



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA

**FUNCIONAMIENTO LABORAL EN HERMANOS DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA**

DR. VICTOR ALFONSO PÉREZ SILVA

ASESOR: DR. CÉSAR GUILLERMO GONZÁLEZ SALINAS

PSIQUIATRÍA POR LA UASLP

NEUROPSIQUIATRÍA POR LA UNAM

CO-ASESOR: DR. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ
RODRÍGUEZ

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ESPECIALIDAD EN
EPIDEMIOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

**TÍTULO DE TESIS: FUNCIONAMIENTO LABORAL EN HERMANOS DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

PRESENTA: DR. VICTOR ALFONSO PÉREZ SILVA

Asesor: Dr. César Guillermo González Salinas Psiquiatría UASLP, Neuropsiquiatría UNAM	
Co- asesor: Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez Maestría en Salud Pública, Maestría en Ciencias con especialidad en Epidemiología	
Sinodales	
Autoridades	
M. en C. Ma. del Pilar Fonseca Leal Jefe de Investigación y Posgrado Clínico de la Facultad de Medicina	
Dr. José María Hernández Mata Jefe de Departamento de Psiquiatría	
Dr. Andrés Valderrama Pedroza Coordinador del Posgrado de la especialidad en Psiquiatría	
Dra. Laura Elena Pérez Ramos Jefa de Enseñanza de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"	
Dra. Laura Elisa Moncada Mendoza Jefa de Enseñanza Instituto Temazcalli	

Resumen

Objetivos: Analizar la relación entre la gravedad de la sintomatología de pacientes con Esquizofrenia y el rendimiento laboral individual de sus familiares de primer grado.

Sujetos y métodos: Se reclutaron 30 pacientes y 30 familiares de primer grado (el hermano/a de la edad más cercana) de la consulta externa de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”. Se aplicó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo para determinar el diagnóstico y la gravedad de los síntomas. A sus familiares se les aplicó la escala de Rendimiento Laboral Individual para determinar su funcionamiento.

Resultados: Se encontró una correlación positiva entre la subescalas de síntomas positivos ($r=0.303$, $p=0.05$) y psicopatología general ($r=0.285$, $p=0.06$), en cambio no hubo correlación con la subescala de síntomas negativos ($r= -0.004$, $p=0.51$).

Conclusiones: A diferencia de lo reportado en la literatura, la relación entre la sintomatología psicótica y el rendimiento laboral de sus familiares tiene una relación inversa positiva. Se requerirá un estudio con mayor cantidad de participantes y la inclusión de otras variables para determinar las implicaciones pronósticas de nuestros hallazgos.

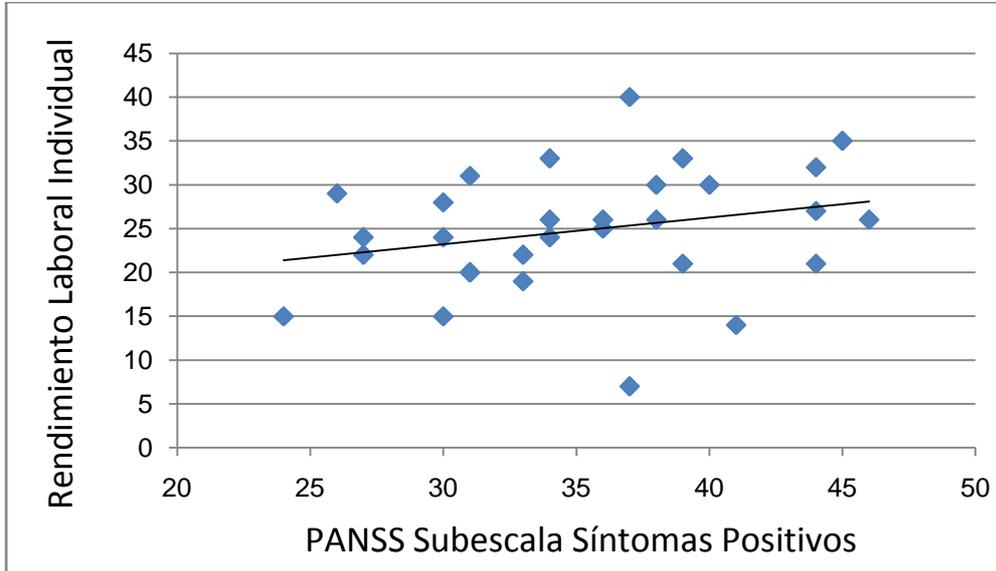
Índice

Resumen	I
Lista de Figuras	II
Lista de Abreviaturas	IV
1. Antecedentes	1
2. Justificación	6
3. Hipótesis	7
4. Objetivos	7
1. Objetivo General.....	7
2. Objetivos Específicos.....	7
3. Pregunta de Investigación.....	7
5. Sujetos y Métodos	7
1. Lugar de realización y Universo de pacientes.....	7
2. Criterios de inclusión de los pacientes.....	8
3. Criterios de exclusión de los pacientes.....	8
4. Criterios de eliminación de los pacientes.....	8
5. Criterios de inclusión de los familiares de primer grado.....	8
6. Criterios de exclusión de los familiares de primer grado.....	9
7. Criterios de eliminación de los familiares de primer grado.....	9
8. Diseño del estudio.....	9
9. Instrumentos.....	10
10. Factibilidad y viabilidad.....	11
11. Recursos humanos y materiales.....	11

6. Análisis Estadístico	12
1. Cálculo de muestra.....	12
2. Tabla de variables.....	12
7. Ética.....	15
8. Resultados.....	16
9. Discusión	19
10. Limitaciones y/o nuevas perspectivas de la investigación	21
11. Conclusiones	22
12. Bibliografía.....	23
13. Anexos.....	26
1. Anexo 1.- Consentimiento Informado.....	26
2. Anexo 2.- Escala de los Síndromes Positivo y Negativo.....	28
3. Anexo 3.- Escala de Rendimiento Laboral Individual.....	60
4. Anexo 4.- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.....	62

Lista de figuras:

[Figura 1.- Gráfico de asociación Escala PANSS-P y Escala de Rendimiento Laboral Individual.....17](#)



[Figura 2.- Gráfico de asociación Escala PANSS-N y Escala de Rendimiento Laboral Individual.....17](#)

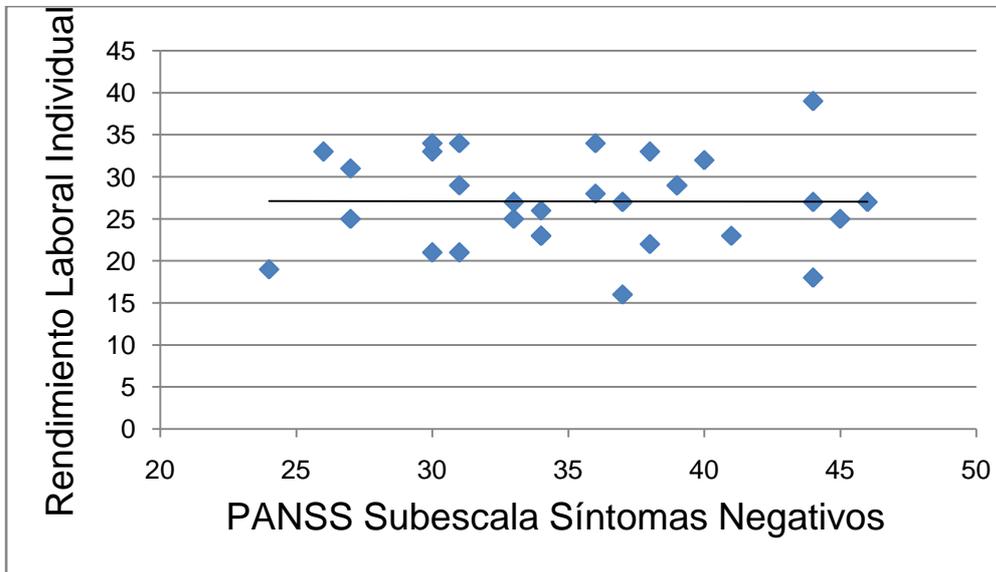


Figura 3.- Gráfico de asociación Escala PANSS-PG y Escala de Rendimiento Laboral Individual.....18

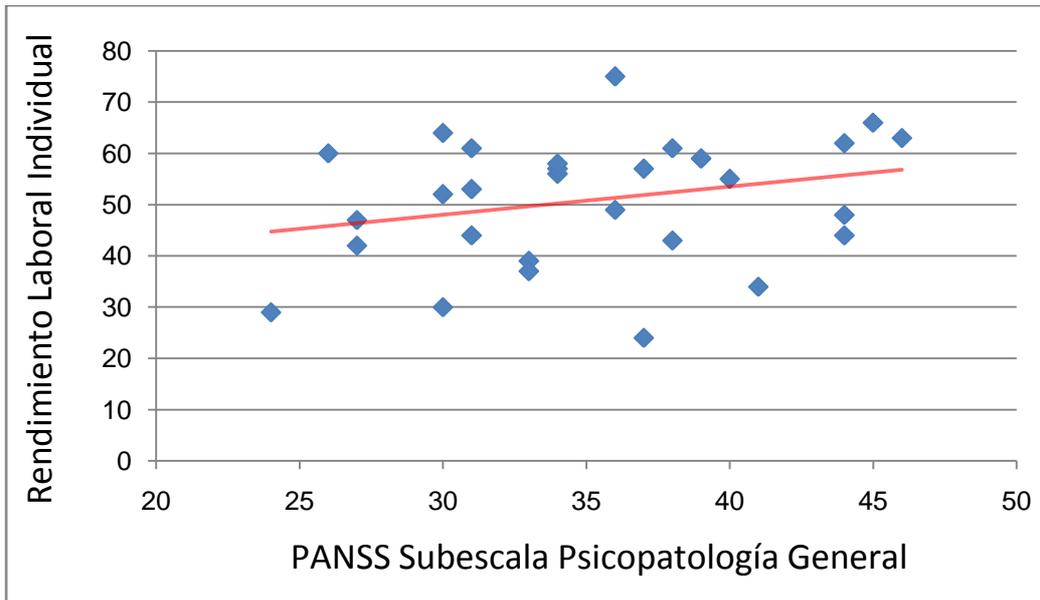
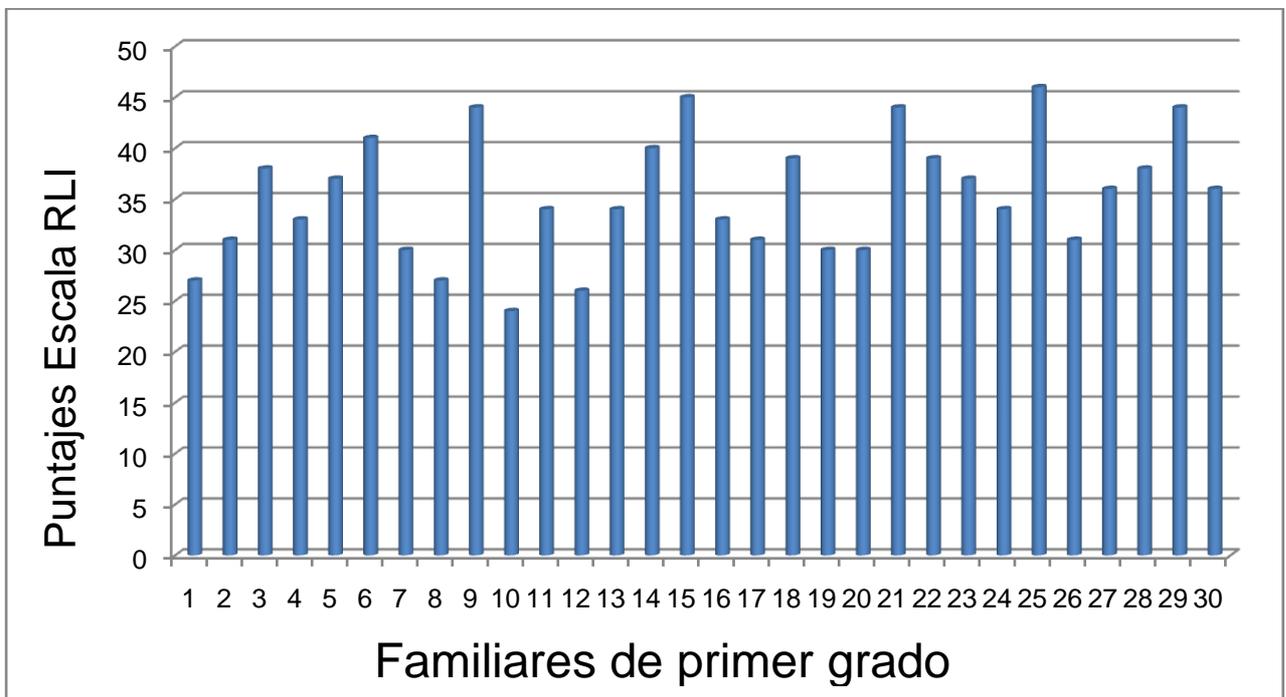


Figura 4.- Gráfico de dispersión de datos de la Escala Rendimiento Laboral Individual.....19



Lista de abreviaturas:

- 1.- PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (Positive And Negative Syndrome Scale).
- 2.- MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview).
- 3.- DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ª edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
- 4.- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión).

1. Antecedentes

La Esquizofrenia se caracteriza clínicamente por la presencia de síntomas positivos y síntomas negativos, es decir, la presencia de alucinaciones, delirios y/o alteraciones en la expresión del lenguaje y falta de respuesta emocional así como alteraciones en la esfera cognitiva como déficit en la memoria, atención y funciones ejecutivas; síntomas que dependiendo del grado de severidad, conllevan una disfuncional laboral, social e interpersonal importante para los sujetos que lo padecen. En los Estados Unidos, se estima una prevalencia del 1% de esta enfermedad. En México, se ha estimado una prevalencia similar¹. La Organización Mundial de la Salud reportó en 2009 que estos trastornos afectaban a aproximadamente 24 millones de personas. Diversos autores han reportado tasas de prevalencia similares, denotando poca variabilidad en cuanto a la presentación y diferencias por sexo de estos trastornos. La enfermedad suele aparecer entre los 15 y los 30 años de edad y perdura durante toda la vida del individuo. La causa de estos trastornos es desconocida, sin embargo, se considera que los factores genéticos así como factores ambientales y sociales contribuyen a su aparición. No existen elementos biológicos patognomónicos de esta enfermedad, no obstante se han demostrado diferencias en cuanto al inicio, presentación y evolución clínica así como alteraciones neuroanatómicas y fisiológicas antes y después del inicio de los síntomas².

Los factores genéticos juegan un rol importante en la aparición de la Esquizofrenia, ya que la evidencia actual demuestra una heredabilidad de 0.41-0.87³. Empero, ningún factor individual o sus combinaciones pueden predecir con certeza la aparición de la enfermedad. El riesgo de enfermar es proporcional al número de parientes afectados y el grado de parentesco. Esto connota una gran relevancia en el estudio de los familiares de los pacientes con fines de entendimiento de la enfermedad. Se ha reportado que los hijos de pacientes con Esquizofrenia tienen una probabilidad de 10-15 veces más de padecer la enfermedad, además, tener dos padres con Esquizofrenia eleva el riesgo a un 40%⁴. Por lo tanto, el estudio de los familiares de pacientes con Esquizofrenia, facilita la oportunidad de comprender los complejos factores genéticos, además de proveer información fenotípica que permite definir y categorizar perfiles neurocognitivos relativamente estables en esta

población. Las alteraciones en los diversos dominios cognitivos, han sido objeto de estudio en las últimas décadas en los pacientes con Esquizofrenia, ya que dichas funciones se ven afectadas previamente al inicio de la enfermedad, así como durante el curso de ésta. Se ha propuesto que la Esquizofrenia es en esencia una enfermedad cognitiva. Más importante, han sido los estudios derivados de éstos hallazgos, precisamente en familiares de primer grado (padres, hijos o hermanos) los que han arrojado información esclarecedora sobre la transmisión familiar de las deficiencias cognitivas, además de que se ha estudiado a detalle el déficit en el funcionamiento de ciertos dominios específicos de funcionamiento. Las alteraciones cognitivas han sido propuestas ampliamente como potenciales endofenotipos de la enfermedad⁵.

Algunos autores han demostrado disrupciones en la memoria de trabajo, atención y habilidades motoras, mismas que se han propuesto como factores de vulnerabilidad para la futura conversión a psicosis en familiares con alto riesgo de padecer la enfermedad⁶. Grosso modo, los individuos esquizofrénicos presentan una multitud de alteraciones en variados aspectos cognitivos; han ganado la atención los constructos de neurocognición incluyendo la cognición social, aspectos que intervienen directamente en el funcionamiento global de éstos pacientes. No es sorprendente encontrar algunas de estas alteraciones en los familiares de primer grado, ya que existe una amplia cantidad de evidencia que sugiere que estas características son transmisibles genéticamente. A pesar de que los familiares de primer grado de esquizofrénicos tienen hasta 10 veces más probabilidad de enfermar en relación a la población general sana, el estudio del funcionamiento y el desempeño en diversas áreas de la cognición ha sido ignorado en esta población de alto riesgo⁷.

La cognición social es uno de los dominios que mayor relevancia ha cobrado en el estudio de pacientes con Esquizofrenia, ya que implica una serie de procesos subyacentes que incluyen la percepción, interpretación y procesamiento de los estímulos sociales; mismos que en individuos sanos garantizan un buen funcionamiento y éxito en las relaciones interpersonales⁸. En general, el desempeño en el área cognitiva de los familiares de primer grado suele ser menor que el de la población normal, no obstante, existen estudios que no han replicado dichos

hallazgos⁹. A pesar de esto, un vasto cuerpo de evidencia sugiere lo contrario, por lo que la identificación de estas alteraciones en la población vulnerable sienta las bases para el desarrollo futuro de intervenciones tempranas¹⁰. En pacientes con Esquizofrenia, así como en sus familiares de primer grado, las alteraciones en la cognición social suelen ocurrir con cierta independencia de los otros déficits neuropsicológicos¹¹, de ahí el valor pronóstico de la enfermedad sobre los hallazgos de las baterías aplicadas en este grupo de población. Si bien los sujetos con alto riesgo tienen probabilidad de manifestar síntomas psicóticos, no todos los familiares de primer grado tendrán estas manifestaciones clínicas a lo largo de sus vidas, no obstante, no es infrecuente que algunos familiares que poseen rasgos de personalidad esquizotípica, manifiesten déficits a nivel de cognición social, particularmente aislamiento social y distanciamiento, lo que invariablemente actúa en detrimento del desempeño a nivel escolar, familiar y laboral¹².

De esta manera, el conjunto las habilidades neuropsicológicas incluyendo la cognición social, ejercen importantes efectos directos e indirectos en la calidad del funcionamiento en la vida diaria, tanto de los pacientes como en sus familiares¹³. A pesar del conocimiento de esta información, los estudios en familiares de primer grado se han enfocado en la carga global que representa ser pariente de un paciente con Esquizofrenia¹⁴. Aún queda por establecer si las alteraciones neurocognitivas demostradas en los familiares son resultado de la interacción de variables ambientales o genéticas, ya que como se mencionó previamente, existen pruebas que sugieren un componente genético en la aparición de estos fenotipos. Por lo tanto, se ha sugerido la hipótesis de que estos déficits tendrían una mayor expresión de gravedad cuanto mayor sea la similitud genética con el paciente afectado¹⁵.

Otro de los dominios que ha tenido especial relevancia por su constante aparición en el cuadro clínico de los esquizofrénicos así como en sus familiares de primer grado es el dominio de las habilidades verbales. Hay autores que han demostrado alteraciones en la fluidez verbal, siendo uno de los principales componentes patológicos de la enfermedad, esta habilidad se ha visto alterada en familiares tanto adultos como adolescentes¹⁶. Otros investigadores han reconocido además, evidentes alteraciones de tales capacidades en las pruebas de inteligencia. Esto ha

sido expuesto en concordancia con la teoría de que existe una asimetría en los lóbulos temporales que genera alteraciones verbales en los pacientes con Esquizofrenia, que a su vez representa un riesgo latente para desarrollar psicosis en el futuro¹⁷.

Sobre esto, ha sido debatido si el transcurso de la enfermedad en sí es suficiente para generar alteraciones globales del coeficiente intelectual. Algunos meta-análisis concluyen que previo al inicio de los síntomas psicóticos, existe un descenso de al menos una y media desviaciones estándar en comparación con los sujetos sanos¹⁸; de mayor relevancia, ha sido objeto de estudio el desempeño intelectual en los familiares de primer grado de pacientes con Esquizofrenia, encontrando una variedad de resultados: ha sido comprobado que esta población posee un coeficiente intelectual verbal menor en comparación con sujetos sanos¹⁹, y además encontraron que el coeficiente intelectual tiene una relación inversa con la vulnerabilidad genética subyacente, lo cual convierte esta variable en otro potencial endofenotipo para el seguimiento de individuos con alto riesgo de psicosis (incluyendo familiares de primer grado). Incluso, es posible deducir que un coeficiente intelectual normal o elevado pudiera significar un factor de protección contra psicosis en familiares de primer grado. Estos hallazgos cobran una relevancia notable en función de que no solamente estos individuos puntúan de forma inferior en las pruebas de inteligencia, sino que al ser comparados con la población normal y controlarse la variable de escolaridad, dichos hallazgos permanecen con significancia estadística, lo que nos permite deducir que este déficit es de tipo constitutivo y seguramente afectará en una medida variable el desempeño escolar, laboral o social²⁰.

Actualmente, los diversos dominios de funcionamiento descritos en pacientes con Esquizofrenia –Laboral, Escolar, y Social-, han sido fusionados en un constructo que ha sido estudiado principalmente de manera retrospectiva. Esto es importante debido a que existen pocos estudios que analicen el funcionamiento de éstas áreas en los familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos. Una de las herramientas más utilizadas para analizar las diferentes esferas de funcionamiento tanto de pacientes como sus familiares de primer grado es la Escala de Ajuste Premórbido, un instrumento que evalúa el grado de adquisición de metas de los

individuos a lo largo de la infancia, adolescencia y en ocasiones la adultez²¹. En las últimas dos décadas, se han realizado diversos estudios utilizando la escala de funcionamiento, demostrando menores puntajes tanto en pacientes como sus familiares de primer grado, a diferencia de los sujetos control sin psicopatología. Lo importante de estos hallazgos es, que como se ha mencionado antes, las alteraciones neurocognitivas tienen un componente heredable entre pacientes y sus hermanos no afectados y se reflejan directamente en las áreas de funcionamiento del individuo. Por ende, es válido inferir que el grado de disfunción social, laboral o escolar tiene una relación congruente con los déficits constitucionales.

El estudio retrospectivo del funcionamiento de los familiares de primer grado ha dominado el campo de la investigación en los últimos años, no obstante, existe un trabajo de calidad prospectiva de un grupo de pacientes, sus hermanos y un grupo control para observar la trayectoria del funcionamiento global a lo largo del tiempo. La importancia de este estudio es que los autores utilizaron una escala de funcionamiento igualmente válida que la Escala de Ajuste Premórbido, para medir los dominios de funcionamiento social, laboral/escolar así como el dominio autonomía/comportamiento independiente. Lo destacable de sus hallazgos fue que se observó una diferencia en el desempeño entre los tres grupos, es decir, los pacientes tuvieron un peor funcionamiento en comparación con sus familiares y controles, y los familiares tuvieron un peor funcionamiento al compararse con el grupo control. Los déficits en el grupo de familiares de primer grado fueron estables a través del tiempo e interesantemente, se observó una relación entre la gravedad de los puntajes de los familiares con la gravedad de los síntomas (a nivel de funcionamiento global) de sus hermanos afectados por la enfermedad²².

2. Justificación:

La Esquizofrenia es una enfermedad con notables consecuencias negativas para los individuos que la padecen, tiene un curso tendiente a la cronicidad, poca recuperación completa entre episodios psicóticos y variable respuesta a la medicación disponible en la actualidad. La heredabilidad de la enfermedad es alta, lo que sitúa a los familiares de primer grado en un estado de riesgo latente, lo que algunos autores han definido como estados clínicos de alto riesgo de psicosis. La importancia de esto radica en que los sistemas de salud han desarrollado programas para detectar a estos individuos y facilitar el seguimiento prospectivo para retardar la aparición de síntomas psicóticos. El riesgo de conversión a psicosis en los familiares de primer grado es de hasta 40%, sujetos en quienes las manifestaciones iniciales pueden ser estados psicosociales deficitarios como disfunción social, laboral o escolar. Actualmente, no es posible predecir la aparición de síntomas psicóticos, sin embargo, ha sido demostrada la relación entre un desempeño cognitivo pobre en los pacientes y un rendimiento subóptimo en diversos dominios de funcionamiento (incluyendo el social y laboral) en sus familiares de primer grado. Por estas razones, es oportuno contar con un instrumento válido y de fácil uso en la práctica clínica diaria que nos permita determinar el rendimiento laboral en los familiares de pacientes esquizofrénicos, tomando en cuenta que las primeras manifestaciones de la enfermedad ocurren de forma sutil en las diferentes áreas de funcionamiento de los individuos que poseen un riesgo latente.

3. Hipótesis:

La severidad de los síntomas determinada por la Escala de Síndromes Positivo y Negativo de los pacientes con Esquizofrenia se correlacionará con un peor funcionamiento laboral determinado por la escala de Rendimiento Laboral Individual en el/la hermano/a no esquizofrénico/a con mayor cercanía de edad.

4. Objetivos:

1. Objetivo General:

Analizar la relación entre la severidad de síntomas determinada por la escala PANSS en pacientes con Esquizofrenia y el funcionamiento laboral determinado por la escala de Rendimiento Laboral Individual en el/la hermano/a no esquizofrénico/a con mayor cercanía de edad.

2. Objetivos Específicos:

- Determinar la severidad de los síntomas medidos con la escala PANSS en los pacientes con Esquizofrenia.
- Determinar el funcionamiento laboral medido con la escala de Rendimiento Laboral Individual en el/la hermano/a no esquizofrénico/a con mayor cercanía de edad.

3. Pregunta de Investigación:

¿Existe relación entre la severidad de síntomas de pacientes con Esquizofrenia y el funcionamiento laboral del hermano/a no esquizofrénico/a con mayor cercanía de edad?

5. Sujetos y Métodos:

1. Lugar de realización y Universo de pacientes:

El estudio se realizará en las instalaciones de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”. El universo de sujetos será constituido por los pacientes que sean reclutados a través de sus expedientes en el archivo clínico. Así mismo, será contactado por cada paciente, el hermano/a con mayor cercanía de edad.

2. Criterios de inclusión de los pacientes:

- Diagnóstico de Esquizofrenia establecido mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
- Estar recibiendo tratamiento y asistir de manera regular a la consulta externa en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.
- Ser hombre o mujer.
- Tener mínimo 18 años de edad y máximo 65 años de edad.
- Residir en la ciudad de San Luis Potosí o en la ciudad de Soledad de Graciano Sánchez, en el estado de San Luis Potosí.
- Firma del paciente o su representante legal del consentimiento informado (ver Anexo 1).

3. Criterios de exclusión de los pacientes:

- Tener otro diagnóstico psiquiátrico del espectro de la Esquizofrenia.
- Historia reciente de traumatismo craneoencefálico con pérdida del estado de alerta.
- Tener diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias ilícitas o alcohol en los últimos 12 meses.
- Diagnóstico de cualquier enfermedad neurológica.

4. Criterios de eliminación de los pacientes:

- Solicitar voluntariamente o ser solicitado por el representante legal el no participar en el estudio.
- No tener completa su evaluación mediante PANSS.

5. Criterios de inclusión de los familiares de primer grado:

- Ser hermano/a del paciente esquizofrénico con mayor cercanía de edad a éste.

- Ser residente de la ciudad de San Luis Potosí o Soledad de Graciano Sánchez, del estado de San Luis Potosí.
- Tener mínimo 18 años de edad y máximo 65 años de edad.
- Firmar el consentimiento informado.

6. Criterios de exclusión de los familiares de primer grado:

- Tener cualquier diagnóstico psiquiátrico determinado por la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
- Historia reciente de traumatismo craneoencefálico con pérdida del estado de alerta.
- Diagnóstico de Abuso o Dependencia a sustancias ilícitas o alcohol en los últimos 12 meses.
- Diagnóstico de cualquier enfermedad neurológica.

7. Criterios de eliminación de los familiares de primer grado:

- No completar la escala autoaplicable.
- Solicitar su retiro del protocolo de investigación.

8. Diseño del estudio.-

Buscando alcanzar los objetivos planteados, se llevará a cabo un estudio de tipo piloto, transversal, analítico y prolectivo. Se eligió realizar un estudio piloto debido que la relación entre las variables que serán objeto de estudio son de naturaleza preliminar, esto relacionado a la poca disponibilidad de los datos en la literatura médica que nos ayude a precisar la variabilidad estadística o tamaño del efecto de la muestra.

Será un estudio transversal ya que los datos se obtendrán teniendo en cuenta una enfermedad preexistente, en un momento único del tiempo. En base a esto, no es posible determinar si el factor en estudio precedió al efecto o coexiste desde un inicio. Su limitación en el establecer la existencia y el pronóstico se compensa en

demostrar el perfil de la enfermedad, donde se exploran asociaciones entre varios fenómenos.

Será un estudio analítico porque el objetivo es analizar las relaciones existentes entre las variables consideradas pertinentes para este estudio, en este caso, la severidad de los síntomas de Esquizofrenia de los pacientes y el nivel de funcionamiento laboral en el hermano/a con mayor cercanía de edad del paciente esquizofrénico. Este estudio tendrá un doble componente: descriptivo y analítico. A través de este diseño, se podrán identificar las características básicas de la población enferma seleccionada y la asociación del factor laboral en relación al grupo de hermanos/as sanos/as. Es un estudio prolectivo, ya que la información se captará en tiempo real y de forma prospectiva, en consonancia con las demás características descritas previamente.

9. Instrumentos.-

Datos generales y sociodemográficos: esta información se recolectará directamente del expediente clínico y a través de la entrevista directa a los familiares participantes. En el caso de los pacientes, las variables de identificación se tomarán de la sección del estudio socioeconómico y para el grupo de hermanos/as se obtendrán las variables al completar el formato que viene incluido en el instrumento para evaluar el rendimiento laboral individual.

Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS): Es un instrumento de amplio uso en investigación cuyo diseño fue pensado para evaluar los síntomas, la psicopatología general, predominio de los síndromes positivo o negativo y la respuesta al tratamiento farmacológico. Su estructura permite realizar una evaluación completa de los principales síntomas de la enfermedad y además la determinación de la severidad de acuerdo a una tabla de percentiles. Existe una traducción validada en español (ver Anexo 2).

Escala de Rendimiento Laboral Individual: Es una escala autoaplicable desarrollada por Koopmans y colaboradores²³. La escala original consiste en 18 ítems distribuidos en tres dimensiones que miden el constructo de rendimiento laboral. Dicho constructo está comprendido por las dimensiones a) rendimiento en la tarea, b)

comportamientos contraproducentes y c) rendimiento en el contexto. Es una escala tipo Likert con 5 respuestas posibles que van desde 1: nunca a 5: siempre.

Existe una traducción y validación al español realizada por Gabini²⁴ donde se redujo la escala a 13 ítems y se demostró que éstos efectivamente miden el constructo de rendimiento laboral. De igual manera las respuestas son tipo Likert y los puntajes posibles se obtienen tras la sumatoria de las tres dimensiones del constructo (ver Anexo 3).

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Es una entrevista breve de diseño estructurado, diseñada por Sheehan y colaboradores²⁵ con la intención de tener un instrumento que permita una evaluación rápida y confiable para ser utilizada en estudios multicéntricos. La entrevista está diseñada para cumplir con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV y CIE-10. De igual manera existe una versión traducida al español (ver Anexo 4).

10. Factibilidad y viabilidad.-

El estudio se realizará en las instalaciones de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, institución que capta una gran cantidad de pacientes estatales e interestatales, por lo que la factibilidad de realización es elevada. Para llevar a cabo el estudio no se requerirá financiamiento externo para la obtención del material necesario, el equipo de investigación suministrará los recursos económicos. Esto demuestra que es un proyecto viable y no generará costos para las instalaciones y/o personal de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

11. Recursos humanos y materiales.-

- Grupo de investigadores (médico residente, asesores de contenido y metodología).
- 1 laptop.
- Hojas blancas.
- Impresora.
- Lápices y bolígrafos.

6. Análisis Estadístico:

1. Cálculo de muestra.-

Debido a la escasez de la literatura sobre el tema en específico, actualmente no existe una estimación porcentual de la relación entre las variables que se analizarán en este protocolo de investigación, por lo que se decidió realizar entonces un estudio piloto, el cual por su naturaleza exploratoria elige de manera abierta el número de pacientes necesarios para describir las características principales y relaciones entre las variables de la población seleccionada y así mismo sienta las bases para un estudio de mayor poder metodológico. Según Hill y cols.²⁶ el número necesario máximo para un estudio piloto se estima en 30 sujetos, por lo que para este estudio se elegirán por conveniencia 30 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que sean tratados en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” y a su vez se contactará mediante el expediente clínico un hermano o hermana de mayor cercanía de edad por cada paciente reclutado.

Se realizará estadística descriptiva de todas las variables incluidas para obtener valores estadísticos relevantes (moda, media, mediana) en el grupo de pacientes y sus hermanos. Se realizará estadística descriptiva de todas las variables sociodemográficas para obtener valores estadísticos relevantes (moda, media, mediana). Por medio de análisis de correlación (paramétrica y no paramétrica) se compararán los puntajes obtenidos en los instrumentos de la severidad de los síntomas de Esquizofrenia y el Rendimiento Laboral Individual de los familiares de primer grado. Se establece un índice de confianza de 5% bilateral. El análisis estadístico se realizará con el software Microsoft® Office Excel® 2007 (12.0.6780.5000).

2. Tabla de variables.-

Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Sexo	Género fenotípico registrado	Hombre: 1 Mujer: 2		Categoríca Dicotómic

	en certificado de nacimiento			a
Edad	Tiempo expresado en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	18-65	Años	Continua
Escolaridad	Grado académico determinado por un certificado escolar	Primaria: 1 Secundaria: 2 Preparatoria: 3 Licenciatura 4 Carrera Técnica: 5 Posgrado: 6		Ordinal
Empleo	Situación actual de la condición de ser empleado	Empleado: 1 Desempleado: 2		Categoría Nominal
Estado Civil	Condición de tener	Soltero: 1		Categoría

	pareja estable	No soltero: 2		Nominal
Severidad de síntomas de Esquizofrenia	Calificación numérica obtenida por la aplicación de la escala PANSS y estratificación de percentiles (5-95)	Ausente: 1 Mínimo: 2 Ligero: 3 Moderado: 4 Moderado Severo: 5 Severo: 6 Extremo: 7		Ordinal
Rendimiento Laboral Individual	Calificación obtenida por la aplicación de la Escala Rendimiento Laboral Individual	Muy bajo: menor al percentil 10 Bajo: entre el percentil 10 y 25 Promedio: entre el percentil 25 y 75 Alto: entre el percentil 75 y 90 Muy Alto: mayor al percentil 90		Ordinal

7. Ética:



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION
MEMORÁNDUM No. 0150 / 18

Expediente: 2S.3

ASUNTO: Autorización a Protocolo de Investigación.

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. 12 ENE 2018

DR. VÍCTOR PÉREZ SILVA.
RESIDENTE DE PSIQUIATRIA.

El Comité de Ética en Investigación, en sesión extraordinaria el 28 de diciembre le informa la autorización de su solicitud a Protocolo de Investigación "Funcionamiento laboral en hermanos de pacientes con esquizofrenia" con registro CEI-CPDENP-17-04.

Se le comunica la necesidad de realizar informe Funcionamiento laboral en hermanos de pacientes con esquizofrenia trimestral hasta concluir el proyecto y enviar a los correos siguientes hazeldayanira@hotmail.com, o cpsi.neumann.capacitacion@gmail.com

Referencia: Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta edición 2015
Diario Oficial. Lunes 11 de Enero de 2016.

ATENTAMENTE
LA PRESIDENTA

L.E. HAZEL DEYANIRA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ

c. c. p.- Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez. -Directora. - Clínica.
c. c. p.- Dra. Laura Elena Pérez Ramos -Jefa de Educación e Investigación en Salud-Clinica
c. c. p.- Archivo y Minutario.
hdgh*

DIRECTO

Para el estudio se realizaron entrevistas autorizadas mediante consentimiento informado y no fueron conducidas intervenciones de ningún tipo, por lo que el estudio no representó riesgo para la integridad de los sujetos. La información provista fue manejada con confidencialidad y anonimato. Por lo tanto, no se violó

ningún aspecto ético establecido en las normas y regulaciones internacionales para estudios de investigación en humanos.

8. Resultados:

Se estudiaron 30 individuos diagnosticados con Esquizofrenia mediante la entrevista MINI, de los cuales 56.7% fueron hombres (n=17) y 43.3% mujeres (n=13). El 73.3% (n=22) de esta muestra eran solteros, el 26.6% (n=8) restante tenía un estado civil distinto a la soltería. El 26.6% (n=8) se encontró empleado y el 73.3% (n=22) restante estaban desempleados al momento del estudio. En cuanto a su escolaridad, el 16.6% (n=5) tenía la primaria completa, el 46.6% (n=14) la secundaria, el 26.6% (n=8) la preparatoria y el 10% (n=3) tenía la licenciatura. La media de edad de los pacientes fue de 36.9 años, mientras que la mediana fue de 38.5 años.

Tras la aplicación de la escala PANSS se obtuvieron los siguientes resultados: la media de los puntajes de la subescala de síntomas positivos fue de 24.83, de 27.1 para la subescala de síntomas negativos y una media de 50.93 para la subescala de psicopatología general. En la subescala de síntomas positivos, el 6.66% (n=2) de la muestra se encontró en el rango de los percentiles indicadores de mayor gravedad y el 16.66% (n=5) en el de menor gravedad. El resto de los pacientes se distribuyó entre los percentiles 20 y 80 (n=23, 76.6%). En la subescala de síntomas negativos, el 3.33% (n=1) estuvo en el rango de mayor gravedad, el 3.33% en el rango de menor gravedad y el 93.3% (n=28) restante se encontró entre los percentiles 20 y 80. Respecto a la subescala de psicopatología general, el 50% (n=15) de la muestra se encontró en el rango de mayor gravedad y el 13.33% (n=4) de menor gravedad. El 36.6% de la muestra se distribuyó entre los percentiles 20 y 80.

Se realizó estadística de correlación entre los puntajes obtenidos mediante la escala PANSS y la Escala de Rendimiento Laboral Individual en sus familiares de primer grado obteniendo los siguientes resultados: tras comparar la subescala de síntomas positivos se determinó un coeficiente de Spearman de $r = 0.303$ ($p = 0.05$), la correlación con la subescala de síntomas negativos fue de $r = -0.004$ ($p = 0.51$), y para la subescala de psicopatología general un coeficiente de $r = 0.285$ ($p = 0.06$) (ver figuras 1-3).

Figura 1.- Gráfico de asociación Escala PANSS-P y Escala de Rendimiento Laboral Individual.

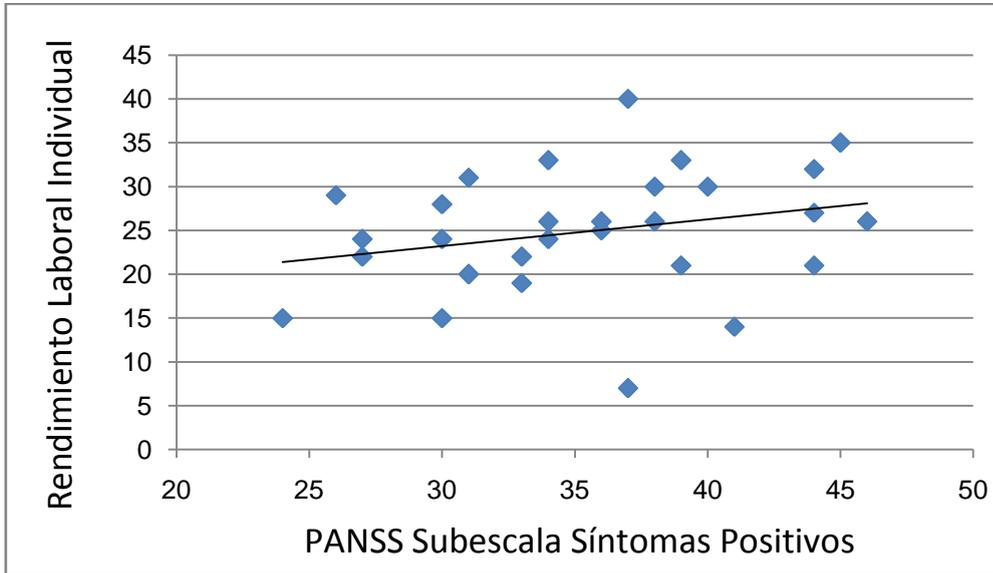


Figura 2.- Gráfico de asociación Escala PANSS-N y Escala de Rendimiento Laboral Individual.

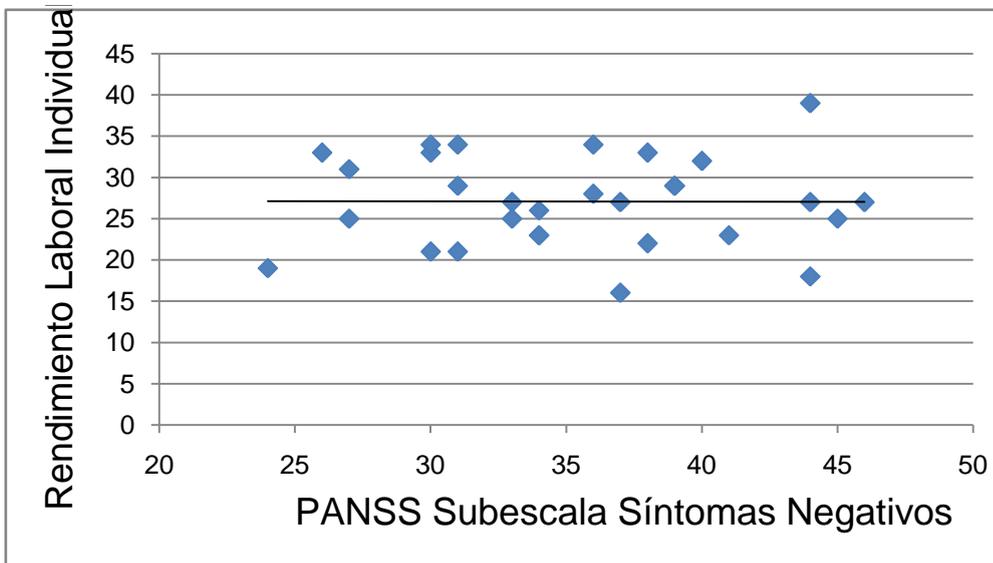
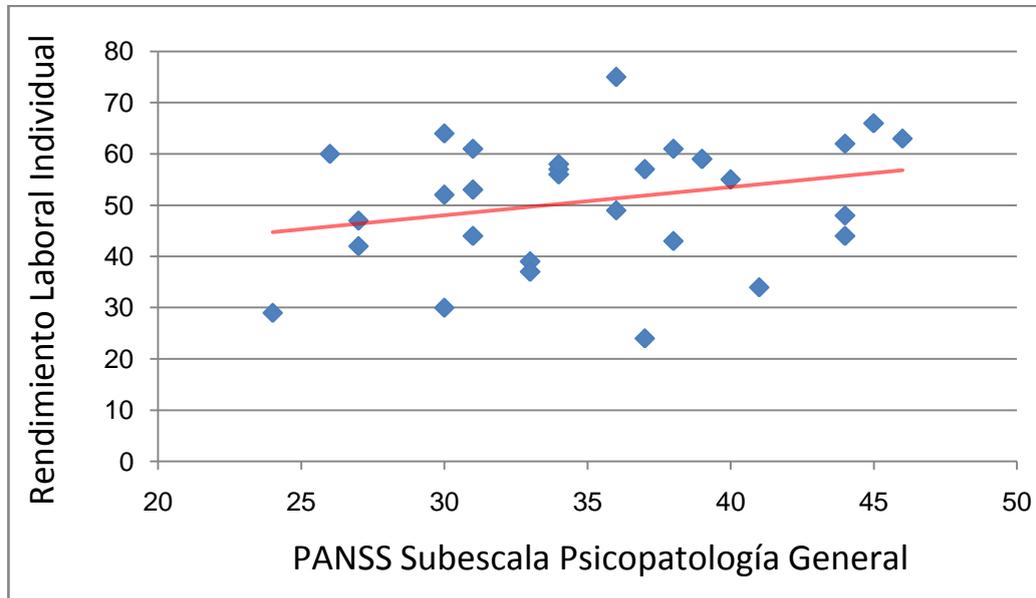


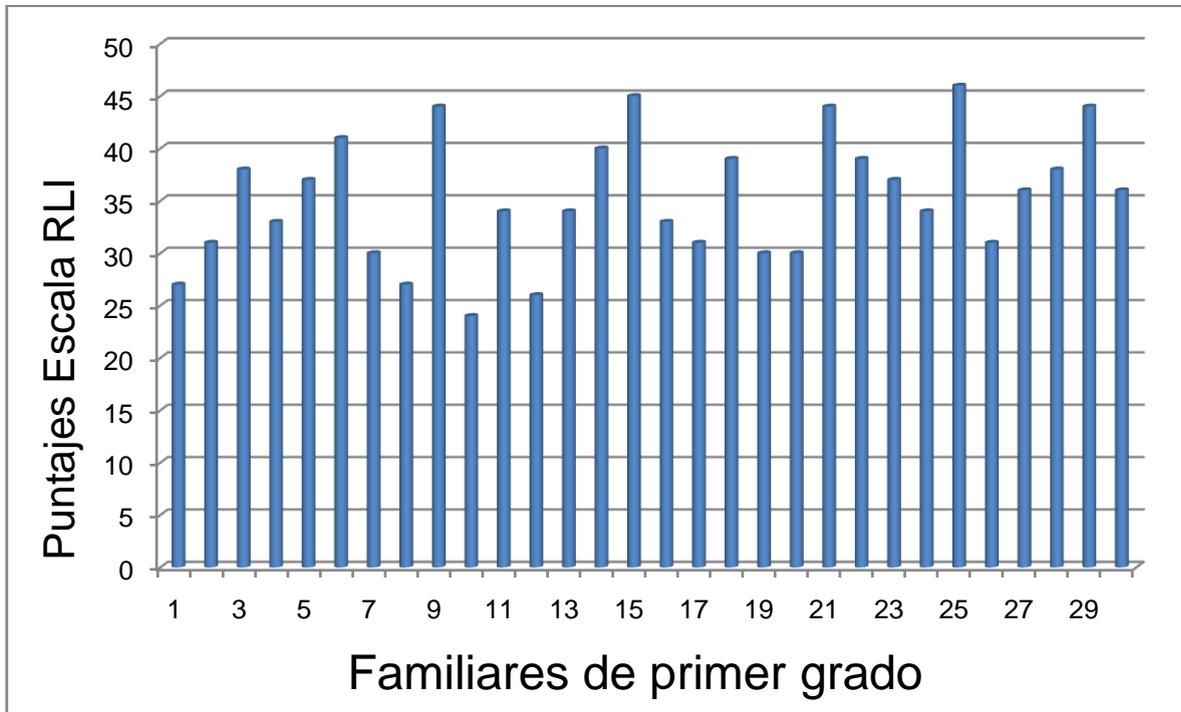
Figura 3.- Gráfico de asociación Escala PANSS-PG y Escala de Rendimiento Laboral Individual.



Se estudió además un total de 30 familiares de primer grado (hermano/a); encontrándose que el 56.6% de la muestra eran hombres (n=17) y el 43.3% (n=13) eran mujeres. El 90% (n=27) estaban empleados al momento del estudio, mientras que el 10% (3) estaban desempleados. En cuanto al estado civil, el 33.3% (n=10) de la muestra estaba soltera y el 66.6% (n=20) tenía un estado civil distinto a la soltería. El 16.67% (n=5) de la muestra tenía escolaridad de primaria, el 20.00% (n=6) secundaria, el 46.67% (n=14) la preparatoria y el 16.67% (n=5) tenía escolaridad de licenciatura. La media de edad fue de 37.2 y la mediana de 36.5.

Tras aplicarse el instrumento de rendimiento laboral individual se obtuvieron los siguientes resultados: la media de los puntajes totales fue de 35.3, la media de la dimensión “rendimiento en la tarea” fue de 15.16, para la dimensión “comportamientos contraproducentes” fue de 6.76 y para la dimensión de “rendimiento en el contexto” fue de 13.36. En la figura 4 se ilustran los puntajes de cada familiar de primer grado entrevistado. Para la interpretación se particionó la muestra en tres, y se asignaron las siguientes categorías: para el tercil superior se determinó la categoría “rendimiento alto”, el tercil central se asignó la categoría “rendimiento moderado” y para el tercil inferior “bajo rendimiento”.

Figura 4.- Gráfico de dispersión de datos de la Escala Rendimiento Laboral Individual.



9. Discusión:

Existen pocos estudios publicados que investiguen la relación entre la sintomatología de pacientes con Esquizofrenia y el rendimiento laboral de sus familiares de primer grado sin psicopatología. Diversos trabajos de investigación han reportado déficits en áreas de funcionamiento (social, laboral y/o académico) en familiares con alto riesgo de conversión a psicosis, sin embargo, también se han demostrado déficits en familiares de primer grado que nunca desarrollan síntomas psicóticos.

Los hallazgos hasta el momento sugieren que las deficiencias en áreas de funcionamiento de un individuo no afectado con Esquizofrenia son independientes entre sí y por lo tanto tienen una evolución distinta, no obstante, es desconocido si éstos tienen una trayectoria específica en relación con estadios o etapas específicas de la enfermedad.

El objetivo principal de este trabajo fue analizar la relación existente entre los síntomas psicóticos de pacientes con Esquizofrenia (gravedad del paciente) medido

con la escala PANSS y el funcionamiento laboral en familiares de primer grado, en este caso, en el hermano/a de mayor cercanía de edad al paciente. Los resultados indican que de acuerdo a los puntajes obtenidos por la escala PANSS y la escala de Rendimiento Laboral Individual existe una correlación positiva entre la gravedad del paciente y el funcionamiento laboral de sus hermanos no afectados, con significancia estadística para las subescalas de síntomas positivos y subescala de psicopatología general. Tras el análisis, también encontramos que la correlación de la subescala de síntomas negativos y el funcionamiento laboral individual fue negativa, sin embargo, no fue estadísticamente significativo; esto, pudiera explicarse con el hecho de que es poco usual que los pacientes sean atendidos en los servicios de salud mental por la presencia o gravedad de síntomas negativos, pudiendo estar sobrerrepresentada una población con mayor incidencia o gravedad de síntomas positivos. De forma interesante, nuestros hallazgos contrastan con el amplio cuerpo de evidencia hasta el momento publicado que indica que la relación implicada generalmente es inversa o negativa, revelando que los dominios de funcionamiento de los familiares de primer grado están afectados a pesar de no tener síntomas psicóticos manifiestos. Los hallazgos de nuestro estudio nos hacen considerar entonces si el factor enfermedad en los pacientes de alguna manera funge como factor protector para los familiares, o si en realidad son otros factores implicados en la correlación positiva que encontramos pero que no fue posible detectar por las características metodológicas del proyecto. Es plausible además, que exista una compleja interacción con factores ambientales que pudieran haber influido en nuestros resultados.

En el estudio publicado por Velthorst y colaboradores²², las trayectorias del funcionamiento laboral, académico y social de los familiares de primer grado a lo largo de 15 años tuvieron una evolución distinta en clara asociación a la sintomatología de los hermanos esquizofrénicos, incluso, se observaron diferentes puntos de empeoramiento en la evolución de los hermanos (independientemente si avanzaron o no a la enfermedad). Además, determinaron que éstas variables tienen un componente heredable, por lo que pudiera ser predecible observar el decaimiento de tales funciones durante el seguimiento a largo plazo. Si bien el componente genético no fue una variable incluida en el estudio de nuestra muestra, es relevante

tomarla en cuenta sobre todo ante el hallazgo de la correlación positiva, ya que genera más preguntas que respuestas que de momento no pueden ser respondidas pero que representan un área a estudiar con mayor profundidad y alcance metodológico.

Secundariamente, describimos las características sociodemográficas tanto de los pacientes como de sus familiares de primer grado. En la práctica clínica, usualmente encontramos que los pacientes poseen un bajo nivel académico, no trabajan y son solteros, en nuestra población observamos la misma tendencia descriptiva, sin embargo, no es posible establecer conclusiones ya que por el diseño del estudio no se utilizó un grupo de individuos sanos para realizar la comparación. En el caso de los familiares, nuevamente observamos características sociodemográficas encontradas en otros estudios de metodología similar (empleados, con mayor nivel académico y no solteros), aunque tampoco es posible llegar a una conclusión estadística.

10. Limitaciones y/o nuevas perspectivas de la investigación:

La primera limitación a considerar es la naturaleza exploratoria del proyecto, debido a la escasa literatura que aborde un análisis de correlación entre las variables incluidas para este trabajo, se determinó una muestra estándar de 30 pacientes para estudios piloto. Sin duda, una cantidad mayor de individuos pudiera demostrar un tamaño de efecto distinto o un resultado diferente al encontrado en nuestra población. Otra limitación es la calidad transversal del estudio, ya que la mayor parte de los trabajos que analizan las variables de funcionamiento psicosocial tienen un seguimiento retrospectivo o prospectivo, entonces el estudio en un solo momento del tiempo pudiera representar un sesgo para el análisis de nuestra muestra. Respecto a los instrumentos utilizados podemos considerar lo siguiente: por una parte, la escala PANSS, si bien está basada en un constructo clínico universal y generalizable y su validez ha sido ampliamente demostrada, su aplicación ha sido pensada para ser utilizada en protocolos de investigación farmacológica por personal de salud mental con entrenamiento previo, lo que pudiera impactar en la validez y confiabilidad inter-entrevistador. Respecto a su interpretación, es de considerarse que hasta el momento no existe una categorización de gravedad *per se* que se corresponda con

la tabla de percentiles propuesta por Peralta y colaboradores²⁷, por lo que la gravedad de síntomas determinada para nuestra población pudiera considerarse arbitraria. Por otra parte, el instrumento de Rendimiento Laboral, que igualmente ha sido demostrada su validez tanto en su versión original (en inglés y neerlandés) y su versión en español (argentino) es posible que variaciones interculturales pudieran estar implicadas y no pudieron ser detectadas en nuestro estudio. Por otra parte, la cualidad de autoreporte del instrumento agrega también una considerable precaución al momento de interpretar sus resultados, esto debido a factores como poco entendimiento del procedimiento, falta de habilidades introspectivas del individuo y su honestidad al responder el cuestionario. Por último, existen múltiples variables confusoras que no fueron recabadas ni incluidas en el análisis estadístico, tales como el tiempo de evolución de la enfermedad, edad de inicio de la enfermedad, comorbilidades psiquiátricas no registradas en el expediente, tratamientos farmacológicos utilizados en el pasado y al momento de realizar el estudio, entre otras. A pesar de las limitaciones, consideramos que nuestro hallazgo representa un área de interés para futuros estudios que sigan esta línea de investigación, o bien, un objetivo similar con un refinamiento de la metodología que incluya una cantidad mayor de pacientes y familiares, la inclusión de múltiples variables con potencial confusor, así como la implementación de pruebas neuropsicológicas que provean de resultados con mayor peso científico y replicables a otras poblaciones de nuestro país.

11. Conclusiones:

En nuestro estudio, la correlación positiva entre las variables estudiadas indica que a mayor gravedad del paciente, existe un mejor rendimiento laboral individual en el hermano/a de mayor cercanía al paciente. Esto representa una contradicción a la vasta cantidad de literatura en donde se ha demostrado lo contrario, no obstante, considerar la posibilidad de un factor protector abre nuevas posibilidades pronósticas para familiares de primer grado que se encuentren con un alto riesgo de conversión a psicosis.

12. Bibliografía:

- 1.- Caraveo J, Medina-Mora M, Rascón L, Villatoro J, López E, Juárez F et al. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1994;1:22-42.
- 2.- Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet. 2004;36(3):2063-2072.
- 3.- Cannon TD, Kaprio J, Lönqvist J, Huttunen M, Koskenvuo M. The Genetic Epidemiology of Schizophrenia in a Finnish Twin Cohort A Population-Based Modeling Study. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(1):67-74.
- 4.- Keshavan M, Diwadkar V, Montrose D, Stanley J, Pettegrew J. Premorbid characterization in schizophrenia: The Pittsburgh High Risk Study. World Psychiatry. 2004;3(3):163–168.
- 5.- Braff DL, Freedman R, Schork NJ, Gottesman II. Deconstructing schizophrenia: an overview of the use of endophenotypes in order to understand a complex disorder. Schizophr Bull. 2006;3(1):21-32.
- 6.- Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Roberts SA, Janal M, Kestenbaum C, Cornblatt B et al. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: The New York High-Risk Project. Am J Psychiatry. 2000;157(9):1416-1422.
- 7.- Snitz BE, Macdonald AW, Carter CS. Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: a meta-analytic review of putative endophenotypes. Schizophr Bull. 2006;32(1):179-194.
- 8.- Green M., Leitman D. Social Cognition in Schizophrenia. Schizophr Bull. 2008;34(4):670–672.
- 9.- Kelemen O, KØri S, Must A, Benedek G, Janka Z. No evidence for impaired ‘theory of mind’ in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients. Acta Psychiatr Scand. 2004;110:146-149.

- 10.- Sitskoorn MM, Aleman A, Ebisch SJ, Appels MC, Kahn RS. Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2004;71(2-3):285-295.
- 11.- Montag C, Neuhaus K, Lehmann A, Krüger K, Dziobek I, Heekeren HR et al. Subtle deficits of cognitive theory of mind in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;262(3):217-226.
- 12.- Kendler KS, Walsh D. Schizotypal personality disorder in parents and the risk for schizophrenia in siblings. *Schizophr Bull.* 1995;21(1):47-52.
- 13.- Galderisi S, Rossi A, Rocca P, Bertolino A, Mucci A, Bucci P et al. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry.* 2014;13(3):275–287.
- 14.- Foldemo A, Gullberg M, Ek AC, Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(2):133-138.
- 15.- Cannon TD, Matti O, Huttunen, Lonqvist J, Tuulio-Henriksson A, Pirkola T et al. The Inheritance of Neuropsychological Dysfunction in Twins Discordant for Schizophrenia. *Am J Hum Genet.* 2000;67(2):369–382.
- 16.- Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology.* 1998;12(3):426-445.
- 17.- Crow TJ. Temporal lobe asymmetries as the key to the etiology of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1990;16(3):433-443.
- 18.- Woodberry KA, Giuliano AJ, Seidman LJ. Premorbid IQ in schizophrenia: a meta-analytic review. *Am J Psychiatry.* 2008;165(5):579-587.
- 19.- McIntosh AM, Harrison LK, Forrester K, Lawrie SM, Johnstone EC. Neuropsychological impairments in people with schizophrenia or bipolar disorder and their unaffected relatives. *Br J Psychiatry.* 2005;186:378-385.

- 20.- De Wilde OM, Dingemans PM, Bour LJ. Generalized intellectual deficit as an endophenotype in young patients with recent onset schizophrenia and unaffected young siblings. *Am J Psychiatry*. 2008;1:155-161.
- 21.- Shapiro DI, Marenco S, Spoor EH, Egan MF, Weinberger DR, Gold JM. The Premorbid Adjustment Scale as a measure of developmental compromise in patients with schizophrenia and their healthy siblings. *Schizophr Res*. 2009;112(1-3):136-42.
- 22.- Velthorst E, Reichenberg A, Kapara O, Goldberg S, Fromer M, Fruchter E, et al. Developmental Trajectories of Impaired Community Functioning in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):48-55.
- 23.- Koopmans L, Bernaards CM, Hildebrandt VH, Van Buuren S, Van der Beek AJ, De Vet HCW. Development of an individual work performance questionnaire. *Int J Productivity Perform Manage*. 2013;62:6-28.
- 24.- Gabini S, Salessi S. Validación de la escala de rendimiento laboral individual en trabajadores argentinos. *Evaluar*. 2016;16:31-45.
- 25.- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KY, Amorim P, Janavs J, Weiller E. et al. The MINI-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(20):22-33.
- 26.- Hill R. What sample size is enough in internet survey research?. *IPCT J*. 1998; 6(3-4).
- 27.- Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1994;22(4):171-177.

13. Anexos:

1. Anexo 1.- Consentimiento Informado:

Se le invita a participar en el proyecto de investigación “Funcionamiento Laboral en hermanos de pacientes con Esquizofrenia”. La Esquizofrenia es una enfermedad con repercusiones importantes en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, el proyecto al que se le invita tiene como objetivo estudiar la relación entre la gravedad de los síntomas de la enfermedad con la calidad del rendimiento laboral en el hermano/a más cercano en cuanto a la edad. Consideramos que esto pudiera ayudar a identificar familiares en riesgo de padecer la enfermedad y de esta manera intervenir con tratamientos de manera oportuna. La participación en este estudio es completamente voluntaria y en caso de que el paciente no estuviera en condiciones de tomar la decisión, un representante legal pudiera decidir por él. El estudio implica la aplicación de entrevistas de tipo psicológico, realizadas por un profesional de la salud mental. En ningún momento se aplicarán medicamentos o intervenciones que pudieran ser incómodas o nocivas para el paciente y sus familiares, por lo tanto no existen riesgos durante la participación en este estudio.

Los beneficios que se obtendrán en este estudio no serán de tipo económico, la información recabada será utilizada por los médicos psiquiatras para conocer la gravedad de los pacientes a quienes atienden, y además la información será de utilidad para identificar individuos que pudieran beneficiarse con tratamientos si fuera necesario.

La información que obtengamos es absolutamente confidencial y los resultados de las escalas serán utilizados exclusivamente con fines de investigación en nuestra población de pacientes.

Ya que la participación es voluntaria, usted como paciente, representante legal del paciente o familiar del paciente tiene el derecho a retirarse en cualquier momento del estudio, sin consecuencias para usted.

He leído o me ha sido leída la información sobre el estudio que se va a realizar. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y cualquier pregunta que haya hecho ha



sido contestada satisfactoriamente. Doy mi consentimiento de manera voluntaria para participar en el estudio de investigación.

Nombre y firma del médico investigador:

Nombre y firma del paciente o representante legal

Nombre y firma del familiar de primer grado:

Nombre y firma de testigo 1:

Nombre y firma de testigo 2:

2. Anexo 2.- Escala de los Síndromes Positivo y Negativo

MANUAL DE APLICACIÓN DE LA ESCALA DE SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)

La Escala de Síndromes Positivo y Negativo de Esquizofrenia (PANSS) fue diseñada con el propósito de mejorar algunos aspectos de otras escalas como son la evaluación de la severidad de los síntomas, la falta de equilibrio de los reactivos para evaluar síntomas positivos y negativos, la falta de sensibilidad para evaluar los cambios producidos por el tratamiento farmacológico y la falta de medición de psicopatología general y su influencia en la gravedad de los síndromes positivo y negativo (Kay SR,1987). La PANSS consta de 30 reactivos, de los cuales 7 constituyen la Escala Positiva formada por reactivos o elementos que califican síntomas tales como delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia / persecución y hostilidad; 7 de la Escala Negativa que evalúan el afecto adormecido o embotado, la retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática / pasiva, dificultad para pensar en abstracto, dificultad para conversación fluida y pensamiento estereotipado y 16 reactivos que componen la Escala de Psicopatología General que valora síntomas variados como ansiedad, depresión, desorientación, preocupación, etcétera. Cada apartado es calificado en grados de severidad que van del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo) (Kay SR,1987). Además de estas subescalas, encontramos la escala compuesta que sirve para expresar el predominio del síndrome positivo o negativo y el total se obtiene de la diferencia entre los totales de la subescala positiva y negativa. La PANSS incluye un manual de aplicación que contiene preguntas sugeridas para explorar cada síntoma y tiene la definición de cada síntoma y sus respectivos grados de severidad (Kay SR, 1991).

Para calificar la PANSS es necesario que la información que se obtenga en un periodo de tiempo específico, generalmente se toma el de una semana. La información debe derivar de la entrevista clínica, de los reportes del personal encargado del paciente y de los familiares del mismo. Es importante esta variedad de fuentes de información para poder calificar reactivos como el descontrol de impulsos, hostilidad, retirada social-apática / pasiva y evitación social activa. El

tiempo necesario para la evaluación de los otros reactivos es de 30 a 40 minutos de entrevista dividida en 4 fases. Durante la entrevista se pueden observar y calificar reactivos en donde se incluyen manifestaciones físicas (tensión, manierismo y actitud postural, excitación y afecto aplanado), Conducta interpersonal (empatía, cooperación, hostilidad y atención deficiente), proceso cognitivo-verbal (desorganización conceptual, pensamiento estereotipado y dificultad para la conversión fluida), contenido del pensamiento (grandiosidad, preocupaciones somáticas, culpabilidad y delirios) y en respuesta a preguntas dirigidas (desorientación, ansiedad, depresión y pensamiento abstracto) (Kay RS, 1987).

En base a los grados de severidad se obtiene una puntuación total de cada subescala (Síntomas Positivos, Síntomas Negativos y Psicopatología General) y una global, siendo la calificación mínima de 30 puntos y la máxima de 210 puntos en la calificación global. La escala no cuenta con un punto de corte, se considera que una puntuación de 60 ó más puntos indica la presencia de psicopatología que requiere de atención. En los estudios farmacológicos donde se ha aplicado la PANSS se utiliza como criterio de presencia y severidad de psicopatología una calificación total de por lo menos 15 puntos en la PANSS para elementos positivos, con una calificación de por lo menos 4 en uno o más de los siguientes elementos:

- Delirios.
- Desorganización Conceptual.
- Comportamiento Alucinatorio.
- Susplicacia/persecución.

Para evaluar la severidad de los síntomas negativos se sigue el siguiente criterio: una calificación total de por lo menos 15 puntos en la PANSS para elementos negativos, con una calificación de por lo menos 4 en uno o más de los siguientes elementos: Afecto adormecido o embotado, Retirada Emocional, Disminución de la Empatía, Retirada Social apática / pasiva.

Se considerará que falta PANSS total para cualquier paciente si faltan más de tres reactivos por contestar. Si faltan tres o menos reactivos, el PANSS total basado en

los elementos no faltantes se multiplicará por 30 y luego se dividirá entre el número de elementos no faltantes. En caso de que falte cualquier elemento dentro de las subescalas se considerarán faltantes las calificaciones de estas.

En estudios farmacológicos se ha establecido como respuesta al tratamiento una reducción del 50 % de la calificación total con respecto a la calificación total basal de una escala como la PANSS o la BPRS. La respuesta parcial se ha acordado en una reducción del 20 % al 30 % (Marder SR,1994), sin embargo esto dependerá de los criterios utilizados en cada estudio. Para poder obtener el % de mejoría con la BPRS y la PANSS se emplea la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{PANSS BASAL} - \text{PANSS TOTAL}}{\text{PANSS BASAL}} \times 100$$

La escala compuesta es el valor que se obtiene al restar la subescala positivo y la subescala de síntomas negativos, lo que nos permite conocer el tipo de síntomas que predomina en un paciente.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL PANSS

P1. Delirios. Creencias que son infundadas, idiosincráticas y están fuera de la realidad.

El contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y la conducta.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: La patología es cuestionable, puede encontrarse dentro del extremo superior de los límites normales.
3. Leve. Presencia de una o dos ideas delirantes, las cuales son vagas, no estructuradas y son defendidas tenazmente. Las ideas delirantes no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
4. Moderado: Presencia de ideas delirantes inestables, múltiples y pobremente estructuradas o unas cuantas ideas delirantes estructuradas que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, relaciones sociales o la conducta.
5. Moderadamente Severo Presencia de numerosas ideas delirantes bien estructuradas que se sostienen tenazmente y ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
6. Severo: Presencia de un grupo estable de ideas delirantes que están estructuradas, posiblemente sistematizadas, irreductibles a la lógica y que interfiere claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
7. Extremo: La presencia de un grupo estable de ideas delirantes las cuales están altamente estructuradas o son muy numerosas y que dominan la mayoría de las facetas de la vida del paciente. Esto, frecuentemente, resulta en actos irresponsables o inapropiados que eventualmente podrían poner en riesgo la seguridad del paciente o de otros.

P2. Desorganización Conceptual. Proceso de desorganización del pensamiento caracterizado por la alteración en la secuencia para alcanzar metas, por ejemplo,

circunstancialidad, tangencialidad, pérdida de asociaciones ilógicas o bloqueos del pensamiento.

Los procesos cognitivo-verbales observados durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: El pensamiento es circunstancial, tangencial y paralógico. Existe alguna dificultad para dirigir el pensamiento hacia una meta y bajo presión puede ser evidente alguna pérdida de asociaciones.
4. Moderado: El paciente puede enfocar sus ideas cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero se torna irrelevante o disgregado cuando se trata de comunicaciones más complejas o bajo una presión mínima.
5. Moderadamente Severo: Generalmente tiene dificultad para organizar su pensamiento, como se evidencia por frecuentes irrelevancias o desconexiones, o por la pérdida de asociaciones aun cuando no está bajo presión.
6. Severo: El pensamiento está seriamente disgregado y existe inconsistencia, resultando en irrelevancias gruesas o interrupción del proceso del pensamiento, lo que ocurre casi constantemente.
7. Extremo: El pensamiento está alterado hasta el punto que el paciente es incoherente. Existe una marcada pérdida de asociaciones, que resulta en una falla total de la comunicación, por ejemplo, “ensalada de palabras” o mutismo.

P3. Conducta Alucinatoria. Reporte verbal o conductas que indican percepciones que no son generadas por estímulos externos. Puede ocurrir en términos visuales, olfatorios, auditivos o somáticos.

Reporte verbal o manifestaciones conductuales durante el curso de la entrevista así como los reportes de la conducta por el equipo de enfermería o la familia.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Una o dos alucinaciones claramente constituidas pero poco frecuentes o también, cierto número de percepciones anormales vagas que no provocan distorsiones del pensamiento a la conducta.

4. Moderado: Las alucinaciones ocurren frecuente pero no continuamente, y el pensamiento y la conducta del paciente se afectan de una manera mínima.

5. Moderadamente Severo: Las alucinaciones son frecuentes, pueden involucrar más de una modalidad sensorial y tienden a distorsionar el pensamiento y/o alterar la conducta. El paciente puede tener una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y en ocasiones también verbalmente.

6. Severo: Las alucinaciones están presentes casi continuamente, causando alteraciones mayores del pensamiento y la conducta. El paciente las maneja como percepciones reales, y su funcionamiento se encuentra alterado por las frecuentes respuestas emocionales y verbales a ellas.

7. Extremo: El paciente se encuentra prácticamente absorto con las alucinaciones, las que virtualmente domina en el pensamiento y la conducta. A las alucinaciones se les da una interpretación delirante rígida y provocan respuestas verbales y conductuales, incluyendo obediencia de las alucinaciones imperativas.

P4. Excitación. Hiperactividad que se refleja en una conducta motora acelerada, un incremento en la respuesta estímulos, hipervigilancia y una excesiva labilidad emocional.

Las manifestaciones conductuales durante el curso de la entrevista así como los reportes de la conducta por el personal de enfermería o los familiares.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse dentro del límite superior normal.

3. Leve: Tiende a estar ligeramente agitado, hipervigilante o levemente excitado durante la entrevista, pero sin episodios claros de excitación o marcada labilidad emocional. El discurso puede ser ligeramente rápido.

4. Moderado: La agitación o excitación son claramente evidentes en la entrevista, afectando el discurso y la movilidad general, o pueden ocurrir episodios de agitación esporádicos.

5. Moderadamente Severo: Se observan hiperactividad significativa o crisis de actividad motora, haciendo difícil para el paciente permanecer sentado por un período más largo que varios minutos en cualquier momento.

6. Severo: Una excitación marcada domina la entrevista, limita la atención y en algún grado afecta las funciones personales, tales como el sueño o la alimentación.

7. Extremo: Excitación marcada que interfiere seriamente con el sueño y la alimentación y hace que las relaciones interpersonales sean virtualmente imposibles. La velocidad del discurso y la actividad motora pueden resultar en incoherencia y agotamiento.

P5. Grandiosidad. Un autoconcepto exagerado y una convicción irreal de superioridad, incluyendo ideas delirantes acerca de habilidades extraordinarias, riquezas, conocimiento, fama, poder y virtud moral.

El contenido del pensamiento manifestado durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: La patología es cuestionable; se encuentra en el límite superior de la normalidad.

3. Leve: Son evidentes algo de expansividad y de jactancia pero no existen ideas delirantes de grandeza claras.

4. Moderado: El paciente se siente distinto e irrealmente superior a los demás. Pueden estar presentes algunas ideas delirantes pobremente estructuradas

acerca de un “status” o habilidades especiales pero el paciente no actúa en consecuencia.

5. Moderadamente Severo: Se expresan ideas delirantes bien definidas concernientes a habilidades especiales, “status” o poder e influyen en la actitud pero no en la conducta.

6. Severo: Se refieren ideas delirantes bien definidas acerca de una superioridad marcada que involucran más de un parámetro (riqueza, conocimiento, fama, etc.), influyen notablemente en las interacciones y puede actuarse en consecuencia.

7. Extremo: El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominadas por múltiples ideas delirantes de habilidades maravillosas, riqueza, fama, poder, conocimiento o virtudes morales, que pueden tener una cualidad bizarra.

P6. Susplicacia/Persecución. Ideas irreales o exageradas de persecución, reflejadas por desconfianza, una actitud suspicaz, hipervigilancia o francas ideas delirantes acerca de que otros desean dañarlo a uno.

El contenido del pensamiento expresado durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse dentro del límite superior de la normalidad

3. Leve: Se muestra precavido o más aún tiene una actitud abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta están afectadas de manera mínima.

4. Moderado: La desconfianza es evidente e interfiere con la entrevista y/o en la conducta, pero no existe evidencia de ideas delirantes de persecución. Alternativamente, pueden existir indicios de ideas delirantes de persecución pobremente estructuradas, pero no se observa que afecten la actitud del paciente ni sus relaciones interpersonales.

5. Moderadamente Severo: El paciente muestra una marcada desconfianza, lo que redundará en una mayor alteración de las relaciones interpersonales, o bien hay ideas delirantes de persecución bien definidas que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la conducta.

6. Severo: Ideas delirantes de persecución estructuradas y arraigadas, las cuales pueden estar sistematizadas e interfieren en forma significativa con las relaciones interpersonales.

7. Extremo: Un conglomerado de ideas delirantes sistematizadas de persecución domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del paciente.

P7. Hostilidad. Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento incluyendo sarcasmo, conducta pasiva-agresiva, abuso verbal y agresión abierta.

Conducta interpersonal observada durante la entrevista y reportes del equipo de enfermería o de la familia.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; pueden encontrarse dentro del extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Comunicación indirecta o contenida de ira, tales como sarcasmo, falta de respeto, expresiones de hostilidad e irritabilidad ocasional.

4. Moderado: Presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando irritabilidad frecuente y expresiones directas de ira o resentimiento.

5. Moderadamente Severo: El paciente se irrita fácilmente y ocasionalmente amenaza o agrede verbalmente.

6. Severo: La falta de cooperación y la agresión verbal o las amenazas influyen notablemente la entrevista y tienen un serio impacto en las relaciones sociales. El paciente puede ser violento y destructivo pero no es agresivo físicamente contra los demás.

7. Extremo: Una ira marcada ocasiona una falta de cooperación extrema, impide otras interacciones, o se presentan episodios de agresión física en contra de otros.

Escala Negativa (N).

N1. Aplanamiento Afectivo. Una disminución en la respuesta emocional que se caracteriza por una reducción de las expresiones faciales, de la modulación de los sentimientos y los gestos de comunicación.

Observación de las manifestaciones físicas del tono afectivo y la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Los cambios en la expresión facial y los gestos de comunicación parecen falsos, artificiales, forzados o con falta de modulación.
4. Moderado: Una reducción en el rango de la expresividad facial y los escasos gestos de comunicación resultan en una experiencia embotada.
5. Moderadamente Severo: El afecto es generalmente aplanado, solo con cambios ocasionales en la expresión facial y una pobreza en los gestos de comunicación.
6. Severo: La mayor parte del tiempo se exhibe un marcado aplanamiento y una deficiencia de emociones. Puede haber descargas afectivas sin modulación, tales como excitación, rabia o una risa inapropiada e incontrolable.
7. Extremo: Los cambios en la expresión facial y la evidencia de gestos de comunicación están virtualmente ausentes. Los pacientes muestran constantemente una expresión árida o de “palo”.

N2. Distanciamiento Emocional. Falta de interés en involucramiento con compromiso afectivo hacia los eventos de la vida.

Reportes del funcionamiento por parte del equipo de enfermería o de la familia y las observaciones de la conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
 2. Mínimo: Patología cuestionable o se encuentra en el extremo superior de los límites normales.
 3. Leve: Generalmente muestra una falta de iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés deficiente en los eventos de su entorno.
 4. Moderado: Generalmente el paciente se encuentra emocionalmente distante de su medio y sus desafíos pero, si se le anima puede lograrse que participe.
 5. Moderadamente Severo: Claramente el paciente está desprendido emocionalmente de las personas y de los eventos de su medio, resiste todos los esfuerzos para animarlo o participar. El paciente parece distante, dócil y apático pero puede involucrarse en la comunicación breves períodos y atiende sus necesidades personales, algunas ocasiones necesita asistencia.
 6. Severo: Una deficiencia marcada del interés y del compromiso emocional ocasiona una conversación limitada con los otros y frecuentemente desatiende sus necesidades personales, por lo tanto el paciente requiere supervisión.
 7. Extremo: El paciente está totalmente retraído, incomunicado y descuida sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.
- N3. "Rapport" Pobre. Falta de empatía interpersonal, de comunicación abierta, sensación de intimidad, interés o involucramiento con el entrevistador. Esto es evidenciado por una distancia interpersonal y una reducida comunicación tanto verbal como no verbal.

La conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en los extremos superiores de los límites normales.

3. Leve: La conversación está caracterizada por un tono artificial, forzado o fingido. Puede carecer de profundidad emocional o el paciente tiende a permanecer en un plano intelectual e impersonal.

4. Moderado: Típicamente el paciente es reservado, guarda una distancia interpersonal bastante evidente. El paciente puede responder a las preguntas de una manera mecánica, actuar de una manera aburrida o expresar desinterés.

5. Moderadamente Severo: La falta de interés es obvia y claramente impide una entrevista productiva. El paciente tiende a evitar el contacto visual.

6. Severo: El paciente es muy indiferente, con una marcada distancia interpersonal.

Las respuestas son superficiales y hay poca evidencia de comunicación no verbal. El paciente evita frecuentemente el contacto visual.

7. Extremo: El paciente está totalmente alejado del entrevistador. Parece estar completamente indiferente y consistentemente evita las interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. Retirada Social Apática/Pasiva. Existe una disminución en el interés y la iniciativa en las interacciones sociales debido a la pasividad, apatía, anergia y abulia. Esto lleva a una reducción en las relaciones interpersonales y a un descuido de las actividades de la vida diaria.

Los reportes del equipo de enfermería y de los familiares.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en las actividades sociales, pero su iniciativa es pobre. Usualmente solo participa con otros cuando ellos se aproximan primero.

4. Moderado: Participa pasivamente en la mayoría de las actividades sociales en una forma desinteresada y mecánica. Tiende a permanecer en el anonimato.

5. Moderadamente Severo: Participa pasivamente en un mínimo de actividades sociales y muestra una total falta de interés o iniciativa. Generalmente permanece poco tiempo con otros.

6. Severo: Tiende a la abulia y al aislamiento, participando muy raramente en actividades sociales y ocasionalmente descuida sus necesidades personales. Tiene muy pocos contactos sociales espontáneos.

7. Extremo: Profundamente apático, socialmente aislado y negligente con sus necesidades personales.

N5 Dificultad para pensar en abstracto. Alteración en el uso de la forma de pensamiento abstracto-simbólico, que se evidencia por la dificultad en clasificar, formar generalizaciones y operar más allá de un pensamiento egocéntrico o concreto en la solución de problemas.

Las respuestas a las preguntas acerca de semejanzas e interpretación de refranes y el uso de un modo de pensamiento abstracto o concreto durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: La patología es cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Responde en forma literal o personalizada a los refranes más difíciles y puede tener algunos problemas con conceptos muy abstractos o remotamente relacionados.

4. Moderado: A menudo utiliza el pensamiento concreto. Tiene dificultad con la mayoría de los refranes y algunas categorías. Tiende a fijarse en aspectos funcionales o características sobresalientes.

5. Moderadamente Severo: Funciona primariamente con pensamiento concreto, tiene dificultades con la mayoría de los refranes y muchas categorías.

6. Severo: Es incapaz de comprender el significado abstracto de cualquier refrán o expresión figurada y sólo puede formular clasificaciones para las semejanzas más simples. El pensamiento está vacío o encerrado en los aspectos funcionales, las características sobresalientes y las interpretaciones idiosincráticas.

7. Extremo: Puede usar solamente formas concretas de pensamiento, no comprende refranes, metáforas comunes o semejanzas ni categorías simples. Tampoco las características sobresalientes o funcionales le sirven como base para la clasificación. Esta definición puede aplicarse a aquellos que no pueden interactuar, ni mínimamente, con el examinador debido a un marcado déficit cognitivo.

N6 Falta de espontaneidad y fluidez en la conversación. Es una reducción en la fluidez normal de la comunicación asociada con apatía, abulia, actitud defensiva o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución en el flujo y la productividad de los procesos de interacción verbal.

Los procesos cognitivo-verbales observados durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable, puede encontrarse en los extremos superiores de los límites normales.

3. Leve: La conversación muestra poca iniciativa. Las respuestas del paciente tienden a ser breves y concretas, requiriéndose preguntas directas a iniciativa del entrevistador.

4. Moderado: La conversación carece de una fluidez y parece no equitativa e interrumpida. Se necesitan más frecuentemente las preguntas directivas para obtener respuestas adecuadas y continuar con la conversación.

5. Moderadamente Severo: El paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, responde a las preguntas del entrevistador con sólo una o dos frases breves.

6. Severo: Las respuestas del paciente se limitan únicamente a unas cuantas palabras o frases cortas, intentando evitar o interrumpir la comunicación (por

ejemplo “no lo sé”, “no estoy en libertad de decirlo”). La conversación es pobre y la entrevista es poco productiva.

7. Extremo: La comunicación verbal está restringida, cuando más, a un balbuceo ocasional, haciendo la comunicación imposible.

N7 Pensamiento estereotipado. Una disminución de la fluidez, espontaneidad y flexibilidad del pensamiento, evidenciado por un contenido del pensamiento rígido, repetitivo o árido.

Los procesos cognitivo-verbales durante la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Muestra algo de rigidez en sus actitudes o creencias. El paciente puede rehusar a considerar posiciones alternativas o tiene dificultad para pasar de una idea a otra.

4. Moderado: La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando en una dificultad para cambiar a un nuevo tópico.

5. Moderadamente Severo: El pensamiento es rígido y repetitivo hasta el punto en que, a pesar de los esfuerzos del entrevistador, la conversación está limitada a solo dos o tres tópicos dominantes.

6. Severo: Una repetición incontrolable de demandas, aseveraciones, ideas o preguntas que altera severamente la conversación.

7. Extremo: El pensamiento, la conducta y la conversación están dominadas por la repetición constante de ideas fijas o frases limitadas, ocasionando que la comunicación del paciente se encuentre restringida, sea inapropiada o sumamente rígida.

Escala General de Psicopatología

G1. Preocupación Somática. El paciente refiere quejas físicas o creencias acerca de una disfunción o enfermedad somática. Estas pueden variar desde una vaga sensación de enfermedad hasta ideas delirantes bien definidas acerca de una enfermedad física catastrófica.

El contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Preocupación identificable acerca de la salud o de los órganos corporales, evidenciada por preguntas ocasionales y el deseo de asegurarse de estar sano.
4. Moderado: Quejas acerca de una salud precaria o de una disfunción orgánica, pero no existe una convicción delirante y la preocupación excesiva puede ser reductible a la lógica.
5. Moderadamente Severo: El paciente expresa numerosas o frecuentes quejas acerca de una enfermedad física o una disfunción orgánica, o puede revelar una o dos ideas delirantes bien definidas que se refieran a esos temas pero no está preocupado por ellas.
6. Severo: El paciente está preocupado por una o dos ideas delirantes bien definidas acerca de una enfermedad física o disfunción orgánica, pero el afecto no está completamente inmerso en esos temas y el pensamiento puede desviarse de estos temas con algún esfuerzo del entrevistador.
7. Extremo: Refiere numerosas y frecuentes ideas delirantes somáticas o solo unas cuantas de naturaleza catastrófica, las cuales dominan totalmente el afecto y el pensamiento del paciente.

G2. Ansiedad. Experiencia subjetiva de nerviosismo, inquietud, aprehensión o intranquilidad, que varía desde una preocupación excesiva acerca del presente o del futuro hasta sentimientos de pánico.

Los reportes verbales durante la entrevista y las manifestaciones físicas correspondientes.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Expresa algo de inquietud preocupación o intranquilidad subjetiva, pero no se reportan, o se observan, manifestaciones somáticas o conductuales.
4. Moderado: El paciente reporta varios síntomas de nerviosismo, los cuales se reflejan en manifestaciones físicas leves, como temblor fino de manos o sudoración excesiva.
5. Moderadamente Severo: El paciente refiere serios problemas de ansiedad que tiene consecuencias conductuales y físicas significativas tales como tensión marcada, concentración pobre, palpitaciones o alteraciones del sueño.
6. Severo: Estado subjetivo de miedo casi constante asociado con fobias, marcada intranquilidad o numerosas manifestaciones somáticas.
7. Extremo: La vida del paciente se encuentra seriamente alterada por la ansiedad la cual está presente casi constantemente y en ocasiones alcanza proporciones de pánico o se manifiesta por verdaderos ataques de pánico.

G3. Sentimientos de culpabilidad. Sensación de remordimiento o de culpa por faltas reales o imaginarias cometidas en el pasado.

Bases para la calificación. Reportes verbales de sentimientos de culpa durante el curso de la entrevista y la influencia en la conducta o los pensamientos.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: El cuestionamiento descubre un sentimiento de culpa vago por un incidente menor, pero el paciente no se observa claramente preocupado.

4. Moderado: El paciente expresa una preocupación definida acerca de su responsabilidad en un incidente real en su vida, pero no está preocupado por éste y su conducta y actitud no se encuentran afectadas.

5. Moderadamente Severo: El paciente expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o la creencia de que él merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener un fondo delirante, pueden ser una fuente de preocupación y de humor depresivo que no puede ser aliviado fácilmente por el entrevistador.

6. Severo: Ideas intensas de culpa que adquieren una calidad delirante y se manifiestan en actitudes de desesperanza y minusvalía. Los pacientes creen que deberían recibir fuertes sanciones por las faltas y pueden considerar su vida habitual como un castigo.

7. Extremo: La vida del paciente está dominada por ideas delirantes de culpa estructuradas por las que siente que merece un castigo drástico como cadena perpetua, tortura o la muerte. Pueden estar asociadas a ideas suicidas o el atribuir los problemas de otros al pasado del paciente.

G4. Tensión. Manifestaciones físicas claras de miedo, ansiedad y agitación, tales como rigidez, temblor, sudoración profusa e intranquilidad.

Reporte verbal que manifiesta ansiedad y por consiguiente, la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable, puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: La postura y los movimientos indican una ligera inquietud, como rigidez leve, intranquilidad ocasional, cambios de posición o un temblor fino y rápido de las manos.

4. Moderado: La apariencia de nerviosismo se sustenta en varias manifestaciones tales como conducta inquieta, temblor obvio, sudoración profusa o manierismos nerviosos.

5. Moderadamente Severo: Una tensión pronunciada se evidencia por numerosas manifestaciones, como temblor nervioso, sudoración profusa e intranquilidad pero la evolución de la entrevista no está significativamente afectada.

6. Severo: La tensión es pronunciada a tal punto que las interacciones interpersonales se encuentran alteradas. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, ser incapaz de permanecer sentado unos instantes o mostrar datos de hiperventilación.

7. Extremo: La tensión marcada se manifiesta por signos de pánico o aceleración motora gruesa como un caminar rápido y una incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, ocasionando que la conversación sea imposible.

G5. Manerismos y postura. Movimientos o posturas no naturales, caracterizadas por una apariencia torpe, extraña, desorganizada o bizarra.

Observación de las manifestaciones físicas durante la entrevista así como los reportes de enfermería o de la familia.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Ligera torpeza de los movimientos o una rigidez leve en la postura.

4. Moderado: Los movimientos son notablemente torpes o desarticulados, o una postura no natural se mantiene por períodos breves.

5. Moderadamente Severo: Se observan en forma ocasional rituales bizarros o posturas contorsionadas, o se mantiene una postura normal por períodos de tiempo largos.

6. Severo: Existe una repetición frecuente de rituales extraños, manierismos o movimientos estereotipados; o bien se mantiene una postura extraña por largos períodos de tiempo.

7. Extremo: El funcionamiento se encuentra seriamente alterado porque el paciente se encuentra involucrado, únicamente, en realizar movimientos estereotipados, rituales o manierismos; también mantiene casi constantemente una postura no natural.

G6. Depresión. Sentimientos de tristeza, desaliento, desesperanza y pesimismo.

Reportes verbales de afecto deprimido durante la entrevista o sus efectos sobre las actitudes y la conducta.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Expresa algo de tristeza y desaliento solamente cuando se le pregunta, pero no existen evidencias de depresión en la conducta y en la actitud general.

4. Moderado: Claros sentimientos de tristeza y desesperanza, los cuales pueden manifestarse espontáneamente aunque afecto deprimido no tiene mayor impacto sobre la conducta o el funcionamiento social y usualmente, el paciente puede ser animado.

5. Moderadamente Severo: Un afecto claramente deprimido que puede estar asociado con tristeza, pesimismo, falta de interés social, retardo psicomotor y alguna alteración del sueño o el apetito. El paciente no puede ser animado con facilidad.

6. Severo: Un marcado humor depresivo asociado con claros sentimientos de miseria, llanto ocasional, desesperanza y minusvalía. Además, se agrega una mayor interferencia con el apetito y/o el sueño así como las funciones motoras y sociales; es posible el autodescuido.

7. Extremo: Los sentimientos depresivos afectan seriamente la mayor parte de las funciones. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, síntomas somáticos pronunciados, alteración de la concentración, retardo psicomotor, desinterés social, autodescuido, ideas delirantes depresivas o nihilistas y/o pensamientos o acciones suicidas.

G7 Retardo Motor. Es una reducción de la actividad motora reflejada en una lentitud de los movimientos y el discurso, una reducida respuesta a estímulos y un tono corporal disminuido.

Las manifestaciones durante el curso de la entrevista así como los reportes del personal de enfermería o la familia.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable, puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Una disminución leve, pero notoria, en la velocidad de los movimientos y el discurso. El paciente puede encontrarse, algunas veces, improductivo en la conversación y en los gestos.
4. Moderado: Se observa el paciente con una clara lentitud de movimientos y el discurso puede ser caracterizado por una baja productividad, incluyendo una larga latencia a las respuestas, pausas prolongadas y marcha lenta.
5. Moderadamente Severo: La reducción marcada en la actividad motora ocasiona una comunicación muy poco productiva o limita el funcionamiento en las situaciones laborales y sociales. Generalmente puede encontrarse al paciente sentado o acostado.
6. Severo: Los movimientos son extremadamente lentos originando una actividad y discursos mínimos. Pasa la mayor parte del día sentado o acostado.
7. Extremo: El paciente permanece casi completamente inmóvil y virtualmente no responde a los estímulos externos.

G8 Falta de Cooperación. Rechazo activo a cumplir con las demandas de otros incluyendo al entrevistador, personal de enfermería o la familia que puede estar asociado con desconfianza, actitud defensiva, obstinación, negativismo, rechazo a la autoridad, hostilidad y beligerancia.

La conducta interpersonal observada durante la entrevista así como los reportes del personal de enfermería o la familia.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Muestra una conducta de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede objetar en forma inofensiva cuando se le presiona durante la entrevista.
4. Moderado: Franco rechazo ocasional a cumplir con las demandas sociales normales, tales como hacer su cama, atender a los programas de terapia, etc. El paciente puede proyectar hostilidad, actitud negativa o defensiva pero, generalmente puede trabajarse con él.
5. Moderadamente Severo: El paciente frecuentemente está inconforme con las demandas de su medio y puede ser catalogado por otros como un desadaptado o como “con graves problemas de conducta”. La falta de cooperación está reflejada en una obvia actitud defensiva o irritable con el entrevistador y una posible falta de voluntad para contestar muchas preguntas.
6. Severo: El paciente es muy poco cooperador, negativista y, posiblemente, también beligerante. Rehúsa cumplir con la mayoría de las demandas sociales y puede ser renuente a iniciar o concluir la entrevista completa.
7. Extremo: La resistencia activa tiene un impacto serio sobre todas las áreas mayores de funcionamiento. El paciente puede rehusar a unirse a alguna actividad social, a cuidar su higiene personal, a conversar con la familia o el personal y a participar, aún en forma breve, en una entrevista.

G9. Contenido inusual del pensamiento. El pensamiento está caracterizado por ideas extrañas, fantásticas o absurdas, variando desde ideas que son remotas o atípicas hasta otras que son patentemente absurdas ilógicas y distorsionadas.

El contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: El contenido del pensamiento es algo peculiar e idiosincrático, o expresa ideas familiares en un contexto extraño.
4. Moderado: Las ideas son frecuentemente distorsionadas, ocasionalmente son absurdas.
5. Moderadamente Severo: El paciente expresa muchos pensamientos extraños y fantásticos (por ejemplo, es el hijo adoptivo de un rey; es un escape de la muerte) o unas cuantas que son francamente absurdas, (tiene cientos de hijos; recibe mensajes de radio, del espacio exterior mediante un palillo de dientes).
6. Severo: El paciente expresa muchas ideas ilógicas y absurdas o algunas que son francamente bizarras (tiene tres cabezas; es un visitante de otro planeta).
7. Extremo: El pensamiento está repleto de ideas absurdas, bizarras y grotescas.

G10. Desorientación. Pérdida de la conciencia de uno y su relación con el medio, incluyendo persona, lugar y tiempo, la cual puede deberse a confusión o supresión sensorial.

Las respuestas de la entrevista acerca de la orientación.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: La orientación general es adecuada pero existe alguna dificultad con datos específicos. Por ejemplo, el paciente sabe su localización pero no la dirección, conoce el nombre del personal, pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con los días siguientes o falla en la fecha por más de dos días. Existe una reducción del interés evidenciada por una familiaridad con lo inmediato del medio pero no con lo extremo, por ejemplo, puede conocer al personal pero no al gobernador o al presidente.

4. Moderado: Obtiene un éxito parcial en el reconocimiento de personas, lugares y tiempo. Por ejemplo, el paciente sabe que está en un hospital pero no conoce su nombre, conoce el nombre de la ciudad pero desconoce el estado, sabe el nombre de su terapeuta principal pero no el de otros de sus cuidadores primarios, sabe el año y la estación pero no está seguro del mes.

5. Moderadamente Severo: Falla considerablemente en el reconocimiento de personas, lugares y tiempo. El paciente tiene solo una vaga noción del lugar en el que se encuentra y desconoce a la mayoría de la gente de su entorno. Puede identificar el año correctamente pero no sabe el mes, el día de la semana ni la estación.

6. Severo: Falla marcadamente en el reconocimiento de personas, lugares y tiempo. Por ejemplo, el paciente desconoce el lugar donde se encuentra, confunde la fecha por más de un año, puede nombrar solo a uno o dos de sus conocidos.

7. Extremo: El paciente parece completamente desorientado en persona, lugar y tiempo. Existe una confusión extrema o total ignorancia acerca de su localización, el año y aún de la gente más familiar tales como los padres, esposa, amigos y terapeuta principal.

G11. Atención deficiente. Falla para focalizar la atención manifestada por una pobre concentración, distractibilidad por estímulos externos o internos y una dificultad para captar, sostener o cambiar a nuevos estímulos.

Las manifestaciones durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: La concentración limitada se manifiesta por distractibilidad ocasional o falta de atención hacia el final de la entrevista.
4. Moderado: La conversación está afectada por la tendencia a distraerse con facilidad, la dificultad para sostener la concentración por un tiempo prolongado sobre un nuevo tópico, o problemas para cambiar la atención a nuevos temas.
5. Moderadamente Severo: La conversación se encuentra seriamente alterada por una pobre concentración, distractibilidad y dificultad para cambiar la atención en forma apropiada.
6. Severo: La atención del paciente puede ser captada sólo por breves momentos o con grandes esfuerzos, debido a una marcada distractibilidad por estímulos externos e internos.
7. Extremo: La atención está seriamente alterada y aún la más breve conversación es imposible.

G12. Falta de juicio y discernimiento. Falla en la conciencia o en la comprensión de la propia condición psiquiátrica y de su situación vital. Esto se pone en evidencia al ser incapaz de reconocer una enfermedad psiquiátrica pasada o presente o sus síntomas, la negación de la necesidad de hospitalización o tratamiento psiquiátrico; la toma de decisiones está caracterizada por una pobre anticipación de las consecuencias y una planeación irreal a corto y largo plazo.

El contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Reconoce tener un trastorno psiquiátrico pero claramente subestima su seriedad, las implicaciones del tratamiento o la importancia de tomar medidas para evitar una recaída. La planeación a futuro esta pobremente concebida.

4. Moderado: El paciente reconoce vagamente su enfermedad. Existen fluctuaciones en el reconocimiento de estar enfermo y tiene poca conciencia de los síntomas mayores que están presentes como ideas delirantes, pensamiento desorganizado, suspicacia y aislamiento social. El paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento alegando el alivio de síntomas menores como ansiedad, tensión y dificultades del sueño.

5. Moderadamente Severo: Reconoce una enfermedad pasada pero no la presente. Si se le fuerza puede reconocer la presencia de algunos síntomas poco relacionados o irrelevantes, los cuales tienden a ser explicados por malas interpretaciones o ideas delirantes. De forma similar la necesidad de tratamiento psiquiátrico puede no ser reconocida.

6. Severo: El paciente niega tener un trastorno psiquiátrico. El niega la presencia de algún síntoma psiquiátrico pasado o presente, y, por lo tanto, la necesidad de tratamiento y hospitalización.

7. Extremo: Niega enfáticamente una enfermedad psiquiátrica pasada o presente. El tratamiento y la hospitalización actual tiene una interpretación delirante (es un castigo por sus faltas, una persecución de sus atormentadores, etc.) y el paciente puede rehusarse a cooperar con el terapeuta, la medicación y otros aspectos del tratamiento.

G13. Alteración de la voluntad. Es un disturbio en el deseo, la iniciación, el sostenimiento y el control de los propios pensamientos, de la conducta, de los movimientos y del discurso.

El contenido del pensamiento y la conducta manifestada durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Existe alguna evidencia de indecisión en la conversación o en el pensamiento, lo que puede impedir los procesos verbales y cognitivos en un grado leve.

4. Moderado: El paciente a menudo es ambivalente y muestra una clara dificultad para tomar decisiones. La conversación puede estar marcada por alteraciones en el pensamiento y, en consecuencia, las funciones verbales y cognitivas están claramente alteradas.

5. Moderadamente Severo: La alteración de la voluntad interfiere en el pensamiento así como en la conducta. El paciente muestra una indecisión pronunciada que le impide la iniciación y continuación de las actividades motoras y sociales, lo cual también puede evidenciarse por un discurso vacilante.

6. Severo: La alteración de la voluntad interfiere en la ejecución de las conductas motoras más simples y automáticas, tales como vestirse y asearse; el discurso está afectado marcadamente.

7. Extremo: La casi completa alteración de la voluntad se manifiesta por una inhibición gruesa de los movimientos y el discurso, resultando en la inmovilidad y/o el mutismo.

G14. Pobre control de impulsos. El desorden en la regulación y el control de la acción de los impulsos resulta en una descarga de tensión y de emociones mal dirigida, súbita, poco modulada y arbitraria sin preocuparse por las consecuencias.

Conducta durante la entrevista y los reportes de enfermería y la familia.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: El paciente fácilmente se muestra frustrado o enojado cuando se le provoca o se le niega una gratificación, pero raramente actúa en forma impulsiva.

4. Moderado: El paciente se muestra enojado y agresivo verbalmente a la mínima provocación. Ocasionalmente puede ser amenazante, destructivo o tener uno o dos episodios de una confrontación física o una pelea menor.

5. Moderadamente Severo: El paciente exhibe repetidos episodios de impulsividad que involucran abuso verbal, destrucción de la propiedad o amenazas físicas. Puede existir uno o dos episodios de enfrentamiento serio por los cuales el paciente ameritó aislamiento, sujeción física o sedación.

6. Severo: El paciente frecuentemente es agresivo, amenazante, demandante y destructivo, sin una aparente consideración de las consecuencias. Muestra una conducta violenta y puede ser agresivo sexualmente y posiblemente responda a alucinaciones imperativas.

7. Extremo: El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conducta autodestructiva. Requiere supervisión directa constante o restricciones externas a causa de la imposibilidad de controlar sus impulsos peligrosos.

G15. Preocupación. El paciente se encuentra absorto en sus pensamientos y sentimientos, con experiencias autistas que alteran su juicio de realidad y su conducta adaptativa.

Las conductas interpersonales observadas durante la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: La patología es cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Involucramiento excesivo con las necesidades y los problemas personales, tanto que la conversación gira en torno de temas egocéntricos y hay una disminución de la importancia concedida a otros.

4. Moderado: El paciente ocasionalmente parece absorto, como si estuviera en un sueño o involucrado con experiencias internas, las cuales interfieren con la comunicación en forma mínima.

5. Moderadamente Severo: A menudo el paciente parece estar inmerso en experiencias autistas, como se evidencia por su conducta que significativamente altera las funciones sociales y comunicativas, tales como la presencia de una mirada vaga, soliloquios o la realización de patrones motores estereotipados.

6. Severo: Una marcada preocupación con experiencias autistas, las que limitan seriamente la concentración, la habilidad para conversar y la orientación en el medio. El paciente frecuentemente puede observarse sonriendo, riendo, musitando, con soliloquios o gritándose a sí mismo.

7. Extremo: Se encuentra completamente absorto por experiencias autistas las que afectan profundamente todas las formas de conductas. El paciente constantemente puede responder en forma verbal o conductual a las alucinaciones y muestra poca conciencia de otra gente o del medio externo.

G16. Evitación social activa. El involucramiento social se encuentra disminuido y puede estar asociado con miedo, hostilidad o disgusto.

Reportes del funcionamiento social por la enfermería o por la familia.

1. Ausente: La definición no es aplicable.

2. Mínimo: Patología cuestionable; puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: El paciente se observa incómodo ante la presencia de otros y prefiere permanecer sólo; aunque participa en las funciones sociales cuando se le requiere.

4. Moderado: El paciente atiende de mala gana todas o la mayoría de las actividades sociales pero puede necesitar ser persuadido o terminarlas prematuramente a causa de la ansiedad, suspicacia y hostilidad.

5. Moderadamente Severo: El paciente responde con miedo y coraje ante muchas de las interacciones sociales y a pesar de los esfuerzos de otros para hacerlo participar. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo.

6. Severo: El paciente participa en muy pocas actividades sociales a causa del miedo, la hostilidad o el disgusto. Cuando alguien se aproxima el paciente muestra una fuerte tendencia a evitar las interacciones y generalmente permanece aislado de los otros.

7. Extremo: El paciente no puede participar en actividades sociales a causa de un miedo intenso, hostilidad o ideas delirantes de persecución. Tanto como le sea posible, evita todas las interacciones y permanece aislado.

ESCALA DE SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO PARA LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)

Nombre: _____

____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

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

1) SUBESCALA POSITIVA

P1 Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2 Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3 Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4 Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5 Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6 Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1 Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4 Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N5 Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6 Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGÍA GENERAL

G1 Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7

G4 Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manierismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7 Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9 Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11 Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12 Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA	TOTAL	PERCENTIL
Positiva	_____	_____
Negativa	_____	_____
Psicopatología General	_____	_____
TOTAL		_____

Tabla de conversión de las puntuaciones brutas de la PANSS en percentiles*

Percentil	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-C	PANSS-PG
95	38	43	19	61
90	35	41	17	56
85	34	38	14	55
80	33	36	12	53
75	31	35	10	52
70	30	34	8	50
65	29	32	7	48
60	28	29	6	47
55	27	27	4	46
50	26	25	1	45
45	25	24	-2	44
40	24	23	-4	42
35	23	21	-6	41
30	22	20	-8	40
25	21	19	-10	38
20	20	17	-12	36
15	17	13	-14	34
10	14	11	-17	32
5	12	9	-24	28

3. Anexo 3.- Escala de Rendimiento Laboral Individual.-

El presente cuestionario forma parte de una investigación cuyo objetivo se orienta a relevar las opiniones de los trabajadores acerca de algunos aspectos de su trabajo. Su colaboración es muy valiosa para el éxito de nuestro proyecto. Sólo le pedimos que responda con sinceridad, ya que:

- ✓ la encuesta es anónima
- ✓ es completamente confidencial
- ✓ no existen respuestas correctas o incorrectas

A continuación encontrará un conjunto de oraciones referidas a las actitudes y sentimientos que la gente tiene acerca de su trabajo o de las posibilidades que su trabajo le brinda. Le pedimos que indique en qué medida cada oración refleja lo que usted siente o piensa de su trabajo, empleando la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Ni una cosa ni otra	Casi siempre	Siempre

- ✓ responda marcando una “X” en el número que mejor refleje su opinión
- ✓ seleccione sólo una opción por cada oración
- ✓ no deje respuestas sin contestar

Por ejemplo, si su respuesta es “**Nunca**”, marque una X en el número 1.

Si su respuesta es “**Casi siempre**”, ponga la X en el número 4.

En los últimos tres meses...

		1	2	3	4	5
1	En mi trabajo, tuve en mente los resultados que debía lograr	<input type="checkbox"/>				
2	Seguí buscando nuevos desafíos en mi trabajo	<input type="checkbox"/>				

3	Agrandé los problemas que se presentaron en el trabajo	<input type="checkbox"/>				
4	Trabajé para mantener mis habilidades laborales actualizadas	<input type="checkbox"/>				
5	Me concentré en los aspectos negativos del trabajo, en lugar de enfocarme en las cosas positivas	<input type="checkbox"/>				
6	Fui capaz de hacer bien mi trabajo porque le dediqué el tiempo y el esfuerzo necesarios	<input type="checkbox"/>				
7	Me quejé de asuntos sin importancia en el trabajo	<input type="checkbox"/>				
8	Mi planificación laboral fue óptima	<input type="checkbox"/>				
9	Participé activamente de las reuniones laborales	<input type="checkbox"/>				
10	Planifiqué mi trabajo de manera tal que pude hacerlo en tiempo y forma	<input type="checkbox"/>				
11	Trabajé para mantener mis conocimientos laborales actualizados	<input type="checkbox"/>				
12	Se me ocurrieron soluciones creativas frente los nuevos problemas	<input type="checkbox"/>				
13	Comenté aspectos negativos de mi trabajo con mis compañeros	<input type="checkbox"/>				

Por favor, no ponga su nombre en el cuestionario, sólo marque la opción correspondiente a la siguiente información:

EDAD : _____

ESCOLARIDAD

Primaria

Secundaria

Universitario

Otro

ESTADO CIVIL

Soltero/a

Casado/a

SEXO

Varón

Mujer

Muchas gracias por su colaboración.

4. Anexo 4.- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacio (MINI International Neuropsychiatric Interview

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)		299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante		296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCOLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)		296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)			
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)		300.4	F34.1
	Riesgo: leve moderado alto			
D EPISODIO MANÍACO	Actual		296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado			
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual		296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Pasado		300.01/300.21	F40.01- F41.0
	Actual (último mes)			
F AGORAFOBIA	De por vida		300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual			
	Actual (último mes)		300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)		300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)		309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses		303.9	F10.2x
	Últimos 12 meses			
K ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses		305.00	F10.1
	Últimos 12 meses		304.00-.90/305.20-	F11.1-F19.1

SUSTANCIAS (no alcohol)	meses	.90	
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Ultimos 12 meses	304.00-.90/305.20- .90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	295.10- 295.90/297.1 297.3/293.81/293.8 2	F20.xx-F29
	Actual	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIV A	Actual	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD	Actual (últimos 6 meses)	300.02	F41.1
GENERALIZADA TRASTORNO P ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	301.7	F60.2

1.1 MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SÍ** SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

		Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.		EXTRAÑOS		
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:	NO	SÍ		11
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → L8b	12

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

L7 a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:	NO	SÍ	14
L8 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10 b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO	SÍ	
L12	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO	SÍ	18
L13 a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ	
b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/ exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SÍ	19

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.