

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS

(Structured Interview for Prodromal Syndromes)

VERSIÓN PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS ACTUALES

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

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

Copyright ©2001 Thomas H. McGlashan, M.D.
Adaptación experimental: S. Lemos y O. Vallina

1 Julio, 2003
Versión 4.0

Paciente _____ Fecha _____ Entrevistador _____

Tabla de Contenidos

<u>INTRODUCCIÓN A LA SIPS</u>	Pag. 2
<u>INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN</u>	Pag. 4
<u>RESUMEN DEL CASO</u>	Pag. 6
HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNO MENTAL	Pag. 8
P. SÍNTOMAS POSITIVOS	Pag. 9
P.1 Contenido inusual del pensamiento/Ideas delirantes.....	Pag. 9
P.2 Susplicacia /Ideas persecutorias	Pag. 13
P.3 Grandiosidad	Pag. 15
P.4 Percepciones anómalas/Alucinaciones.....	Pag. 17
P.5 Comunicación desorganizada.....	Pag. 20
N. SÍNTOMAS NEGATIVOS	Pag. 22
N.1 Anhedonia social.....	Pag. 22
N.2 Abulia.....	Pag. 23
N.3 Expresión emocional disminuida.....	Pag. 24
N.4 Restricción emocional y del yo.....	Pag. 25
N.5 Pensamiento empobrecido.....	Pag. 26
N.6 Deterioro en el funcionamiento global.....	Pag. 27
D. SÍNTOMAS DE DESORGANIZACIÓN	Pag. 28
D.1 Conducta o apariencia raras	Pag. 28
D.2 Pensamiento extraño.....	Pag. 29
D.3 Problemas de atención y concentración.....	Pag. 30
D.4 Deterioro de la higiene personal.....	Pag. 31
G. SÍNTOMAS GENERALES	Pag. 32
G.1 Alteraciones del sueño.....	Pag. 32
G.2 Disforia.....	Pag. 33
G.3 Alteraciones motoras.....	Pag. 34
G.4 Tolerancia deteriorada al estrés normal.....	Pag. 35
EVALUACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO: ESCALA MODIFICADA	Pag. 36
CRITERIOS DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA	Pag. 39
RESUMEN DE LOS DATOS DE LA SIPS	Pag. 40
RESUMEN DE LOS CRITERIOS DEL SÍNDROME SIPS	Pag. 41

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS

INTRODUCCIÓN A LA SIPS

Los objetivos de la entrevista son:

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

I. Descartar un síndrome psicótico pasado o actual.

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

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

CRITERIOS DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS

La psicosis actual se define del siguiente modo:

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

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

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

y/o

- Anomalías perceptivas de intensidad alucinatoria

y/o

- Lenguaje incoherente o ininteligible

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

- Al menos un síntoma **A** ha ocurrido durante un mes, al menos durante una hora al día y con una frecuencia media mínima de 4 días por semana.

o

- El síntoma es gravemente desorganizador o peligroso.

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

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

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

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

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

CRITERIOS DE LOS SÍNDROMES PRODRÓMICOS:

1. Síndrome Psicótico Breve e Intermitente (*Brief Intermitent Psychotic Syndrome, BIPS*)

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

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

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

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

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

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

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

III. Valoración de la gravedad actual de los síntomas prodrómicos

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

ESCALA DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS (SOPS)

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN

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

PREGUNTAS

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

ESPECIFICACIONES

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

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas “S”, registre:

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

ESCALAS

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

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

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

Se indican a continuación ambas escalas.

Escala para los Síntomas Positivos:

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

Síntomas Positivos SOPS

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

Escala para los Síntomas Negativos/de Desorganización/Generales:

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

Síntomas Negativos/de Desorganización/Generales SOPS

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

HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNO MENTAL

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

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

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

Nombre del familiar	Denominación del problema	Síntomas	Duración	Historia del tratamiento

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

SÍNTOMAS DE PRIMER RANGO

PREGUNTAS:

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

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

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

IDEAS SOBREVALORADAS

PREGUNTAS:

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

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

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

OTROS PENSAMIENTOS INUSUALES / IDEAS DELIRANTES

PREGUNTAS:

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

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

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

IDEAS DE REFERENCIA NO PERSECUTORIAS

PREGUNTAS:

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

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

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

P.1. DESCRIPCIÓN: CONTENIDO INUSUAL DE PENSAMIENTO / IDEAS DELIRANTES

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

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

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

Valoración basada en:

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

P.2. SUSPICACIA / IDEAS PERSECUTORIAS

Las siguientes preguntas investigan las ideas paranoides de referencia, el pensamiento paranoide o la suspicacia. Son evaluadas en la escala SOPS P2 al final de las preguntas.

PREGUNTAS:

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

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas “S”, registre:

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

DESCRIPCIÓN: SUSPICACIA / IDEAS PERSECUTORIAS

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

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

SUSPICACIA / IDEAS PERSECUTORIAS

Escala de gravedad (rodée una)

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

Valoración basada en:

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

P.3. GRANDIOSIDAD

Las siguientes preguntas investigan la grandiosidad psicótica, la grandiosidad no psicótica y la elevada autoestima. Son evaluadas en la escala SOPS P3 al final de las preguntas.

PREGUNTAS:

1. **¿Siente que tiene dotes o talentos especiales?** ¿Siente como si estuviese especialmente dotado en cualquier esfera? ¿Habla sobre sus dotes con otra gente? **N NI S (Anote Especificaciones)**
2. **¿Alguna vez ha actuado sin tener en cuenta las penosas consecuencias? Por ejemplo, ¿alguna vez hizo juergas excesivamente costosas, que no se las podía permitir?** **N NI S (Anote Especificaciones)**
3. **¿Alguna vez le dice la gente que sus planes y metas no son realistas?** ¿Qué planes fueron esos? ¿Cómo se imagina que puede conseguirlos? **N NI S (Anote Especificaciones)**
4. **¿Alguna vez piensa que es una persona famosa o especialmente importante?** **N NI S (Anote Especificaciones)**
5. **¿Alguna vez siente que ha sido escogido por Dios para una misión especial?** ¿Se siente alguna vez como si pudiese salvar a otros? **N NI S (Anote Especificaciones)**

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas “S”, registre:

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

P.3. DESCRIPCIÓN: GRANDIOSIDAD

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

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

IDEAS DE GRANDIOSIDAD

Escala de gravedad (rodee una)

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

Valoración basada en:

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

P.4. PERCEPCIONES ANÓMALAS / ALUCINACIONES

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

DISTORSIONES PERCEPTIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTA:

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

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas “S”, registre:

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

DISTORSIONES AUDITIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTAS:

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

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas “S”, registre:

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

DISTORSIONES VISUALES, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTAS:

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

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas “S”, registre:

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

DISTORSIONES SOMATICAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTA:

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

DISTORSIONES OLFATORIAS O GUSTATIVAS, ILUSIONES, ALUCINACIONES:

PREGUNTA:

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

ESPECIFICACIONES: Para todas las respuestas “S”, registre:

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

P.4. DESCRIPCIÓN: PERCEPCIONES ANÓMALAS / ALUCINACIONES

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

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

PERCEPCIONES ANÓMALAS / ALUCINACIONES

Escala de gravedad (rodée una)

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

Valoración basada en:

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

P.5. DESCRIPCIÓN: COMUNICACIÓN DESORGANIZADA

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

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

COMUNICACIÓN DESORGANIZADA

Escala de gravedad (rodée una)

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)	Y (si es aplicable)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez: <input type="checkbox"/> Durante toda la vida o “desde que tengo memoria” <input type="checkbox"/> No puede ser determinado <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Mes Año </div>	Anote la fecha más reciente en que el síntoma, actualmente valorado con 3-5, experimentó un incremento en intensidad de al menos un punto: _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Mes Año </div>

N. SÍNTOMAS NEGATIVOS

N.1. ANHEDONIA SOCIAL

PREGUNTAS:

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

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

N.1. DESCRIPCIÓN: ANHEDONIA SOCIAL

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

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

ANHEDONIA SOCIAL O AISLAMIENTO

Escala de síntomas negativos

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Ligeramente incómodo socialmente o ansioso, pero socialmente activo	Fácilmente incómodo con los demás. Sólo ligeramente interesado por las situaciones sociales, pero socialmente presente	Participa socialmente sólo de mala gana debido al desinterés. Participa pasivamente en las actividades sociales	Pocos amigos de fuera de la familia extensa. Socialmente apático. Participación social mínima	Dificultades significativas en las relaciones o ausencia de amigos íntimos. Prefiere estar solo. Pasa la mayoría de su tiempo solo o con familiares de primer grado	No tiene amigos. Pasa la mayor parte del tiempo solo

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez: <input type="checkbox"/> Durante toda la vida o “desde que tengo memoria” <input type="checkbox"/> No puede ser determinado <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____ Mes Año

N.2. ABULIA

PREGUNTAS:

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

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

N.2. DESCRIPCIÓN: ABULIA

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

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

ABULIA

Escala de síntomas negativos

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:
<input type="checkbox"/> Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”
<input type="checkbox"/> No puede ser determinado
<input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____
Mes Año

N.3. EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA

PREGUNTA:

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

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

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

N.3. DESCRIPCIÓN: EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA

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

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

EXPRESIÓN EMOCIONAL DISMINUIDA

Escala de síntomas negativos

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”

No puede ser determinado

Fecha de comienzo _____ / _____

Mes Año

N.4. RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO

PREGUNTAS:

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

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

N.4. DESCRIPCIÓN: RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO

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

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

RESTRICCIÓN EMOCIONAL Y DEL YO

Escala de síntomas negativos

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”

No puede ser determinado

Fecha de comienzo _____/_____
Mes Año

N.5. PENSAMIENTO EMPOBRECIDO

PREGUNTAS:

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

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

Preguntas abstractas:

Semejanzas: ¿En qué se parecen?

¿Una pelota y una naranja? _____

¿Una manzana y un plátano? _____

¿Una pintura y un poema? _____

¿El aire y el agua? _____

Proverbios:

¿Qué significa este refrán?

a. No juzgues un libro por su portada _____

b. No cuentes tus pollitos antes de que salgan del cascarón _____

N.5. DESCRIPCIÓN: PENSAMIENTO EMPOBRECIDO

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

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

PENSAMIENTO EMPOBRECIDO

Escala de síntomas negativos

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Cierta torpeza en la conversación	Problemas para comprender matices de la conversación. Disminución en el intercambio de la conversación	Interpreta correctamente la mayoría de las semejanzas y proverbios. Usa pocos calificativos (adjetivos y adverbios). Puede perder algunos comentarios abstractos	A ratos pierde el “quid” de una conversación razonablemente no complicada. El contenido verbal puede ser repetitivo y perseveratorio. Usa estructuras simples en palabras y oraciones sin muchos calificativos. Se pierde o interpreta muchas semejanzas y proverbios concretamente	Capaz de seguir y responder a afirmaciones simples y preguntas, pero tiene dificultad para articular pensamientos y experiencias independientemente. Contenido verbal limitado y estereotipado. Expresión verbal limitada a oraciones simples, breves. Puede no ser capaz de interpretar la mayoría de las semejanzas y proverbios	Incapaz de seguir cualquier conversación a ratos, sin importar cómo son de simples. Contenido verbal y expresión mayoritariamente limitada a palabras sueltas y respuestas sí/no

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

- Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”
- No puede ser determinado
- Fecha de comienzo _____ / _____
Mes Año

N.6. DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

PREGUNTAS:

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

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

N.4. DESCRIPCION: DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

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

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

DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

Escala de síntomas negativos

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”

No puede ser determinado

Fecha de comienzo _____ / _____

Mes Año

D. SÍNTOMAS DE DESORGANIZACION

D.1. CONDUCTA O APARIENCIA RARAS

PREGUNTAS:

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

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

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

D.1. DESCRIPCION: CONDUCTA O APARIENCIA RARAS

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

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

CONDUCTA O APARIENCIA RARAS

Escala de síntomas de desorganización

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Apariencia o conducta cuestionablemente inusual	Conducta o apariencia que aparece mínimamente inusual o extraño	Conducta, intereses, apariencia, aficiones o preocupaciones extrañas, inusuales, que probablemente son consideradas ajenas a las normas culturales. Puede exhibir alguna conducta inadecuada	Conducta o apariencia que no es convencional para la mayoría de los patrones. Puede, a veces, parecer preocupado por aparentes estímulos internos. Puede parecer desconectado o desimplicado	Conducta o apariencia altamente no convencional, extraña. Puede, a veces, parecer preocupado por aparentes estímulos internos. Puede dar respuestas no contextuales, o mostrar afectividad inadecuada. Puede que los compañeros le hagan el vacío	Apariencia o conducta extremadamente extraña (p. ej., coleccionar basura, hablar solo en público). Desconexión entre la afectividad y el lenguaje

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez: <input type="checkbox"/> Durante toda la vida o “desde que tengo memoria” <input type="checkbox"/> No puede ser determinado <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____ Mes Año

D.2. PENSAMIENTO EXTRAÑO

PREGUNTA:

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

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

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

D. 2. DESCRIPCIÓN: PENSAMIENTO EXTRAÑO

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

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

PENSAMIENTO EXTRAÑO

Escala de síntomas de desorganización

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez: <input type="checkbox"/> Durante toda la vida o “desde que tengo memoria” <input type="checkbox"/> No puede ser determinado <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____ Mes Año

D.3. PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

PREGUNTAS:

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

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

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

D.2. DESCRIPCIÓN: PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

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

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

PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

Escala de síntomas de desorganización

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”

No puede ser determinado

Fecha de comienzo _____ / _____

Mes Año

D.4. DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL

PREGUNTAS:

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

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

D.4. DESCRIPCIÓN: DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL

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

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

DETERIORO DE LA HIGIENE PERSONAL

Escala de síntomas de desorganización

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”

No puede ser determinado

Fecha de comienzo _____ / _____

Mes Año

G. SÍNTOMAS GENERALES

G.1. ALTERACIONES DEL SUEÑO

PREGUNTAS:

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

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

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

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

G.1. DESCRIPCIÓN: ALTERACIONES DEL SUEÑO

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

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

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Escala de síntomas generales

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez: <input type="checkbox"/> Durante toda la vida o “desde que tengo memoria” <input type="checkbox"/> No puede ser determinado <input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____ Mes Año

G.2. DISFORIA

PREGUNTAS:

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

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

G.2. DESCRIPCIÓN: DISFORIA

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

TAMBIÉN:

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

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

DISFORIA

Escala de síntomas generales

0 Ausente	1 Presencia dudosa	2 Ligero	3 Moderado	4 Moderadamente Grave	5 Grave	6 Extremo
	Sentirse a menudo «bajo» o «al límite»	Inestabilidad ocasional y/o periodos impredecibles de sentimientos tristes, malos o sombríos, que pueden ser una mezcla de depresión, irritabilidad o ansiedad	Sentimientos de tristeza o de otras ansiedades o descontentos “instaurados”	Períodos recurrentes de tristeza, irritabilidad o depresión	Mezclas persistentes desagradables de depresión, irritabilidad o ansiedad. Conductas de evitación, tales como uso de sustancias o dormir	Mezclas dolorosamente desagradables de depresión, irritabilidad o ansiedad que pueden desencadenar conductas altamente destructivas, como suicidio o automutilación

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”

No puede ser determinado

Fecha de comienzo _____ / _____

Mes Año

G.3. ALTERACIONES MOTORAS

PREGUNTA:

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

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

G.3. DESCRIPCIÓN: ALTERACIONES MOTORAS

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

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

ALTERACIONES MOTORAS

Escala de síntomas generales

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)

Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:

Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”

No puede ser determinado

Fecha de comienzo _____ / _____

Mes Año

G.4. TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL

PREGUNTAS:

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

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

G.4. DESCRIPCIÓN: TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL

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

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

TOLERANCIA DISMINUIDA AL ESTRÉS NORMAL

Escala de síntomas generales

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

Valoración basada en:

Comienzo del Síntoma (para síntomas con puntuación de nivel 3 o superior)
Anote la fecha en que ocurrió un síntoma por primera vez:
<input type="checkbox"/> Durante toda la vida o “desde que tengo memoria”
<input type="checkbox"/> No puede ser determinado
<input type="checkbox"/> Fecha de comienzo _____ / _____
Mes Año

GAF: EVALUACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO

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

SIN SINTOMAS: 100 - 91
Funcionamiento superior en un rango de actividades Los problemas de la vida nunca parecen escaparse de la mano Solicitado por otros debido a sus muchas cualidades positivas <i>Una persona que funciona excepcionalmente bien en todas las áreas de la vida = puntuación 95-100</i> <i>Una persona que funciona excepcionalmente bien con estrés mínimo en un área de la vida = puntuación 91-94</i>
SINTOMAS AUSENTES O MÍNIMOS: 90 - 81
Síntomas mínimos o ausentes (p. ej., leve ansiedad ante un examen) Buen funcionamiento en todas las áreas y satisfecho con la vida Interesado e implicado en un amplio rango de actividades Eficaz socialmente No más que problemas o preocupaciones cotidianas (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia) <i>Una persona sin síntomas o problemas cotidianos = puntuación 88-90</i> <i>Una persona con síntomas mínimos o problemas cotidianos = puntuación 84-87</i> <i>Una persona con síntomas mínimos y problemas cotidianos = puntuación 81-83</i>
ALGUNOS SÍNTOMAS TRANSITORIOS: 80 - 71
Síntomas leves presentes, pero éstos son transitorios y reacciones esperadas a estresores psicosociales (p. ej., dificultad para concentrarse después de una discusión familiar) Ligero deterioro en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., quedarse atrás en la escuela o el trabajo) <i>Una persona TANTO con síntoma/s leve/s COMO con leve deterioro en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 78-80</i> <i>Una persona con leve deterioro en el funcionamiento en más de un área social, laboral o escolar = puntuación 74-77</i> <i>Una persona con AMBOS síntomas leves Y un leve deterioro en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 71-73</i>
ALGUNOS SÍNTOMAS LEVES PERSISTENTES: 70 - 61
Los síntomas leves que están presentes NO son simplemente esperadas reacciones a estresores psicosociales (p. ej., depresión leve o atenuada y/o leve insomnio) Alguna dificultad persistente en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., absentismo escolar ocasional, robo dentro de la familia, o quedarse atrás en la escuela o el trabajo repetidas veces) PERO tiene algunas relaciones interpersonales significativas <i>Una persona TANTO con síntomas leves persistentes COMO con leve dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 68-70</i> <i>Una persona con dificultad leve persistente en más de un área del funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 64-67</i> <i>Una persona con AMBOS síntomas persistentes leves Y alguna dificultad en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 61-63</i>
SÍNTOMAS MODERADOS: 60 - 51
Síntomas moderados (p. ej., frecuente humor depresivo e insomnio y/o rumiaciones moderadas y obsesivas; o ataques de ansiedad ocasionales; o afectividad aplanada y lenguaje circunstancial; o problemas alimentarios y por debajo del mínimo peso seguro sin depresión) Moderada dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos o conflictos con los compañeros de trabajo) <i>Una persona TANTO con síntomas moderados COMO con dificultad moderada en el funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 58-60</i> <i>Una persona con dificultad moderada en más de un área del funcionamiento social, laboral o escolar = puntuación 54-57</i> <i>Una persona con AMBOS síntomas moderados Y dificultad moderada en el funcionamiento social, laboral y escolar = puntuación 51-53</i>

ALGUNOS SÍNTOMAS GRAVES O DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO: 50 - 31
<p>Serio deterioro en el trabajo, la escuela o las tareas domésticas si es amo/a de casa (p. ej., incapacidad de mantener un trabajo o de permanecer en la escuela, o fracaso escolar, o ser incapaz de cuidar la familia y la casa)</p> <p>Problemas frecuentes con la ley (p. ej., frecuentes robos en tiendas, arrestos) o conducta combativa ocasional</p> <p>Serio deterioro de las relaciones con los amigos (p. ej., muy pocos o ningún amigo, o evita a los amigos que él/ella tiene)</p> <p>Serio deterioro de las relaciones con la familia (p. ej., peleas frecuentes con la familia y/o negligencia familiar o no tiene hogar)</p> <p>Serio deterioro del razonamiento (incluyendo incapacidad para tomar decisiones, confusión, desorientación)</p> <p>Serio deterioro del pensamiento (incluyendo una preocupación constante con los pensamientos, imagen corporal distorsionada, paranoia)</p> <p>Serio deterioro del humor (incluyendo un humor depresivo constante más indefensión y desesperanza, o agitación, o humor maníaco)</p> <p>Serio deterioro debido a ansiedad (ataques de pánico, ansiedad abrumadora)</p> <p>Otros síntomas: algunas alucinaciones, delirios o graves rituales obsesivos</p> <p>Idealización suicida pasiva</p> <p><i>Una persona con 1 área alterada = puntuación 48-50</i></p> <p><i>Una persona con 2 áreas alteradas = puntuación 44-47</i></p> <p><i>Una persona con 3 áreas alteradas = puntuación 41-43</i></p> <p><i>Una persona con 4 áreas alteradas = puntuación 38-40</i></p> <p><i>Una persona con 5 áreas alteradas = puntuación 34-37</i></p> <p><i>Una persona con 6 áreas alteradas = puntuación 31-33</i></p>
INCAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN CASI TODAS LAS AREAS: 30 - 21
<p>Preocupación suicida o ideas de suicidio francas con preparación</p> <p>O conducta considerablemente influenciada por delirios o alucinaciones</p> <p>O serio deterioro de la comunicación (algunas veces incoherente, actúa de manera extremadamente inadecuada, o profunda depresión estuporosa)</p> <p>Serio deterioro en el trabajo, la escuela o las tareas domésticas si es amo/a de casa (p. ej., incapaz de mantener un trabajo o de permanecer en la escuela, o fracaso escolar, o incapaz de cuidar de la familia y del hogar)</p> <p>Problemas frecuentes con la ley (p. ej., robos en tiendas frecuentes, arrestos) o conducta combativa ocasional</p> <p>Serio deterioro de las relaciones con los amigos (p. ej., muy pocos o ningún amigo, o evita a los amigos que él/ella tiene)</p> <p>Serio deterioro de las relaciones con la familia (p. ej., peleas frecuentes con la familia y/o negligencia familiar o no tiene hogar)</p> <p>Serio deterioro en el razonamiento (incluyendo incapacidad para tomar decisiones, confusión, desorientación)</p> <p>Serio deterioro del pensamiento (incluyendo una preocupación constante con los pensamientos, imagen corporal distorsionada, paranoia)</p> <p>Serio deterioro del humor (incluyendo un humor depresivo constante más indefensión y desesperanza, o agitación, o humor maníaco)</p> <p>Serio deterioro debido a la ansiedad (ataques de pánico, ansiedad abrumadora)</p> <p>Otros síntomas: algunas alucinaciones, delirios o rituales obsesivos graves</p> <p>Idealización suicida pasiva</p> <p><i>Una persona con 1 de los 3 primeros (únicamente) criterios = puntuación 21</i></p> <p><i>O Una persona con 7 de los criterios combinados = puntuación 28-30</i></p> <p><i>Una persona con 8-9 de los criterios combinados = puntuación 24-27</i></p> <p><i>Una persona con 10 de los criterios combinados = puntuación 20-23</i></p>

CON CIERTO PELIGRO DE DAÑO A SI MISMO O A LOS DEMÁS: 20 - 11
<p>Intentos de suicidio sin clara expectativa de muerte (p. ej., leve sobredosis o cortarse las muñecas con gente alrededor)</p> <p>Algo de violencia grave o conductas de auto-mutilación</p> <p>Exaltación grave maníaca o agitación grave e impulsividad</p> <p>Ocasionalmente fracasa para mantener el mínimo de higiene personal (p. ej., diarrea debido a laxantes, o embadurnado de heces)</p> <p>Ingreso de urgencia/emergencia en el actual hospital psiquiátrico</p> <p>Con riesgo físico debido a problemas médicos (p. ej., grave anorexia o bulimia y algunos vómitos espontáneos o abundante uso de pastillas laxantes/diuréticas/dietéticas, pero sin serios problemas de corazón o de hígado o grave deshidratación y desorientación)</p> <p><i>Una persona con 1-2 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 18-20</i></p> <p><i>Una persona con 3-4 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 14-17</i></p> <p><i>Una persona con 5-6 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 11-13</i></p>
CON PERSISTENTE PELIGRO DE GRAVE DAÑO A SÍ MISMO O A LOS DEMÁS: 10 – 1
<p>Serios actos suicidas con clara expectativa de muerte (p. ej., apuñalarse, dispararse, colgarse, o serias sobredosis, sin nadie presente)</p> <p>Frecuente violencia grave o auto-mutilación</p> <p>Excitación maníaca extrema o agitación e impulsividad extremas (p. ej., gritos violentos y desgarros del relleno del colchón de la cama)</p> <p>Incapacidad persistente de mantener un mínimo de higiene personal</p> <p>Ingreso de urgencia/emergencia en el actual hospital psiquiátrico</p> <p>Con agudo y grave riesgo debido a problemas médicos (p. ej., anorexia grave o bulimia con problemas cardíacos/renales, o vómitos espontáneos CADA VEZ QUE ingiere la comida, o depresión grave con diabetes descontrolada)</p> <p><i>Una persona con 1-2 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 8-10</i></p> <p><i>Una persona con 3-4 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 4-7</i></p> <p><i>Una persona con 5-6 de las 6 áreas alteradas en esta categoría = puntuación 1-3</i></p>

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

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

CRITERIOS DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA

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

DSM-IV: Trastorno de la Personalidad Esquizotípica:

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

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

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

RESUMEN: DATOS DE LA SIPS

Escala de síntomas positivos

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

Totales

Síntomas Positivos

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

Escala de síntomas negativos, de desorganización, generales

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

Síntomas negativos

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

Síntomas de desorganización

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

Síntomas generales

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

GAF (p. 36) Puntuación actual _____ Puntuación más alta en el último año _____

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

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

RESUMEN DE LOS CRITERIOS DEL SÍNDROME SIPS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Síndrome de Riesgo Genético y Deterioro Funcional		SI	NO
1.	El paciente cumple los criterios del Trastorno de la Personalidad Esquizotípica		
2.	El paciente tiene un familiar de primer grado con un trastorno psicótico		
3.	El Paciente experimentó al menos un descenso del 30% en la puntuación de la GAF durante el último mes, comparativamente con hace 12 meses		

Si se cumplen alguna de las siguientes condiciones:

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

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

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

Marque SI o NO:

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