresión

TENSION

T1: ¿ESTÁ INQUIETO?

- (¿Está nervioso?)*
- (¿Puede estarte quieto cuando estás sentado?)*
- (¿Puede decirme cómo es esa sensación? ¿Es muy desagradable?)*
- (¿Le dicen que nunca se está quieto?)*
- (¿Puede permanecer sentado si es necesario, por ej., en el trabajo o en clase?)*
- (¿Puede permanecer sentado cuando quiere?)*
- (¿Necesita levantarse y moverse de un lado a otro?)*
- (¿Necesita andar de arriba a abajo continuamente?)*
- En caso Afirmativo: (¿Puede controlarse y parar?)**
- (¿Qué le hace sentirse así?)*
- (¿Con qué frecuencia se siente así?)*

PUNTUAR SENSACION SUBJETIVA DE INQUIETUD
Nervioso = leve; Inquietud = moderado ; Andar de arriba a abajo = grave
(Si la inquietud se debe a que oye voces, putúe 0 y continúe en las secciones de síntomas psicóticos cuando proceda).

INQUIETUD



T2 : ¿ PUEDE RELAJARSE ?

- (¿Siente que su cuerpo está agarrotado?) ;Si es necesario expresar gestualmente!*
- (¿Se siente tenso?)*
- (¿Le duelen los músculos?)*
- (¿Siente tensión por todo el cuerpo?)*
- (¿Se siente terriblemente mal?)*
- (¿Qué le hace sentirse así?)*
- (¿Con qué frecuencia se siente así?)*
- (¿Qué ocurre cuando intenta de relajarse?)*
- (¿Se siente tenso todo el tiempo?)*
- (¿... o sólo parte del tiempo?)*

PUNTUAR TENSION MUSCULAR:
(No puntuar aquí sentimientos de tensión nerviosa. Esto se puntuará más tarde.)
Tensión sólo en relación con problemas reales = leve

TENSION MUSCULAR



T3 : ¿ SE SIENTE A PUNTO DE ESTALLAR ?

OTRAS EXPRESIONES POSIBLES : nervios de punta, alterado o crispado

(¿Siente como si fuera a perder el control o a explotar?)

(¿Siente como si estuviera a punto de gritar?)

(¿Qué le hace sentirse así?)

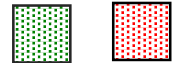
(¿Con qué frecuencia se siente así?)

PUNTUAR SENSACION DE TENSION NERVIOSA

(No hay necesidad de que haya acompañamiento de fenómenos autonómicos para puntuar estos síntomas, pero la descripción debe ser muy clara.)

Leve = Con esfuerzo puede quitárselo de la mente)

SENS. DE TENSION NERVIOSA



0



1



En la siguiente pregunta, volver a referirse a alguna actividad favorita: “Me dijo que le gusta {actividad}”

T4 : ¿ PUEDE FIJAR LA MENTE EN {ACTIVIDAD}?

(¿Por cuánto tiempo puede hacerlo?)

(¿Se le va la cabeza de una cosa a otra?)

(¿Puede ver un programa de T.V. hasta el final ?)

(¿Cuando ve una película, puede seguir el hilo ?)

(¿ Cuando está trabajando puede concentrarse en lo que tiene que hacer ?)

(¿Puede prestar atención a las cosas que quiere ?)

(¿Por qué le resulta difícil fijar su mente en {actividad}?)

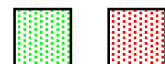
(¿Siempre ha sido así?)

(¿Cuánto tiempo hace que le pasa esto?)

PUNTUAR POBREZA DE CONCENTRACION

Leve : Tiene que concentrarse mucho más de lo habitual pero puede completar sus tareas aceptablemente

PERDIDA DE CONCENTRACION



0



1



2



3



>> Si hay evidencia de pérdida de interés, continuar con la sección sobre Depresión después de completar esta sección

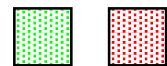
T5 : ¿ PUEDE PENSAR CON CLARIDAD ?

- (¿Sus pensamientos son lentos ?)
(¿Sus pensamientos están desordenados / son confusos ?)
(¿Puede decidirse acerca de :
 la ropa que se va a poner ?
 lo que va a comer ?
 lo que va a ver en TV?)
(¿Cómo es la sensación? ¿Desagradable? ¿Normal? ¿Agradable?)
(¿Siempre ha sido así?)
(¿Hace cuánto tiempo que le pasa esto?)

PUNTUAR SENSACION SUBJETIVA DE PENSAMIENTO INEFICIENTE

SENS. DE PENSAMIENTO INEFICIENTE

Leve : suficiente para percatarse de ello aunque puede , con esfuerzo pensar con claridad



0 1 2 3



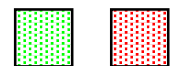
T6 : ¿ SE PONE ALGUNA VEZ DE MAL HUMOR ?

- (Enfadado/irritable)
(¿Qué le hace sentirse así?)
(¿Qué hace cuando se siente así?)
(¿Grita?)
(¿Empuja a la gente?)
(¿Rompe cosas?)
(¿Puede controlarse?)
(¿Esta sensación es nueva?)
(¿Ha sido siempre así?)
(¿Siente que está peor que antes?)

PUNTUAR IRRITABILIDAD

1. Ligera irritabilidad, inusual para el entrevistado o peleas domésticas breves fuera de lo habitual
2. Moderado; elevar la voz, hostilidad, gritos, se enzarza en peleas más frecuentemente
3. Grave; empujar , pegar , pérdida de control

IRRITABILIDAD



PREOCUPACIONES

SI NO SE HA MENCIONADO HASTA EL MOMENTO PREOCUPACION ALGUNA,
PREGUNTE W1A, SI NO, PREGUNTE W1B:

W1A ¿ TIENE ALGUNA PREOCUPACION ?

SI YA SE HA MENCIONADO ALGUNA PREOCUPACIÓN

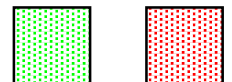
W1B. ME DIJO QUE SE PREOCUPABA DE {PREOCUPAC. MENCIONADAS}

- (¿ Tiene usted pensamientos que le dan vueltas en la cabeza?)*
- (¿ De qué cosas se preocupa?)*
- (¿ Se preocupa de su familia o de sus amigos?)*
- (¿ Se preocupa del trabajo?)*
- (¿ Alguien le ha dicho que se preocupa demasiado?)*
- (¿ Intenta y consigue dejar de preocuparse?)*
- (¿ Qué es lo que le ayuda a mejorar?)*
- (¿ Puede dejar de preocuparse mirando la TV o escuchando música?)*
- (¿ Puede eliminar esos pensamientos?)*
- (¿ Siempre se ha preocupado así?)*
- (¿ Cuándo empezó a preocuparse?)*
- (¿ Se preocupa de esa forma todos los días?)*
- (¿ Se preocupa de esa forma durante todo el día?)*
- (¿ Hay momentos en que no está preocupado?)*
- (¿ Se preocupa de cosas sin importancia?)*

PUNTUAR PRESENCIA DE PREOCUPACION EXCESIVA

PREOCUPACION EXCESIVA

(Para puntuar **1**, establecer que es: (a) una serie de pensamientos dolorosos , desagradables o incómodos (recurrentes), (b) que no se pueden parar, y (c) que son desproporcionados con respecto al tema de la preocupación.



0 Sólo si guardan proporción con problemas reales

1 Se preocupa "demasiado" pero sólo cuando se trata de problemas reales.

2 Preocupación excesiva de intensidad moderada, o , si es grave , durante menos de la mitad del tiempo.

3 Preocupación excesiva de intensidad grave más de la mitad del tiempo

>> Si no hay muestras de preocupación , pasar al cuadro verde de la página siguiente

SI NO SE HAN MENCIONADO HASTA EL MOMENTO PREOCUPACIONES SOBRE ENFERMEDADES PREGUNTE W2A. SI SE HAN MENCIONADO, PREGUNTE W2B

W2A: ¿ LE PREOCUPAN LAS ENFERMEDADES?

*(¿Le preocupa tener cáncer?)
(¿Le preocupa tener una enfermedad de corazón?)
(¿Le preocupa tener SIDA?)*

SI SE HAN MENCIONADO, continuar con la preguntas exploratorias de W2B:

W2B: DIJO QUE SE PREOCUPA DE {ENFERMEDAD MENCIONADA}

Indagar con cualquiera de estas preguntas

*(¿Con qué frecuencia se preocupa de este modo?)
(¿Qué cree usted que le pasa?)
(¿Ha visto a un médico? ¿Qué le dijo?)
(¿Ha visto a un médico en el hospital? ¿Le hizo algún análisis de sangre,
alguna radiografía o alguna otra prueba?)*

PUNTUAR PREOCUPACION ACERCA DE LA SALUD FISICA

PREOCUP. ACERCA DE LA SALUD FISICA

(La preocupación ha de ser (a) dolorosa o desagradable,
(b) incontrolable para el sujeto (c) desproporcionada
con respecto a cualquier grado de enfermedad o disfunción existente.



0. Ningún síntoma presente
1. Síntoma presente durante el último mes
2. El sujeto se refiere constantemente a preocupaciones hipocondríacas durante la entrevista.
(Una puntuación 2 debe hacerse retrospectivamente. Al final de la entrevista tendrá un recordatorio).

Antes de hacer la siguiente pregunta pensar dónde y cómo pasa el día el/la entrevistado/a. Para completar la última parte de esta sección el entrevistador tendrá que tener presente también los distintos lugares donde el entrevistado podría conocer o hablar con gente nueva , ej. el trabajo, colegio / instituto, iglesia, clubs de ocio , bares, fiestas , por teléfono etc.

PARA INTRODUCIR EL SIGUIENTE TEMA DIGA: “AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE COSAS QUE LE ASUSTAN/DAN MIEDO. LA MAYORÍA DE LA GENTE TIENE MIEDO DE ALGO Y ALGUNAS PERSONAS TIENEN MIEDOS ESPECIALES, COMO POR EJEMPLO, MIEDO A LOS ANIMALES. ¿PODRÍA DECIRME ALGO QUE LE ASUSTE/DE MIEDO?”

Si al entrevistado no se le ocurre nada, intente sugerir algo de su propia experiencia, describiéndolo gráficamente utilizando gestos. Entonces pruebe de nuevo. Aclarar que tener miedo es muy natural, y que todo el mundo teme algo. Intente indagar recordando el miedo a salir solo, a conocer gente nueva, a tropezarse con animales grandes o peligrosos, o subirse a una noria.

Si no hay ninguna evidencia de ansiedad/miedos, pasar a la P. W6

SI EL ENTREVISTADO CONFIESA HABER TENIDO MIEDO , PREGUNTAR:

W3: CUANDO SE PONE NERVIOSO, ¿SIENTE ALGO EN SU CUERPO ?

¿Se queja el entrevistado de síntomas físicos de ansiedad tales como (ejemplos)?

(¿Siente/tiene alguna de estas sensaciones? {ITEMS DEL LISTADO SIGUIENTE})

- Palpitaciones, arritmia, taquicardia
- Sudoración, p. ej., palmas de las manos
- Sofocos o escalofríos
- Temblor de manos o extremidades
- Estómago revuelto, náuseas, vacío o nudo en el estómago
- Dificultad para respirar
- Opresión, dolor en el pecho
- Dificultad para tragar, bola en la garganta
- Sequedad de boca no debida a medicación
- Hormigueo, entumecimiento de la cara o dedos
- Mareos, desvanecimiento, inestabilidad
- Otros, ej. Micción frecuente, etc.

>>Si no está presente síntoma alguno, pasar a P.W6

W4: DESDE {ACT. REF.} HA SENTIDO {INDICAR SENSACIONES ARRIBA SEÑALADAS }

(¿Dónde estaba usted?)

(¿Qué estaba haciendo?)

(¿Cómo aparecieron {las sensaciones}?)

(¿Sucedio de repente?)

(¿Cómo se sintió?)

(¿Cuántas veces ha sentido {las sensaciones } desde {actmto. Ref.}?)

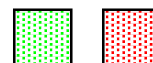
PUNTUAR ATAQUES DE PANICO CON SINTOMAS AUTONOMICOS

Incluir si ocurren en situaciones de tristeza o en situaciones fóbicas o son desencadenadas aparentemente por pensamientos alarmantes o sensaciones internas.. En general aparecen de forma repentina, con un incremento rápido hasta alcanzar un máximo.

0. Ningún ataque de pánico en el PERIODO

1. Menos de 3 en un periodo de 3 semanas.

ATAQUES DE PANICO



2. Por lo menos 3 en un periodo de 3 semanas.
3. Por lo menos 4 en un periodo de 4 semanas.

>> Si puntúa 0, pasar a P. W6

ME DIJO QUE TIENE SENSACIONES DE {ESPECIFICAR} CUANDO SE ASUSTA (TIENE SENSACION DE PANICO)

W5 : ¿ CUANTO TIEMPO DURAN {LAS SENSACIONES}?

- (¿Desaparecen después de unos minutos?)*
- (¿Alguna vez duran mucho tiempo?)*
- (¿Como un día entero?)*
- (¿Con qué frecuencia tiene estas sensaciones?)*
- (¿Son muy graves?)*
- (¿Le ocurren sólo en lugares concretos? ¿Cuáles?)*
- (¿Puede dejar de sentirse nervioso si se lo propone? ¿Cómo? ¿Qué hace?)*

PUNTUAR ANSIEDAD FLOTANTE CON SINTOMAS AUTONOMICOS

- 0 No hay ansiedad flotante en el PERIODO
- 1 Ansiedad leve de manera ocasional
- 2. Ansiedad autonómica de moderada a grave

ANSIEDAD FLOTANTE



¿ Desde cuándo ha tenido el entrevistado estas sensaciones ?

PUNTUAR LA DURACION DE LOS SINTOMAS

- 0 Menos de 6 meses
- 1 Más de 6 meses

DURACION DE LOS SINTOMAS



W6: ¿SE ASUSTA O AGOBIA CUANDO SALE A LA CALLE?

- (¿Le asusta o agobia salir sólo?)*
- (¿Le asusta o agobia estar en algún sitio con mucha gente?)*
- (¿Se asusta o agobia en el autobus?)*
- (¿Se asusta o agobia cuando sale de compras?)*
- (¿Hay algún otro sitio en el que se asuste o agobie?)*
- (¿Le ha ocurrido eso desde {actmto. ref.}?)*

(¿Con qué frecuencia?)

Las fobias sólo deberían puntuarse como presentes si se acompañan de síntomas autonómicos en algún momento desde el comienzo del trastorno. La ansiedad debe ser mayor que la justificada por la situación. La repetición de las sensaciones es importante.

Lista de comprobación de fobia situacional. Puntuar 1 si se presenta:

- Estar sólo en lugares públicos, espacios abiertos, calles vacías
- Multitudes, tiendas, teatros, o lugares de los que no es fácil salir
- Al viajar solo: autobuses, trenes, aviones
- Al salir solo, al estar solo lejos de casa
- A estar solo en casa

>> Si alguna de las mencionadas se puntuó como presente, sin que se hayan descrito hasta el momento de síntomas autonómicos, volver a P W3 e intentar explorar de nuevo.

W7: ¿ ALGUNA VEZ HA TENIDO MIEDO A ESTAR CON OTRAS PERSONAS ?

UTILIZAR LAS PREGUNTAS ADECUADAS A LA CONDUCTA DEL SUJETO

(¿Alguna vez ha sentido miedo/se agobia cuando conoce gente nueva? ¿A quién?)

(¿Alguna vez ha sentido miedo/se agobia cuando habla con otras personas?

¿Con quién?)

(¿Cuándo le ocurre eso?)

(¿Dónde le ocurre?)

En caso afirmativo, explore los ítems de la lista de comprobación, p. ej.:

(¿Siente miedo cuando está en un bar/restaurante/cafetería?)

(¿Qué pasa cuando se asusta?)

LISTA DE COMPROBACION PARA FOBIA SOCIAL. PUNTUAR 1 SI ESTA PRESENTE:

- Comer o beber en público. Utilizar lavabos públicos
- Hablar a un grupo reducido de personas conocidas o estar en ese grupo
- Hablar en público, a desconocidos, o por teléfono

>>Si alguna de las mencionadas se puntuó como presente, sin que se hayan descrito hasta el momento síntomas autonómicos, volver a P W3 e intentar explorar de nuevo.

SI YA SE HAN MENCIONADO TEMORES ESPECÍFICOS DE LA LISTA DE COMPROBACIÓN ABAJO SEÑALADA, DIGA: “ME DIJO QUE LE ASUSTABA

{TEMOR ESPECÍFICO}”. A CONTINUACIÓN UTILICE LAS PREGUNTAS EXPLORATORIAS PARA P. W8 APROPIADAS

W8: ¿ TIENE OTROS TEMORES?

- (¿Le asustan/dan miedo la arañas?)*
- (¿Le asustan/dan miedo los perros?)*
- (¿Le asustan/dan miedo las tormentas y a los relámpagos?)*
- (¿Le asusta/da miedo estar en un sitio alto?)*
- (¿Le asustan/dan miedo los médicos?)*
- (¿Hay alguna otra cosa que le de miedo?)*

LISTA DE COMPROBACION DE FOBIAS ESPECIFICAS. PUNTUAR 1 SI ESTAN PRESENTES:

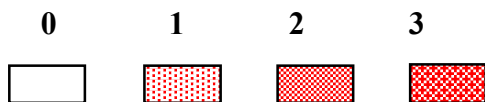
- Tormentas, rayos
- Agua-piscina, lago, mar
- Animales : insectos, plumas, pájaros, serpientes, pieles , ratas, etc
- Espacios cerrados, ascensores, túneles, puentes, cabinas telefónicas, etc
- Alturas, volar
- Hospitales, médicos, dentistas

>>Si alguna de las mencionadas se puntuó como presente , sin que se hayan descrito hasta el momento síntomas autonómicos, volver a P W3 e intentar explorar de nuevo.

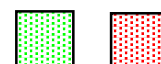
En las tres puntuaciones siguientes cualquiera de las fobias examinadas en las preguntas anteriores debe puntuarse basándose en la escala estandarizada de 4 puntos en función de la frecuencia y severidad de los síntomas durante el pasado mes. Si existe más de una fobia dentro de un mismo tipo puntuar la más grave.

PUNTUAR : FOBIA SITUACIONAL MAS GRAVE :

No fobia = 0

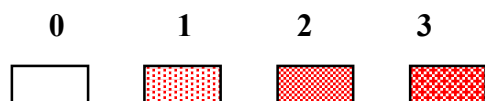


SITUACIONAL



PUNTUAR : FOBIA SOCIAL MAS GRAVE:

No fobia = 0



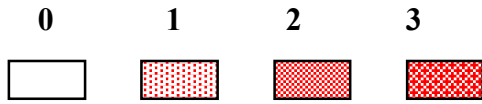
FOBIA SOCIAL



PUNTUAR : FOBIA ESPECIFICA MAS GRAVE

FOBIA ESPECIFICA

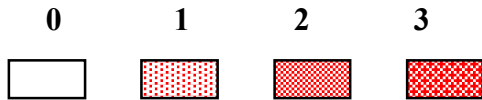
No fobia = 0



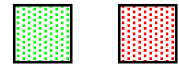
W9: ¿TRATA DE EVITAR LA { SITUACION FOBICA }?

(¿Aún se enfrenta a la (situación)?)
(¿Tiene tanto miedo que no sale para nada?)

PUNTUAR EVITACION DE SITUACIONES PROVOCADORAS DE ANSIEDAD



EVITACION



W10: ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO MUCHO MIEDO SIN NINGUN MOTIVO?

(¿Siente pánico sin motivo?)

SI SE HA DETECTADO ANSIEDAD FOBICA EN LAS Ps. W6-W8:

(¿Sólo tiene miedo cuando {situación/objeto fóbico}?)
(¿Se asusta en cualquier otra ocasión?)

PUNTUAR PANICO CON / SIN FOBIAS

0 Sin fobias o raramente con fobias
1 Casi siempre o siempre con fobias

PANICO CON / SIN FOBIAS



W11: ¿ALGUNA VEZ HA SENTIDO QUE ALGO TERRIBLE ESTA A PUNTO DE OCURRIR?

(¿Qué cree que ocurrirá?)
(¿Alguna vez piensa que podría enfermar o morir?)
(¿Se siente tan mal que tiene {síntomas comprobados en P. W3}?)
(¿Cuántas veces se siente así?)
(¿Con qué frecuencia se siente así?) (Día, Semana, Mes)
(¿Puede conseguir que desaparezcan esas sensaciones?)

PUNTUAR PRESENTIMIENTOS ANSIOSOS

PRESENTIMIENTOS ANSIOSOS

(Para puntuar como presente, deben existir **síntomas autonómicos**)

0 Síntomas ausentes

1. Ansiedad excesiva pero en situaciones apropiadas
2. Ansiedad autonómica de moderada a grave



W12: ¿ SIENTE A VECES QUE LAS COSAS NO SON REALES ?

(¿Cómo es esa sensación?)

(¿Las cosas parecen diferentes?)

(¿Las cosas parecen cambiadas?)

(¿Las cosas parecen extrañas?)

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: *(¿De qué forma?)*

(¿Le pasa cuando está asustado?)

(¿Le pasa en otra ocasión cualquiera?)

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: *(¿Cuándo?)*

PUNTUAR DESPERSONALIZACION Y DESRREALIZACION CON ANSIEDAD

(Puntuar como positivas, sólo si ocurre en el contexto de ansiedad o de pánico.

A veces la ansiedad disminuye a medida que empieza la despersonalización .)



0. Ausencia de síntomas

1. Existe la sensación desde el acmto.ref.

>>Si la evidencia de desrealización va más allá del contexto de ansiedad, continuar con las secciones psicóticas cuando proceda.

DEPRESION

D1: ¿ESTÁ CONTENTO?

(¿Alguna vez se siente deprimido (triste/melancólico/bajo de moral/infeliz/desgraciado)

(¿Tiene pensamientos tristes?)

(Cuando está triste {o el término utilizado por el sujeto} ¿como lo demuestra?)

(Cuando está triste {o el término utilizado por el sujeto} ¿qué hace?)

(Cuando está triste {o el término utilizado por el sujeto} ¿en qué piensa?)

(¿Ha llorado?)

Si hay evidencia de depresión :

(¿Puede dejar de estar triste?)

Si algunas veces se siente feliz (¿Con qué frecuencia se siente triste?) (Desde el {actmto de ref.} ¿ha estado feliz alguna vez?)

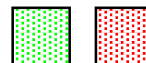
PUNTUAR HUMOR DEPRESIVO

(Nota Al puntuar la severidad clínica de la depresión tener presente que las personas muy deprimidas no tienen por qué llorar .)

0. Si el sujeto siempre está feliz o es feliz entre 2 y 14 días durante el periodo de ref.

1. Si la persona está deprimida al menos dos semanas y no puede abandonar los pensamientos depresivos.

HUMOR DEPRESIVO



>>Si 0 pasar a P. D3

D2: ¿SE SIENTE TRISTE {U OTRO MODISMO} TODO EL DIA?

(¿Cuándo se siente mejor?)

(¿Cómo se siente por la mañana?)

(¿Cómo se siente por la tarde?)

(¿Cómo se siente al despertar?)

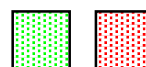
PUNTUAR DEPRESION MATINAL (sobre todo al despertar)

(para puntuar como positivo buscar evidencias de variaciones específicas durante el día)

0. No existe depresión, o no hay empeoramiento por la mañana temprano

1. Se siente peor normalmente por la mañana temprano

DEPRESION MATINAL



SI ADVIERTE ALGUNAS AFICIONES QUE EL SUJETO TIENE O HA TENIDO EN EL PASADO, INTRODUZCA EL TEMA SIGUIENTE CON LA FRASE “ ME DIJO QUE LE GUSTAN {ACTIVIDADES}”

D3: ¿ HA DEJADO DE HACER CIERTAS COSAS ?

(¿Ha dejado de hacer {actividad}?)

EN CASO AFIRMATIVO: *(¿Por qué razón?)*

EN CASO NEGATIVO: *(¿Sigue disfrutando de {actividad}?)*

(¿Qué otra cosa le gusta hacer?)

PUNTUAR PERDIDA DE CAPACIDAD PARA DISFRUTAR DURANTE EL ULTIMO MES

1. Definitivamente disfruta de la vida
2. Pérdida leve o ninguna, pero no 1
3. Pérdida marcada
4. Pérdida total



SI NO HAY EVIDENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ÍTEMS ARIBA INDICADOS, PASAR A LA SECCIÓN SIGUIENTE

D4: ¿TIENE ILUSION POR ALGO?

(¿Piensa en lo que va a pasar mañana?)

(¿Tiene algunos planes para el futuro?)

(¿Qué le gustaría hacer?)

(¿Cree que las cosas le irán mejor?)

(¿Tiene alguna esperanza?)

(¿Se ha dado por vencido?)

PUNTUAR DESESPERANZA (sobre las perspectivas actuales del sujeto)

0



1



2



3



DESESPERANZA



INTRODUZCA EL TEMA SIGUIENTE CON LA FRASE “CUANDO ALGUIEN SE SIENTE TRISTE PIENSA A VECES EN LA MUERTE”

D5: ¿ USTED PIENSA EN LA MUERTE ?

(Cuando habla de la muerte, ¿qué siente?)

(¿Piensa en su propia muerte?)

(¿Piensa a veces que no merece la pena vivir?)

(¿Piensa que estaría usted mejor muerto?)

(¿Piensa en hacerse daño?)

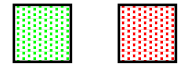
(¿Ha pensado alguna vez en matarse?)

- (¿Qué ha pensado hacer?)*
- (¿Ha intentado matarse?)*
- (¿Qué hizo?)*
- (¿Cuándo?)*
- (¿Piensa muy a menudo en matarse?)*

PUNTUAR PENSAMIENTOS, PLANES O ACTOS SUICIDAS

PLANES SUICIDAS

- 0. No contempla el suicidio
- 1. Ha pensado seriamente en suicidarse (pensamientos intrusivos) sin intentarlo
- 2. Autolesión o intento sin daño grave
- 3. Autolesión grave (pero sin intención de suicidarse)
- 4. Intento de suicidio con intención de morir



INTRODUZCA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES RECORDANDO LAS ACTIVIDADES SOCIALES DEL ENTREVISTADO. DIGA: “ME DIJO QUE LE GUSTA {ACTIVIDADES}”

D6: ¿LE GUSTA ESTAR CON OTRAS PERSONAS?

- (¿Es usted tímido?)*
- (¿Puede relacionarse con los demás?)*
- (¿Qué hace cuando alguien viene a visitarle?)*
- (¿Se mantiene alejado de otras personas?)*

Si existe aislamiento (ej. el sujeto declara “me voy a mi cuarto”)

- (¿Por qué {se va a su cuarto}?)*
- (¿Siempre ha sido tímido (solitario)?)*
- (¿Cree que alguien le quiere hacer daño?)*

EN CASO AFIRMATIVO :

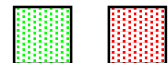
- (¿Lo hace intencionadamente?)*
- (¿Alguien trata de envenenarle?)*
- (¿Alguien trata de matarle?)*

>>Si hay evidencia de paranoia , completar la sección psicótica cuando proceda

PUNTUAR AISLAMIENTO SOCIAL

AISLAMIENTO SOCIAL

- 0. Disfruta la compañía de los demás
- 1. Cualquier aislamiento social significativo, incluyendo las formas pasivas del síntoma (el sujeto no busca la compañía de los demás pero tampoco la rechaza si se le ofrece), y la evitación activa de la compañía (la rechaza si se le ofrece)



ANTES DE HACER LA SIGUIENTE PREGUNTA, CONSIDERAR EL ABANICO DE SITUACIONES EN LAS QUE EL SUJETO INTERACTUA CON LOS DEMAS

D7: ¿SE SIENTE SEGURO DE SI MISMO?

- (¿Tiene confianza en sí mismo?)*
- (¿Le gusta conocer gente nueva?)*
- (¿Cómo se siente cuando conoce a alguien nuevo?)*
- (¿Se preocupa de lo que dicen los demás sobre usted?)*
- (¿Le gusta estar con sus amigos?)*

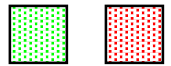
Si hay evidencia de falta de confianza en sí mismo:
(¿Siempre ha sido así?)

Si NO: *(¿Ha sido así desde {actmto. Ref.}?)*

PUNTUAR PERDIDA DE AUTOCONFIANZA EN LA RELACION CON LOS DEMAS

AUTOCONFIANZA

- 0. Ninguna pérdida o pérdida leve pero sin afectar sus actividades
- 1. Desde una pérdida moderada hasta una discapacidad severa intermitente
- 2. Pérdida severa discapacitante casi todo el tiempo



D8: ¿PIENSA QUE LA GENTE LE MIRA?

- (¿Le miran fijamente?)*
- (¿Es usted tímido?)*

EN CASO AFIRMATIVO:

- (¿Por qué le mira la gente?)*
- (¿Podría haber otra razón?)*
- (¿La gente habla de usted?)*

EN CASO AFIRMATIVO:

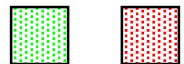
- (¿Se ríen de usted?)*
- (¿Dicen cosas malas de usted?)*
- (¿Usted les riñe?)*
- (¿Es sólo su imaginación?)*

>> Si las ideas de referencia son de naturaleza irracional y delirante, puntuar 5 aquí, y continuar con el módulo psicótico cuando proceda

PUNTUAR IDEAS SIMPLES DE REFERENCIA

IDEAS SIMPLES DE REFERENCIA

- 0 Ningún síntoma
- 1. Si siente que la gente le mira
- 2. Delirios de referencia



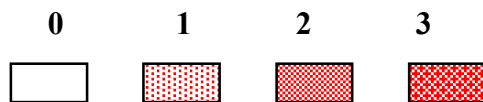
NOTA: LA SIGUIENTE PREGUNTA ES PARA EXPLORAR TANTO LOS SENTIMIENTOS *DE QUE LOS DEMÁS LE CULPAN* COMO LOS SENTIMIENTOS DE *AUTO-CULPABILIDAD*. ESTA DISTINCIÓN ES IMPORTANTE. ASEGÚRESE DE PREGUNTAR TODAS LAS CUESTIONES EXPLORATORIAS.

D9: ¿ SIENTE QUE HA HECHO ALGO MALO ?

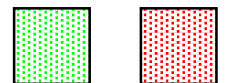
*(¿Siente que otras personas le echan la culpa de alguna cosa?)
 (¿Qué cree usted/creen ellos que ha hecho?)
 (¿Ha sido por culpa suya?)
 (¿Se siente culpable?)
 (¿Con qué frecuencia se siente así?)*

PUNTUAR IDEAS DE CULPA REFERENCIALES

(No incluir acusación o culpa justificada)

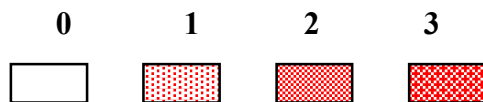


IDEAS DE CULPA REFERENCIALES

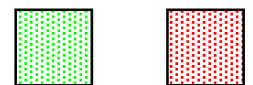


PUNTUAR CULPA PATOLOGICA

(Puntuar sólo si el sentimiento de culpa no es realista; no puntuar si las acciones son censurables y el sentimiento de culpa proporcionado)



CULPA PATOLOGICA



>> Si hay evidencias de delirios de culpa, continuar con las secciones psicóticas cuando proceda. Si el sujeto responde que no se siente culpable, pero que es acusado, considerar delirios de persecución

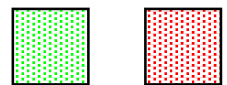
D10: ¿ PIENSA QUE VALE USTED TANTO COMO LOS DEMAS ?

*(¿Piensa que es usted peor que otras personas?)
 (¿Piensa que es usted tonto?)
 (¿Este sentimiento es nuevo?)
 (¿Siempre se ha sentido así?)
 (¿Piensa que es usted mejor que otras personas? ¿en qué sentido?)*

PUNTUAR PERDIDA DE LA AUTOESTIMA

- 0. Síntomas ausentes o presentes en grado leve
- 1. Síntoma claramente presente pero de intensidad moderadamente severa
- 2. Severa durante más de la mitad del periodo

PERDIDA DE AUTOESTIMA



>> Si hay evidencias de interpretaciones erróneas , delirios de referencia o de persecución, continuar con el módulo psicótico cuando proceda.

PARTIENDO DE LA CONVERSACIÓN INTRODUCTORIA QUEDA A JUICIO DEL ENTREVISTADOR SI LAS PREGUNTAS REFERENTES A LA ACTIVIDAD SEXUAL SON APROPIADAS O NO

D11 ¿HA CAMBIADO SU INTERES POR EL SEXO?

PUNTUAR PERDIDA DE LIBIDO DURANTE EL EPISODIO DE ENFERMEDAD ACTUAL Y QUE PERSISTE DURANTE EL MES ACTUAL

- 0. Sin cambios o leve aumento o disminución
- 1. De disminución marcada a ausencia completa

PÉRDIDA DE LIBIDO



D12: ¿ALGUNA VEZ ESTÁ DEMASIADO CONTENTO?

(¿Llega a estar eufórico?)

(¿Cuánto tiempo dura?)

¿Algunas veces el entrevistado ha estado demasiado contento o eufórico?

(Tan eufórico que no era natural)

(o inusualmente irritable o suspicaz)

(¿No encajaba con su caracter habitual?)

(¿Cuanto tiempo dura/duró?)

(¿Durante cuánto tiempo fue normal su estado de ánimo?)

(¿Toma el entrevistado pastillas que le “estimulen”?)

PUNTUAR HUMOR EXPANSIVO: no el buen humor normal

- 0. No hay evidencias de euforia anormal
- 1. Euforia indudable que dure al menos 4 días consecutivos
- 2. Periodo de euforia que dura una semana por lo menos o periodos transitorios que sumados duran más de una semana.
- 3. Euforia durante dos semanas al menos o más si son periodos transitorios

HUMOR EXPANSIVO



>> Si hay evidencia de humor expansivo continuar con la sección siguiente, si no, pasar a la sección sobre alcohol, etc.

HIPOMANÍA

HM1. ¿Parece que el entrevistado tiene pensamientos que se le amontonan y le pasan rápidamente por la cabeza, como si estuvieran acelerados?

PUNTUAR PRESIÓN Y ACELERACIÓN DEL PENSAMIENTO

1. Presión clara que dura 4 días o más
2. Períodos de presión que duran una semana por lo menos, o periodos transitorios que sumados duran más de una semana.
3. La presión dura por lo menos dos semanas
6. Posiblemente se debe al uso de estimulantes



HM2. ¿Habla el entrevistado demasiado y muy rápido, de manera que es difícil de entender?

PUNTUAR VERBORREA

1. Verborrea clara que dura 4 días o más
2. Períodos de verborrea que duran una semana por lo menos, o periodos transitorios que sumados duran más de una semana.
3. La verborrea dura por lo menos dos semanas
6. Posiblemente se debe al uso de estimulantes



HM3. ¿Se distrae el entrevistado más de lo habitual?

(¿No puede mantener la atención en un tema durante el tiempo suficiente como para manejarlo adecuadamente?)

(¿Continuamente se distrae su atención con cualquier cosa sin importancia que sucede a su alrededor?, p.ej., oír un ruido, o ver algo que de forma instantánea se introduce en el hilo de la conversación?)

PUNTUAR PROPENSIÓN A DISTRAERSE

1. Clara propensión a distraerse que dura 4 días o más
2. Períodos de propensión a distraerse que duran una semana por lo menos, o periodos transitorios que sumados duran más de una semana.
3. Propensión a distraerse que dura por lo menos dos semanas



HM4. Ha estado el entrevistado más activo de lo habitual, tan activo que otras personas o usted mismo pensaron que algo marchaba mal?

PUNTUAR HIPERACTIVIDAD

1. Hiperactividad clara que dura 4 días o más
2. Períodos de hiperactividad que duran una semana o más.
3. Hiperactividad que dura por lo menos dos semanas



HM5. ¿Ha expresado el entrevistado la impresión de estar especialmente eficiente en el trabajo o en sus actividades diarias, como si tuviera grandes poderes o talentos especiales?

PUNTUAR AUTOESTIMA EXAGERADA

1. Exageración clara que dura 4 días o más
2. Períodos de exageración que duran una semana por lo menos, o periodos transitorios que sumados duran más de una semana.
3. La exageración dura por lo menos dos semanas



HM6. ¿Ha sido capaz el entrevistado de funcionar normalmente con muchas menos horas de sueño de las habituales durante {PERIODO} sin parecer cansado?

PUNTUAR DISMINUCIÓN DE LA NECESIDAD DE DORMIR

1. Necesitó como mínimo 1 hora menos de sueño durante 1 semana o más
2. Necesitó como mínimo 2 horas menos de sueño durante 1 semana o más.
3. Necesitó como mínimo 3 horas menos de sueño durante 1 semana o más



HM7. ¿Ha manifestado el entrevistado comportamiento social embarazoso, que no encaja con su carácter habitual?

PUNTUAR COMPORTAMIENTO SOCIAL EMBARAZOSO

1. Aumento claro que dura 1-2 días
2. Períodos de aumento que duran 1 semana o más, o periodos transitorios que sumados duran más de 1 semana.
3. La aumento dura por lo menos dos semanas



HM8. ¿Ha manifestado el entrevistado un aumento considerable en sus intereses o actividades sexuales?

PUNTUAR AUMENTO DE LA LIBIDO

1. Al menos una semana
2. Dos o más semanas.
3. Al menos 3 semanas



ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS

DR1: ¿BEBE ALCOHOL ALGUNA VEZ?

(Cerveza, vino, whisky, y etc)
(¿Cuál es su bebida favorita?)
(¿Con qué frecuencia bebe {...}?)

1. Nunca (en el último mes)
2. Mensualmente o menos
3. De dos a cuatro veces al mes
4. De dos a tres veces a la semana
5. Cuatro o más veces a la semana



Si la puntuación es de 4 o menos pasar a P. DR10

DR2: ¿CUANTAS BEBIDAS ALCOHOLICAS DE {...} TOMA EL DIA QUE BEBE?

1. 1 ó 2
2. 3 ó 4
3. 5 ó 6
4. 7 ó 9
5. 10 o más



Si la puntuación es de 2 o menos pasar a P. DR10

DR3: ¿TOMA ALGUNA VEZ SEIS BEBIDAS ALCOHOLICAS EN EL MISMO DIA?

EN CASO AFIRMATIVO:

(¿Con qué frecuencia?)
(¿Cuándo fue la última vez?)
(¿Cuándo fue la penúltima vez?)

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Una vez al mes
4. Una vez a la semana
5. Diariamente o casi diariamente



Si la puntuación es de 2 o menos pasar a P. DR10

DR4: UNA VEZ QUE EMPIEZA, ¿PUEDE DEJAR DE BEBER?

EN CASO AFIRMATIVO:
(¿Cuántas veces le sucede?)

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Una vez al mes
4. Semanalmente
5. Diariamente o casi diariamente



ANTES DE HACER LA SIGUIENTE PREGUNTA PENSAR LO QUE HACE EL ENTREVISTADO GENERALMENTE DURANTE EL DÍA

DR5: ¿LA BEBIDA LE IMPIDE SEGUIR CON ... {ACTIVIDADES}?

EN CASO AFIRMATIVO:

(¿Cuándo fue la última vez que le impidió {actividades}?)
(¿Cuándo fue la penúltima vez?)

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Una vez al mes
4. Semanalmente
5. Diariamente o casi diariamente



DR6: ¿ALGUNA VEZ BEBE POR LA MAÑANA?

EN CASO AFIRMATIVO:

(¿Por qué bebe por la mañana?)
(¿Es porque estuvo bebiendo la noche anterior?)

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Una vez al mes
4. Semanalmente
5. Diariamente o casi diariamente



DR7: ¿ALGUNA VEZ SE SIENTE CULPABLE POR BEBER?

EN CASO AFIRMATIVO:

(¿Cuántas veces se siente así?)

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Una vez al mes
4. Semanalmente
5. Diariamente o casi diariamente



DR8 : ¿ BEBE A VECES TANTO QUE NO PUEDE RECORDAR LO QUE HIZO?

EN CASO AFIRMATIVO:

(¿Cuántas veces le pasa?)

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Una vez al mes
4. Semanalmente
5. Diariamente o casi diariamente



DR9: ¿ ALGUIEN LE HA COMENTADO QUE BEBE DEMASIADO ?

(¿Quién fue?)

1. No
2. Sí pero no en el último año
3. Sí durante el último año



ITEM DE CRIBAJE DE ABUSO DE DROGAS O DEPENDENCIA

DR10 : ¿CONSUME DROGAS QUE NO LE HA PRESCRITO EL MEDICO?

Como: marihuana, hachís, anfetaminas, coca, heroína, morfina, LSD?

EN CASO AFIRMATIVO:

(¿Las ha tomado a diario?)

EN CASO NEGATIVO:

(¿Cuántas veces?)

SI ES A DIARIO:

(¿Lo ha estado haciendo desde {actmto. Ref.}?)

PUNTUAR LA SEVERIDAD DEL CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL ULTIMO MES

0. No se han tomado drogas
1. Consumo limitado de las drogas menos nocivas
2. Episodios ocasionales de abuso de drogas con trastornos de conducta u otras consecuencias nocivas
3. Periodos más prolongados de abuso de drogas.



**>>SI LA PUNTUACION ES DE 2 Ó 3 PASAR A LA SECCION 12 , PAGINA 67 , DEL SISTEMA SCAN
SOBRE EL USO DE OTRAS SUSTANCIAS QUE NO SEAN EL ALCOHOL**

ALUCINACIONES AUDITIVAS

SECCION INTRODUCTORIA PARA LOS ENTREVISTADOS

Para establecer la presencia de alucinaciones auditivas es esencial constatar si el entrevistado tiene el concepto de la procedencia real de las voces. Es fácil confundirse si, por ejemplo, se mencionan las voces que se oyen a través de la paredes. ¿Tiene el sujeto el convencimiento inquebrantable de que estas voces no proceden de una persona real?
Utilizar A o B según sea más apropiado

A: Si el sujeto no ha hablado de oír voces

Ahora le quiero hacer unas preguntas de cómo uno oye a otras personas cuando hablan.

Cuando yo hablo usted oye mi voz, ¿verdad?

¿De dónde viene mi voz?

Señáleme de dónde viene su voz

>>Si el sujeto no demuestra una comprensión adecuada de la procedencia de las voces, fin alízae esta sección

¿Oye voces cuando no hay nadie?

Si el sujeto oye voces:

Hábleme sobre ellas

¿De dónde vienen?

¿Quién habla?

Si las oye en la radio/TV:

¿Qué pasa cuando la apaga? ¿La voz se para siempre?

Si las voces llegan a través de la pared, tratar de constatar si el sujeto piensa que son de personas reales

¿Qué pasa cuando se va a otra habitación? ¿Sigue oyendo las voces?

>>Si hay evidencia de que el entrevistado (a) tiene un conocimiento de la procedencia normal de la voz pero, (b) experimenta alucinaciones auditivas de voces, pasar a la página siguiente y si no finalizar esta sección.

B: Si el sujeto ya se ha referido a las voces

Usted ha mencionado que ha oído hablar a gente (cuando no hay nadie presente). Me gustaría hablar un poco más sobre las voces.

Cuando hablo, usted oye mi voz, ¿verdad?

¿De dónde viene mi voz?

Muéstreme de dónde viene su voz

¿Oye usted voces cuando no hay nadie?

EN CASO NEGATIVO:

Dígame algo más sobre ellas

¿De dónde proceden?

¿Quién habla?

Si lo ha oído en la radio o TV:

¿Qué pasa cuando la apaga? ¿La voz se para siempre?

Si las voces atraviesan la pared, tratar de constatar si el sujeto piensa que proceden de personas reales

¿Qué pasa cuando entra usted en otra habitación? ¿sigue usted oyendo las voces?

>>Si hay evidencia de que el entrevistado (a) tiene un conocimiento de la procedencia normal de la voz pero, (b) experimenta alucinaciones auditivas de voces, pasar a la página siguiente y si no finalizar esta sección..

AH1 ¿CUANDO OYE USTED LA VOZ/VOCES?

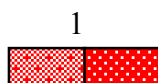
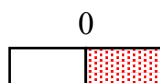
(¿Las oye usted durante el día?)

(¿Las oye usted durante la noche?)

(¿Las oye cuando se está despertando?)

(¿Las oye cuando se está quedando dormido?)

PUNTUAR ALUCINACIONES AUDITIVAS AL DORMIRSE O AL DESPERTARSE



AH2: ¿QUE DICEN LAS VOCES?

(¿Se paran alguna vez?)

(¿Sólo dicen unas cuantas palabras?)

(¿Cuántas voces hay?)

(¿A quién le habla(n) la voz/voces?)

(¿Cuándo oye la voz/voces?)

SI HAY MAS DE UNA VOZ : *(¿Hablan entre ellas?)*

(Dígame exactamente las palabras que dice(n))

(¿Dicen cosas agradables?)

(¿Dicen cosas desagradables?)

PUNTUAR ALUCINACIONES AUDIT. DE SEGUNDAS O TERCERAS PERSONAS

A.A DE 2ª 3ª PERSONAS

1. Predomina la segunda persona
2. Ambas tienen la misma prominencia

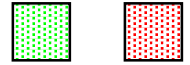


3. La tercera persona predomina

PUNTUAR LA LONGITUD DE LAS FRASES LONGITUD DE LAS FRASES

LONGITUD DE LAS FRASES

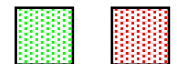
0. Las frases más cortas predominan
1. Las frases más largas, continuas y variadas, predominan



¿Experimenta el sujeto voces alucinatorias que proceden de una parte del cuerpo que no sea la boca ? Hay otras CARACTERISTICAS ESPECIALES de las voces como por ejemplo que sólo se dan a través de otros ruidos como los de un avión, canto de pájaros?

CARACT. ESPECIALES

0. No
1. Sí, características especiales presentes



AH3: ¿LA(S) VOZ/VOCES COMENTAN LO QUE ESTA USTED HACIENDO?

EN CASO AFIRMATIVO:

(Dígame lo que dice/n la/s voz/voces)

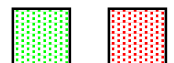
(La(s) voz/voces dicen lo que está usted pensando?)

(La(s) voz/voces dicen lo que está usted viendo en la TV?)

(¿ Con qué frecuencia pasa?)(Día/Semana/Mes)

PUNTUAR VOCES QUE COMENTAN SOBRE PENSAMIENTOS O ACCIONES

1. No hay interacción entre voces y pensamientos
2. Las voces sí comentan o repiten o describen, ocasionalmente
3. Comentarios frecuentes o repeticiones de pensamientos o acciones



AH4 ¿CON QUE FRECUENCIA OYE USTED VOCES?

¿Puede usted calcular con qué frecuencia el entrevistado oye las voces ?

(¿Oye usted la voz todos los días?)

(¿Oyó usted la voz hoy?)

(¿Oyó usted la voz ayer?)

(¿ Cuándo se pararon?)

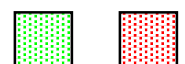
(¿ Cuándo volvieron a empezar?)

PUNTUAR LA FRECUENCIA DE LAS ALUCIN. VERBALES AUDITIVAS

FRECUENCIA DE LAS A.V.A.

Si es necesario, referirse de nuevo al actmto.ref

1. Libre de alucinaciones por lo menos una semana

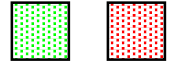


2. Casi todos los días

PUNTUAR CONGRUENCIA DE AA CON ESTADO AFECTIVO

Puntuar congruencia: por ejemplo el contenido basado en sentimiento de culpabilidad : “¡Pecador!, mereces morir”, etc, o con respecto a delirios de grandeza: “Ve a palacio. Eres el Rey”, etc. Inclúyalo cuando el contenido fue congruente anteriormente pero el estado de ánimo ha mejorado antes de que las AA desaparecieran. Si no está seguro, puntúe 8

CONGRUENCIA



1. Más congruente que incongruente
 2. AA congruentes e incongruentes en la misma medida
 3. Más incongruente que congruente
-

ALUCINACIONES DE OTROS SENTIDOS

Nota: Puntuar en esta sección sólo las ALUCINACIONES. Cualquier delirio asociado debe ser puntuado en la sección de delirios.

Esta sección ofrece preguntas para el ENTREVISTADO que pueden utilizarse si él mismo ha mencionado alucinaciones no auditivas. Se han evitado preguntas específicas para cada síntoma porque se ha descubierto que pueden confundir o fácilmente conducir a equívoco. Si parece verosímil que haya un síntoma presente, el entrevistador debería iniciar una discusión apropiada utilizando las preguntas que se han sugerido para decidir si el síntoma es una verdadera alucinación.

INFORMADOR

¿Ha dicho el entrevistado que veía cosas que no estaban allí?
- *(O que siente cosas que le tocaban que no estaban allí?)*
- *(O huele olores extraños sin razón alguna?)*
- *(¿O siente que él/ella mismo (a) huele de una manera especial?)*

EN CASO AFIRMATIVO

¿Ha pasado esto durante el último mes?

SI LOS SINTOMAS ESTAN PRESENTES, OBTENER UNA DESCRIPCION LO MAS DETALLADA POSIBLE Y PASAR DIRECTAMENTE A LAS PUNTUACIONES

PREGUNTAS PARA EXPLORAR ALUCINACIONES VISUALES:

(Me puede contar algo más sobre ... {alucinaciones visuales que se sospechan})

(¿Qué ve usted?)

(¿Ha visto ... {personas/escenas/objetos} desde {actmto. ref.}?)

(¿Dónde ve... {personas/escenas/objetos}?)

(¿Siempre son iguales ... las {personas/escenas/objetos}?)

(¿Cambian?) EN CASO AFIRMATIVO: (¿De qué forma?).

SI SON PERSONAS: (¿Dicen algo?) (¿Hacen algo?)

(¿Puede usted tocarlos... {personas/escenas/objetos}?)

EN CASO NEGATIVO: (¿Por qué no?)

ALUCINACIONES VISUALES

Puntuar positivamente si cualquiera de las siguientes se han visto en el último mes:

Alucinaciones visuales sin forma, con claridad de consciencia

Alucinaciones visuales con forma, escenas parciales

Alucinaciones visuales escénicas con claridad de consciencia

0



1



ALUCINACIONES VISUALES



Nota : si las alucinaciones visuales están presentes considerar *alucinosis orgánica*

PREGUNTAS PARA EXPLORAR ALUCINACIONES EN LAS QUE EL SUJETO DESPIDE UN OLOR

(¿Puede usted olerse?)

(¿Le puede oler todo el mundo?)

(¿A qué huele usted?)

(¿Le ha dicho alguien que usted huele de una manera especial?)

(¿Huele usted todo el tiempo?)

(¿Desaparece el olor cuando se da usted un baño?)

EN CASO NEGATIVO: *(¿Hay algo que haga desaparecer su olor?)*

PUNTUAR ALUCINACIONES EN LAS QUE EL SUJETO DESPIDE UN OLOR

0



1



ALUCIN. EL SUJ. DESPIDE OLOR



PREGUNTAS PARA EXPLORAR ALUCINACIONES TACTILES:

(¿Qué nota usted que le está tocando?)

(¿Puede usted ver... {lo que el sujeto dice que le está tocando}?)

(¿Le duele?)

(¿Lo siente bajo la piel?)

(¿Lo siente todo el tiempo?)

EN CASO NEGATIVO: *(¿Cuándo lo siente?)*

PUNTUAR ALUCINACIONES TACTILES

0



1



ALUCINACIONES TACTILES

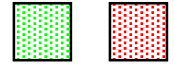


PREGUNTAS PARA EXPLORAR ALUCINACIONES OLFATIVAS

(¿A qué huele?)
(¿Qué cree usted que despiden el olor?)
(¿Lo huele usted en todas partes?)
EN CASO NEGATIVO: (¿Dónde lo huele usted?)

PUNTUAR ALUCINACIONES OLFATIVAS

ALUCINACIONES OLFATIVAS

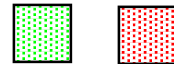
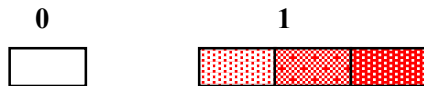


PREGUNTAS PARA EXPLORAR ALUCINACIONES SEXUALES

(¿Cómo son esas sensaciones?)
(¿Que es lo que le provoca a usted esas sensaciones?)
(¿En qué parte de su cuerpo tiene esas sensaciones?)
(¿Puede señalar dónde?)

PUNTUAR ALUCINACIONES SEXUALES

ALUCINACIONES SEXUALES



PREGUNTAS PARA CUALQUIER ALUCINACION QUE HAYA SIDO PUNTUADA COMO PRESENTE

OH1: ¿CUÁNDO {VE, ETC} ESAS COSAS?

¿Menciona el entrevistado que experimenta esas cosas al despertarse o al dormirse?

(¿Las oye usted durante el día?)
(¿Las oye usted durante la noche?)
(¿Las oye cuando se está despertando?)
(¿Las oye al dormirse?)

PUNTUAR LAS ALUCINACIONES NO AUDITIVAS AL DESPERTARSE Y AL DORMIRSE



INTERFERENCIAS DEL PENSAMIENTO, REEMPLAZO DE LA VOLUNTAD, DELIRIOS

INTERFERENCIAS DEL PENSAMIENTO, SECCION INTRODUCTORIA PARA LOS ENTREVISTADOS

Para establecer la presencia de trastornos del pensamiento es fundamental explorar si el entrevistado tiene adquirido el concepto de “pensamientos” y de la naturaleza esencialmente íntima de los mismos. Las preguntas exploratorias que se sugieren son para ayudar a desarrollar una conversación en la que lo anterior se pueda discernir. **Esta introducción debería utilizarse incluso cuando el entrevistado ya haya mencionado la experiencia de interferencias del pensamiento.**

ELEGIR UNA PERSONA SIGNIFICATIVA EN LA VIDA DEL SUJETO E INICIAR UNA CONVERSACION SOBRE LAS SIGUIENTES PREMISAS:

Bien, ahora quiero que piense en (persona)

¿Qué color de pelo tiene el/ella?

Cuando piensa en (persona), dónde está su pensamiento? (¿puede señalarlo?)

(EL ENTREVISTADO DEBE SEÑALAR LA CABEZA)

Ahora voy a pensar en mi madre.

¿Dónde está mi pensamiento? (¿Puede señalarlo?)

¿Sé yo lo que usted está pensando?

EN CASO AFIRMATIVO:

¿Yo siempre sé lo que usted está pensando?

¿Sabe usted lo que yo estoy pensando?

¿Sabe alguien lo que usted está pensando? (¿Quién? ¿Cómo lo saben?)

¿Puedo yo hacer que usted piense cosas? (¿Cómo?)

¿Puede alguien hacer que usted piense cosas ? (¿Quién? ¿Cómo lo hacen?)

>> Si hay evidencia de que el entrevistado(a) tiene adquirido el concepto de pensamiento y de su naturaleza inherentemente privada, pero (b) también tiene experiencias de trastorno del pensamiento continuar en la página siguiente, si no finalizar esta sección.

La naturaleza inherentemente privada de los pensamientos hace menos probable que los informadores tengan información fiable sobre estos síntomas. De cualquier modo, podrían darse algunos casos en los que el entrevistado haya hablado con suficientes detalles como para que se pueda llegar a una puntuación útil por parte del informador. Se incluyen por tanto casillas de puntuación para los informadores. También se proporciona una pregunta general para los informadores que debería utilizarse para asegurarse de la existencia de los síntomas. Si los síntomas se presentan, se debería llevar a cabo una discusión apropiada de éstos con el fin de determinar las puntuaciones específicas a realizar.

TD1: ¿ALGUNA VEZ ALGUIEN INTERFIERE SUS PENSAMIENTOS?

(¿Es otra persona la que controla sus pensamientos?)

- (¿Cómo sucede?)*
- (¿Ocurre de manera extraña? ¿De qué manera?)*
- (¿La gente puede leer su mente?)*
- (¿Hay algo que está pasando a sus pensamientos dentro de su cabeza?)*
- (¿A quién pertenecen esos pensamientos?)*
- (¿Hay algo que le está pasando como hipnotismo o telepatía?)*

¿Ha dicho el entrevistado cosas que sugieran que sus procesos de pensamiento estén trastornados de alguna manera?

Enumerar algunos de los síntomas puntuados para ilustrar lo que se quiere decir con “trastornados”

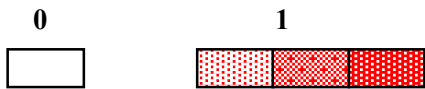
>> Si no hay ninguna evidencia clara de trastorno del pensamiento, pasar a la sección siguiente (reemplazo de la voluntad)

TD2: ¿LEE LA GENTE SUS PENSAMIENTOS?

- (¿Puede alguien saber lo que usted está pensando incluso si usted no dice nada?)*
- (¿Cómo le pasa esto?)*
- (¿Lo sabe la gente por la expresión de su cara?)*

PUNTUAR DELIRIOS DE QUE LE ESTAN LEYENDO LOS PENSAMIENTOS

LECTURA DEL PENSMTO

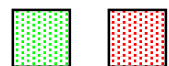
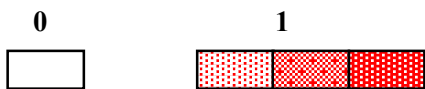


TD3: ¿OYE SUS PENSAMIENTOS EN VOZ ALTA?

- (¿Los puede oír con sus oídos?)*
- (¿Los pueden oír otras personas?)*

PUNTUAR PENSAMIENTOS SONOROS

PENSAMIENTOS SONOROS



En caso afirmativo (ejemplo de presencia de pensamientos sonoros)
(¿Se repiten como un eco?)

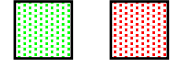
(¿Cómo es?)

PUNTUAR ECO DEL PENSAMIENTO

(No son voces repitiendo pensamientos)

0 1

ECO DEL PENSAMIENTO



TD4: ¿ALGUNA VEZ TIENE PENSAMIENTOS EN SU MENTE QUE NO SON SUYOS?

(¿Qué pensamientos son esos?)

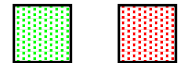
(¿De dónde vienen?)

(¿Cómo llegan hasta ahí?)

PUNTUAR INSERCION DEL PENSAMIENTO

0 1

INSERCION DEL PENSAMIENTO



TD5 ¿SABE LA GENTE LO QUE ESTA USTED PENSANDO?

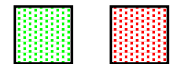
(¿Cómo sucede?)

PUNTUAR DIFUSION DEL PENSAMIENTO

Debe describirse la experiencia de difusión del pensamiento
Excluir delirios de que los pensamientos son usados posteriormente por la TV, prensa, etc

0 1

DIFUSION DEL PENSAMIENTO



TD6: ¿LE SACAN LOS PENSAMIENTOS DE SU CABEZA?

En caso afirmativo:

(¿Parece como si algo los estuviera echando?)

(¿Hay alguien que está sacando sus pensamientos?)

(¿Se van fuera de su cabeza?)

(¿Hay algo de fuera que le está robando sus pensamientos?)

PUNTUAR ROBO DEL PENSAMIENTO

El paciente debe describir extracción activa, no “los pensamientos parecen estar fuera de mi cabeza”. No incluir frases del tipo “es como si”, ej. Mis pensamientos son tan poderosos que todo el mundo debe conocerlos .

ROBO DEL PENSAMIENTO



0



1



REEMPLAZO DE LA VOLUNTAD

El concepto de reemplazo de la voluntad es abstracto. Se proporcionan preguntas y consejos específicos, pero deben usarse con precaución. Pueden ser ambiguos y confusos a menos que el entrevistado voluntariamente haya dado información acerca de la posible presencia de síntomas. Si se introduce el tema, es necesario establecer si el entrevistado tiene adquirido el concepto de autocontrol como estado normal.

A continuación, se sugiere una introducción para el tema:

*Me dice que (síntoma, ej. alguien le obliga a hacer cosas)
¿Le obligan a comerse la cena?*

En caso afirmativo:

Dígame algo que pueda elegir usted sólo

LEVANTARSE Y DECIR:

*Mire, ahora estoy de pie. ¿Quién me obligó a hacerlo?
¿Puedo yo obligarle a ponerse de pie?
¿Qué pasa si usted no quiere?*

CONTINUAR LA EXPLORACION DE LA MANERA MÁS ADECUADA

Si está claro que la persona tiene experiencias delirantes de reemplazo de la voluntad, preguntar:

¿Qué tipo de cosas le obliga(n) a hacer?

>> Si hay evidencia clara de reemplazo de la voluntad, proseguir con las puntuaciones de la página siguiente, si no finalizar la sección

RW1: ¿SIENTE QUE ALGUIEN SE HA APODERADO DE USTED?

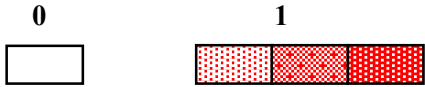
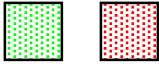
¿Ha expresado alguna vez el entrevistado el sentimiento de que alguien se ha apoderado de él o algo parecido, por ejemplo como si fuera un robot?

- (¿Quién se ha apoderado de usted?)*
- (¿Qué siente?)*
- (¿Tiene que hacer lo que ellos quieren que haga?)*
- (¿Se siente como una marioneta?)*
- (¿Siente que es usted un robot?)*

PUNTUAR REEMPLAZO DE LA VOLUNTAD POR UNA FUERZA EXTERNA

REEMPLAZO VOLUNTAD

No puntuar respuestas del tipo “es como si”. La experiencia de reemplazo es esencial. La voluntad se siente como atenuada o reemplazada por la de alguna otra entidad. La expansión de la voluntad experimentada habitualmente en la manía, como por ejemplo cuando el entrevistado siente que es tan poderoso como Dios ,(o que él mismo es Dios), no es un delirio de control y debe ser excluido.



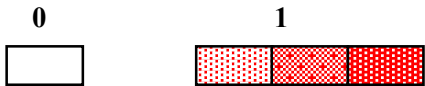
>> Si no hay evidencia de reemplazo de la voluntad, finalizar la sección

RW2: ¿SE ESCUCHA A SI MISMO DICIENDO COSAS QUE NO QUIERE DECIR?

- (¿Alguien está utilizando su voz?)*
- (¿Parece que la voz sale de su propia boca?)*

PUNTUAR REEMPLAZO DEL CONTROL DE LA VOZ

REEMPLAZO CONTROL VOZ

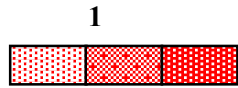


RW3: ¿ ESCRIBE COSAS QUE NO QUIERE ESCRIBIR ?

- (¿Qué le empuja a hacerlo?)*

PUNTUAR REEMPLAZO DEL CONTROL DE LA ESCRITURA

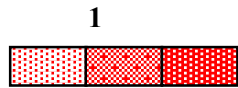
REEMPLAZO CONTROL ESCRITURA



RW4: ¿(...) LE OBLIGA A PENSAR COSAS?

PUNTUAR REEMPLAZO DEL CONTROL DEL PENSAMIENTO

REEMPLAZO CONTROL PENSAMIENTO



DELIRIOS

El concepto central (convicción inquebrantable de que algo que es imposible o ficticio es real) puede manifestarse de muchas formas diferentes.

En la hoja de puntuaciones, la tabla de delirios tiene como objetivo clasificar los síntomas de acuerdo con el tema y un enfoque amplio (uno mismo, los demás, el mundo material). En la entrevista los síntomas se indican en las dos secciones siguientes: (a) delirios sobre uno mismo, (b) delirios sobre los demás y otras elaboraciones delirantes. Si se sospecha que el entrevistado está padeciendo síntomas delirantes utilizar las preguntas apropiadas para averiguar si la creencia es realmente delirante. Todos los síntomas llevan un breve glosario adjunto y algunos también sugerencias sobre preguntas exploratorias

Si los entrevistados tienen creencias delirantes, es bastante probable que éstas surjan en las primeras fases de la entrevista. Si hasta el momento no se ha manifestado ninguna evidencia, la mejor manera de introducir el área de los delirios es a través de un ejemplo de creencia falsa comúnmente arraigada. Pueden utilizarse las preguntas exploratorias siguientes. A partir de esta introducción, el entrevistador puede entonces pasar a otras creencias, más extravagantes que pudieran estar presentes.

(¿Alguien intenta hacerle daño?)

(¿Alguien está en contra suya?)

(¿Alguien habla sobre usted?)

Los informadores tal vez podrán suministrar información con respecto a creencias delirantes. Se facilita una pregunta global exploratoria

¿El entrevistado tiene algunas creencias extravagantes o irracionales o creencias sobre cosas que son falsas?

(facilitar ejemplos sacados de la tabla de delirios)

(¿Se puede persuadir al entrevistado de que lo que piensa es realmente falso, o es para él una convicción inquebrantable?)

Código para todos los delirios:

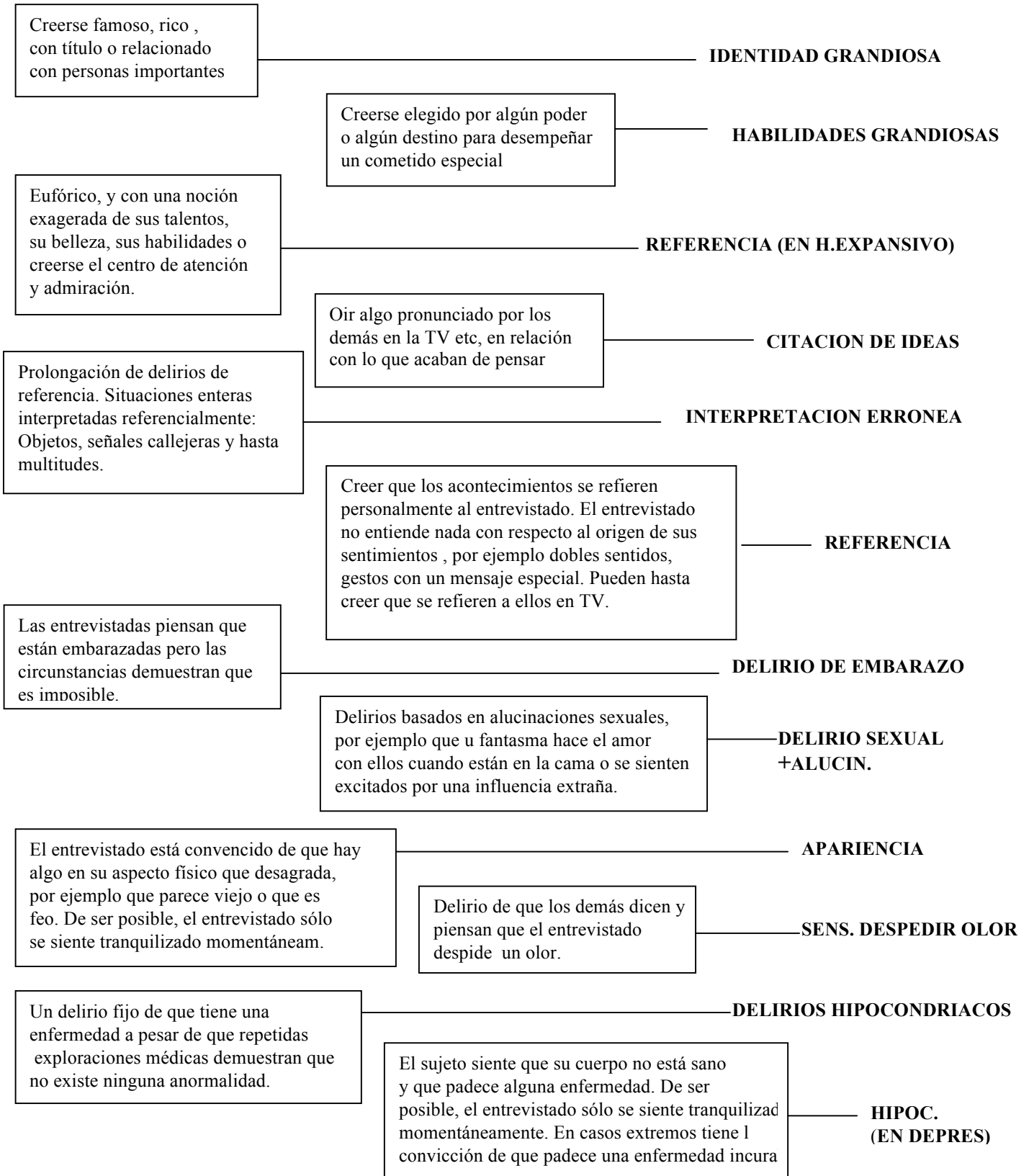
0



1



DELIRIOS SOBRE UNO MISMO



DELIRIOS SOBRE UNO MISMO

IDENTIDAD GRANDIOSA

HABILIDADES GRANDIOSAS

REFERENCIA (EN H.EXPANSIVO)

¿SUS PENSAMIENTOS APARECEN EN LA TV O EN LA RADIO?
(¿Aparecen en algún otro lugar?)

CITACION DE IDEAS

¿EL ASPECTO DE LAS COSAS TIENE ALGUN SENTIDO ESPECIAL?
(¿Hay cosas que parece que pasan sólo para usted?)
(¿Están colocadas las cosas de una manera especial?)

INTERPRETACION ERRONEA

REFERENCIA

¿DICE LA GENTE COSAS CON UN SIGNIFICADO ESPECIAL QUE SE REFIERE SOLO A USTED?
(¿Habla de usted la TV o la radio?)

DELIRIO DE EMBARAZO

DELIRIO SEXUAL CON ALUCINACIONES

(¿Cómo son esas sensaciones?)
(¿Qué es lo que le causa esas sensaciones?)
(¿Tiene usted sensaciones extrañas en sus partes íntimas?)

APARIENCIA

SENSACION DE DESPEDIR OLOR

DELIRIOS HIPOCONDRIACOS

HIPOCONDRIA. (EN DEPRESION)

El sujeto piensa que no tiene cerebro, que no hay pensamientos en su cabeza. En último extremo, el entrevistado no tiene sombra, no tiene cabeza, no existe en absoluto.

DELIRIO DE FALTA DE ALGUNA PARTE DEL CUERPO

Delirios de elaboración de *alucinaciones de otros sentidos*, por ejemplo, el entrevistado puede declarar estar bajo tortura, que en lugar de corazón tiene hielo, que sus órganos están desplazados, que el hígado se ha transformado en oro.

DEL. EXTRAVAG. ASOCIADOS CON SENSAC. SOMAT.

El entrevistado deprimido tiene la convicción delirante de haber pecado mucho o cometido un crimen terrible o haber provocado la ruina del mundo. El entrevistado puede decir que la ofensa no tiene nombre.

CULPA EN DEPRESIÓN

El entrevistado, intensamente deprimido, cree que los demás lo están culpando por actos o sentimientos de los que él mismo se siente culpable.

REFERENCIA (BASADA EN CULPA)

DELIRIO DE FALTA DE ALGUNA PARTE DEL CUERPO

DELIRIOS EXTRAVAGANTES ASOCIADOS CON SENSACIONES SOMATICAS

CULPA EN DEPRESION

REFERENCIA (BASADA EN CULPA)

DELIRIOS ACERCA DE OTROS

En general, un amor idealizado por alguien que a menudo se piensa que es de un status superior.

AMANTE DELIRANTE

No hay cambio en la percepción, pero el entrevistado identifica erróneamente a las personas que le rodean para encajarlas en su sistema delirante. Por ejemplo, un transeunte es identificado como alguien traído del pasado para darle un mensaje especial.

IFIC. ERRONEA

El entrevistado cree que personas familiares no son quien pretenden ser, sino que están siendo deliberadamente suplantadas por extraños

SUPLANTACION DE PERSONAS FAMILIARES

Tema de infidelidad. El entrevistado está convencido de que su pareja le es infiel. Casi cualquier signo o circunstancia se toma como confirmación

CELOS

El entrevistado cree que alguien lo sigue o lo observa, o que están grabando lo que dice.

DELIRIO DE SER ESPIADO

El entrevistado cree que alguien o que alguna organización o fuerza, trata de hacerle daño. No se trata de un simple delirio de ser espiado a menos de que crea que se le pretende hacer daño.

PERSECUCION

CONSPIRACION

A menudo se basan en delirios de persecución o de referencia, aunque podrían estar basados en trastornos del pensamiento o alucinaciones. Puede ser positivo, ej. Creencia de que la gente se organiza colectivamente para ayudar al entrevistado

**I
D
E
N
T**

DELIRIOS ACERCA DE OTROS

AMANTE DELIRANTE

¿LE AMA ALGUNA PERSONA AUNQUE NO LO MANIFIESTE ?

(¿Quién es?)

(¿Qué ha hecho el/ella que le haga pensar esto)

(¿Ha intentado ponerse en contacto con el/ella?)

(¿Cuándo empezó esto?)

IDENTIFICACION ERRONEA

¿HAY PERSONAS A SU ALREDEDOR QUE NO SON LO QUE APARENTAN ?

(¿Se visten como si fueran otras personas?)

(¿Ve personas a las que conoció hace mucho tiempo ?)

SUPLANTACION DE PERSONAS FAMILIARES

(¿Cómo han cambiado?)

(¿ Han sido suplantadas o sustituidas por alguien?)

CELOS

(¿ ESTA CELOSO DE ALGUIEN?)

(¿De quién?)

(¿ Se está viendo su novio/a con alguien ?)

EN CASO AFIRMATIVO: (¿ Qué está haciendo usted al respecto?)

DELIRIO DE SER ESPIADO

(¿ LE ESPIA LA GENTE?)

(¿ Quién?)

(¿ La gente le sigue?)

(¿ Cómo lo sabe?)

PERSECUCIÓN

¿ ALGUNA VEZ HA SENTIDO QUE LA GENTE INTENTA HACERLE DAÑO?

(¿ Lo hacen queriendo ?)

(¿ Hay alguien que intenta envenenarle?)

(¿ Hay alguien que intenta matarle?)

EN CASO DE PERSECUCION : (¿Son más de uno ?)

(¿ Están todos de acuerdo ?)

(¿ Cómo lo sabe?)

CONSPIRACION

OTRAS ELABORACIONES DELIRANTES

Los recuerdos delirantes son experiencias de sucesos pasados que claramente no ocurrieron. Los delirios fantásticos son físicamente imposibles, ej. La costa inglesa fundiéndose.

**RECUERDOS DELIRANTES Y
DELIRIOS FANTASTICOS**

Cualquier elaboración delirante expresada en términos de fenómenos paranormales, ej. Hipnotismo, magia, telepatía. (no incluir si las explicaciones son parte de la subcultura del entrevistado).

**EXPLICACIONES
PARANORMALES**

Cualquier explicación expresada en términos de procesos físicos, ej. Rayos X, televisión

**EXPLICACIONES
DELIRANTES FISICAS**

El entrevistado cree que van a suceder cosas terribles a sus parientes/amigos. Cuando el síntoma es grave, puede darse la convicción de que el mundo va a acabarse, o que se está destruyendo

**CATASTROFE
(EN DEPRESION)**

Elaboraciones religiosas de otros delirios o experiencias psicóticas. No incluir creencias religiosas culturalmente aceptadas

DELIRIOS RELIGIOSOS

OTRAS ELABORACIONES DELIRANTES

**RECUERDOS DELIRANTES
Y DELIRIOS FANTASTICOS**

EXPLICACIONES PARANORMALES

**¿ESTA OCURRIENDO ALGO RELACIONADO CON LA
MAGIA O EL HIPNOTISMO?
EXPLICACIONES PARANORMALES
(¿ Cómo es ?)**

**EXPLICACIONES
DELIRANTES FISICAS**

**¿LE AFECTAN LOS RAYOS -X O LAS ONDAS DE LA RADIO?
(¿Le afectan las máquinas?)
(¿Cómo le afectan ?)**

**CATASTROFE
(EN DEPRESION)**

DELIRIOS RELIGIOSOS

>> SI NO SE HA PUNTUADO DELIRIO ALGUNO, FINALIZAR LA SECCION

CUANDO (VIO, ESCUCHO, etc...) ESTO ¿COMO SUPO LO QUE SIGNIFICABA?

(Recuerde al entrevistado la interpretación que dió)

(¿Podría significar algo diferente?)

(¿Podría haber alguna otra explicación ?)

(¿Hay alguna explicación religiosa de estos sentimientos ?)

PUNTUAR PERCEPCIONES DELIRANTES

Conocimiento intrusivo, a menudo súbito de que una percepción habitual ha cambiado radicalmente su significado. Ver la definición para consultar ejemplos. Excluir si aparentemente se basa en un estado de ánimo anormal, a excepción de la perplejidad delirante o de las creencias religiosas o culturales del entrevistado.

PERCEPCIONES DELIRANTES



Teniendo en cuenta todos los delirios:

PUNTUAR SI SON CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO

CONGRUENCIA ESTADO DE ANIMO

0. Ausencia de delirios
1. La mayoría de los delirios son congruentes con el estado de ánimo
2. Se mezclan delirios congruentes e incongruentes
3. La mayoría de los delirios son incongruentes con el estado de ánimo



¿ Domina un tipo de delirio el cuadro clínico?

PUNTUAR DELIRIOS MONOTEMATICOS

DELIRIOS MONOTEMATICOS

Cualquier elaboración de delirios sobre otros temas debería puntuarse aquí como 1. Se aceptan las elaboraciones directas a partir del delirio central, ej. cuando un entrevistado celoso interpreta una luz que se enciende como una señal al amante.

0. Ausencia de delirios
1. Los delirios no son monosintomáticos
2. Sólo delirios monosintomáticos (y accesorios)



SOLO PARA INFORMADORES:

Si estuvieran presentes delirios no- esquizofrénicos (referencia, persecución, expansivo, depresivo, monosintomático):

¿ CUANTO TIEMPO HAN PERSISTIDO ?

DURACION DE LOS DELIRIOS

- 0 Menos de 3 meses
- 1 Tres meses o más



Si estuvieran presentes alucinaciones o delirios de cualquier tipo,
¿Siempre se dieron con un estado afectivo correspondiente?

PUNTUAR SINDROME DELIRANTE O AFECTIVO

DELIRANTE/AFECTIVO

0. No. Alguna vez (o siempre) han persistido en ausencia de síntomas afectivos

1. Siempre (aparte de breves periodos no superiores a 2 días) han estado asociados con un estado afectivo correspondiente.



ITEMS OBSERVACIONALES

Los items observacionales pueden proporcionar información importante sobre la salud mental. Son básicamente para que el entrevistador los puntúe a partir de la observación directa del entrevistado. De cualquier modo, algunos items son difíciles de evaluar basándose en una única sesión. En todos los casos se provee una casilla de puntuación para el informador. **No se trata de realizar puntuaciones independientes**, sino de hacer un seguimiento de los ítems que no se han puntuado con cero en la entrevista con el sujeto. Más adelante se ofrece información sobre la utilización específica de las casillas de puntuación del informador.

ITEMS REFERENTES A CATATONIA

>> Si no hay evidencia de catatonía, pasar a la página siguiente

Para las casillas de puntuación del entrevistado, simplemente marcar la casilla si se observó el comportamiento

Para las casillas del informador, asegurarse si el síntoma observado estuvo presente durante dos semanas o más, y puntuar en base a la escala

Puntuaciones del Informador para catatonía

- 0 Ausencia
- 1 Presente durante menos de 2 semanas
- 2 Presente durante 2 semanas o más



NEGATIVISMO

El entrevistado hace lo opuesto de lo que se le pide que haga.



AMBITENDENCIA

Va a estrechar la mano y la retira, etc. Incapaz de completar los movimientos. ej. al pasar por una puerta (avanza, retrocede, vuelve a avanzar etc.)



“GRASPING” FORZADO

Estrecha manos repetidamente. Lo hace incluso cuando se le pide que no lo haga.



ECOPRAXIA

Imita los movimientos.



FLEXIBILIDAD CEREAL

Distinguir de la resistencia



OPOSICION

Un movimiento en cualquier sentido se contrarresta con una resistencia igual en sentido opuesto.



CONGELACION MOTORA

Una presión con la punta de los dedos de cualquier parte del cuerpo produce movimiento en esa dirección

Basándose en las puntuaciones finales (ej. Confirmadas por el informador)

¿DOMINAN LOS SINTOMAS CATATONICOS EL CUADRO CLINICO ?

- 0. Ausencia de síntomas catatónicos
- 1 Presentes pero no de manera dominante
- 2 Dominan el cuadro clínico



COMPORTAMIENTO, LENGUAJE Y AFECTO

En las casillas de puntuación de los entrevistados, puntúe los ítems en base a sus observaciones del sujeto. Utilice las escalas de puntuación tal como se especifica.

Con el informador, referirse sólo a aquellos ítems que no se han puntuado con cero en las casillas verdes. La opinión del informador se utiliza para validar las puntuaciones. Por cada casilla verde no puntuada con cero, pregunte al informador si el síntoma sospechado supone un cambio significativo de la conducta más que un comportamiento que ha estado siempre presente. Este proceso de validación es particularmente importante en los casos de “postura encorvada” que es un rasgo común.

NOTA. SI UN COMPORTAMIENTO OBSERVADO SE DEBE A UN PROBLEMA FISICO, O A EFECTO SECUNDARIO DE LA MEDICACION, PUNTUE COMO “0”

Escala de puntuación para los ítems de esta página (entrevistado, informador):

- 0 El comportamiento no ha estado presente durante **entrevista/ mes pasado**
- 1 Inequívocamente presente durante **entrevista/ mes pasado** sólo en intensidad moderada
- 2 Presente de forma grave durante **entrevista/ mes pasado**



RESPUESTAS APROXIMADAS

El entrevistado entiende la pregunta y responde de manera relacionada pero incorrecta, ej. Da una fecha o lugar completamente erróneo: “¿Cuál es su dirección?” “Se supone que es Cádiz cerca de Jerez”



NEOLOGISMOS Y USO IDIOSINCRATICO DE PALABRAS O FRASES

Por ejemplo: Uno es llamado “Perdios” y otro es llamado “Perdiablo”.... Hay una “paciencia de clarividencia”
“Perdios” y “Perdiablo” son neologismos, “paciencia de clarividencia” es un ejemplo de palabras normales utilizadas de manera idiosincrásica.



INCOHERENCIA DE LENGUAJE

El significado está oscurecido por la gramática distorsionada del sujeto, falta de conexión lógica entre una parte de una frase y otra o entre una frase y la siguiente, irrelevancias repentinas (en forma de movimiento del caballo en ajedrez), asociaciones incomprensibles, etc. Por ejemplo: “Hemos visto la caída de la corona del radio por los Reyes Católicos, donde cuando uno llega a ver el aspecto bebible del negocio, Dios vio que Noé, si perdió la razón, no consiguió a nadie que los cuidara”.
Una puntuación de 2 significa que existe muy poco lenguaje normal. (Nota: Un flujo libre de delirios no es necesariamente incoherente. Un sujeto puede hablar acerca de los delirios con bastante coherencia).



POBREZA DEL CONTENIDO DEL LENGUAJE

El sujeto habla libremente pero de manera tan vaga que da muy poca información a pesar del número de palabras que utiliza. Excluir incoherencia o fuga de ideas. Puntúe sólo si es grave y anote siempre ejemplos por escrito.



RESTRICCION EN LA CANTIDAD DE LENGUAJE

El sujeto frecuentemente no responde, las preguntas deben repetírsele, se restringe el lenguaje al mínimo necesario, sin frases o comentarios adicionales.



MUTISMO

1. Muy pocas palabras, menos de 20 en total.

2. Mutismo total o casi total.



FALTA DE OBJETIVOS O DE PROPOSITO FINAL. APATIA

Considere la entrevista completa. Hasta qué punto manifiesta el entrevistado evidencias de iniciativa, actividad o pasividad en cualquier ocupación, planes, interés por los temas de la entrevista, etc.

0. Conducta con objetivos normales
1. Algunos intereses activos pero sobre un marco general de pasividad
2. Intereses mayormente pasivos. Manifiesta muy poca iniciativa activa o resolución
3. Completamente apático. Necesita ser estimulado por otros para involucrarse en una actividad a pesar de lo cual no llega a persistir en dicha actividad.

Escala de puntuación para los ítems de esta página (entrevistado, informador):

0. El comportamiento está ausente durante **entrevista/ mes pasado**

1. El comportamiento está presente inequívocamente durante **entrevista/ mes pasado**



CABEZA INCLINADA, HOMBROS CAIDOS, (INAPROPIADO PARA LA EDAD)

Muy poco movimiento a menos que se le pida moverse



RIGIDEZ ANORMAL AL SENTARSE O ESTAR DE PIE

Muy poco movimiento a menos que se le pida moverse



LENTITUD DE MOVIMIENTOS

Inusual para la edad y estado físico. Retardo motor



RETRASO AL INICIAR O EJECUTAR MOVIMIENTOS



HIPOACTIVIDAD

Requiere estímulo externo para empezar a moverse tendiendo entonces a parar cuanto antes.



EMBOTAMIENTO O APLANAMIENTO AFECTIVO

Decremento en la respuesta emocional manifestada en la expresión facial, tono de voz, utilización de gestos, etc.

1. Embotamiento. Decremento cuantitativo en comparación con lo esperable.
2. Aplanamiento afectivo grave y uniforme.



INCONGRUENCIA AFECTIVA

Las emociones se manifiestan pero no de manera congruente con el tema. Paratimia.



CIRCUNSTANCIALIDAD

Se pierde en detalles insignificantes. No puede distinguir lo esencial y por lo tanto pierde el hilo de la respuesta. Da muchos más detalles de los necesarios sobre un tema particular (o parte del tema)



LENGUAJE ENMARAÑADO O FARRAGOSO (DIVAGACION)

“Lenguaje fatuo, falso”. Divagar de una manera vaga y confusa, comenzando más o menos en el tema de conversación pero gradualmente alejándose de él sin rumbo. El efecto global, después de un rato, es de incoherencia aunque secciones cortas de la conversación aparenten estar dentro de los límites normales.



PERSEVERACION

Las palabras o frases se repiten hasta el punto en que dejan de tener sentido



RUMIACION

Preocupación incesante acerca de un tema. Reflexionar sobre un tema sin propósito.

PUNTUACIONES RETROSPECTIVAS

Con toda la información disponible, retroceder y puntuar la presencia de enfermedad física, (pregunta P1) Enfermedad Física

Con toda la información disponible, si hay evidencias de hipocondría, retroceder a la pregunta W2

Si el entrevistado padece fobias:

¿Comenzaron las fobias después de un episodio de Esquizofrenia?

0. No

1. Sí



¿Comenzaron las fobias después de un episodio de Depresión Mayor ?

0. No

1. Sí



Si el entrevistado experimenta alucinaciones auditivas y/o visuales,

¿ Puede explicarse esto por un duelo reciente?

PUNTUAR ALUCINACIONES AUDITIVAS Y/O VISUALES BREVES ASOCIADAS CON DUELO

El ejemplo más común consiste en ver u/y oír a una persona recientemente fallecida en un lugar muy familiar. También podría tratarse de alguien que se ha marchado. Un comentario familiar, normalmente breve, podría oírse con claridad, o una cara familiar verse de manera momentánea, ej. en el espejo. Excluir experiencias culturales o religiosas

0. No

1. Sí



PUNTUAR EL RELATO DE LOS SINTOMAS POR PARTE DEL SUJETO

0. Ninguna dificultad para puntuar.

1. Alguna dificultad, pero la mayoría de las puntuaciones son razonablemente precisas.

2. Gran dificultad para puntuar. Las puntuaciones deben interpretarse con cautela.

3. Imposible puntuar con confianza..



Si se puntuó 2 o 3:

MARQUE RAZONES DE LA INADECUACION:

- (a) Comprensión pobre
- (b) Lenguaje expresivo pobre
- (c) Pobreza del contenido del lenguaje
- (d) Falta de atención, o aburrimiento
- (e) Hostilidad / Negativa a responder.
- (f) Aquiescencia / Sugestionabilidad

- (g) Concepto pobre del tiempo
- (h) Obnubilación de la conciencia (debida a epilepsia, drogas, estados confusionales, mutismo, estupor, etc)
- (i) Otras: especificar: