



Entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo

Comprehensive assessment of at risk mental states (CAARMS)

Versión extraída de:

Yung A, Philips L, Simmons MB, Ward J, Thompson K, French P y McGorry P. CAARMS
Comprehensive Assesment Of At Risk Mental States. Melbourne PACE. 2006

Versión original:

A.Yung, L. Philips, M.B. Simmons, J. Ward, K.Thompson, P. French, P. McGorry, Yung AR, Yuen H.P., McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell-Olio M, Francey S, Cosgrave E, Killackey E, Stanford C, Godfrey K y Buckby J.
Mapping the onset of psychosis: The Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS).
Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2005, 39:, 964-971

CAARMS
COMPREHENSIVE ASSESMENT OF AT RISK MENTAL STATES
EVALUACIÓN INTEGRAL DE ESTADOS MENTALES DE RIESGO

A.Yung, L. Philips, M.B. Simmons, J. Ward, K.Thompson, P. French, P. McGorry

Nombre _____
ID _____
Evaluador/a _____
Fecha _____/_____/_____

The PACE Clinic
ORYGEN Research Centre
University of Melbourne
Department of Psychiatry
Parkville Vistoria, Australia

©2006 Yung, Philips, Simmons, Ward, Thompson, French, McGorry

VISIÓN GENERAL DE LA CAARMS

Objetivos:

- Determinar si una persona cumple criterios de estado de "Riesgo Extremo" (*Ultra High Risk*).
- Descartar o confirmar criterios de psicosis aguda.
- Trazar el desarrollo psicopatológico y funcional, en el tiempo, en jóvenes con un riesgo extremo (*Ultra High Risk*) de psicosis.

Estructura de la CAARMS:

- Las puntuaciones se obtiene mediante subescalas que contemplan diferentes áreas psicopatológicas y de funcionamiento. De dichas puntuaciones es posible obtener información referente a los objetivos descritos anteriormente.

Visión General de los Síntomas y el Funcionamiento - Cambio Longitudinal:

- En la primera entrevista (no en las de seguimiento), la CAARMS pretende obtener una visión general de la historia del cambio desde el estado premórbido en la persona entrevistada. Debe utilizarse toda la información disponible.
- Registre el momento en que se apreció el primer cambio- fecha y edad de la persona entrevistada en años:

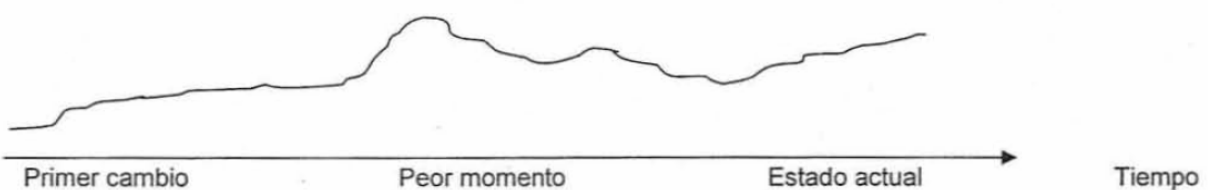
Fecha:

Edad:

- Apunte los primeros síntomas o signos desde el inicio:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Visión general del curso desde ese momento - trace una línea temporal, por ejemplo:



- Línea temporal actual:



INDICE

1. SÍNTOMAS POSITIVOS	1
1.1. CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO.....	1
1.2 IDEAS NO BIZARRAS.....	3
1.3 ANOMALÍAS PERCEPTIVAS.....	5
1.4 LENGUAJE DESORGANIZADO.....	7
2. CAMBIO COGNITIVO - ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN	9
2.1 EXPERIENCIA SUBJETIVA (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBER)	9
2.2 CAMBIO COGNITIVO OBSERVADO	11
3. ALTERACIÓN EMOCIONAL	12
3.1 ALTERACIÓN EMOCIONAL SUBJETIVA (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBER)	12
3.2 APLANAMIENTO AFECTIVO OBSERVADO	14
3.3 AFECTO INAPROPIADO OBSERVADO.....	15
4. SINTOMAS NEGATIVOS	16
4.1 ALOGIA.....	16
4.2 ABULIA/APATÍA (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)	17
4.3 ANHEDONIA.....	18
5. CAMBIO CONDUCTUAL	19
5.1 AISLAMIENTO SOCIAL.....	19
5.2 DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO EN EL ROL SOCIAL	20
5.3 CONDUCTA DESORGANIZADA/EXTRAÑA/ ESTIGMATIZANTE	21
5.4 CONDUCTA AGRESIVA/PELIGROSA.....	22
6. CAMBIOS MOTORES/FÍSICOS	23
6.1 QUEJAS SUBJETIVAS DE DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO MOTOR (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBER)	23
6.2 CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO MOTOR INFORMADOS U OBSERVADOS	24
6.3 QUEJAS SUBJETIVAS SOBRE DETERIORO DE LA SENSACIÓN CORPORAL (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)	25
6.4 QUEJAS SUBJETIVAS DE DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)	26
7. PSICOPATOLOGÍA GENERAL	27
7.1 MANÍA.....	27
7.2 DEPRESIÓN	29
7.3 SUICIDALIDAD Y CONDUCTA AUTOLESIVA.....	31
7.4 OSCILACIONES AFECTIVAS/LABILIDAD.....	32
7.5 ANSIEDAD.....	33
7.6 SÍNTOMAS DE TOC.....	34
7.7 SÍNTOMAS DISOCIATIVOS.....	35
7.8 DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA AL ESTRÉS HABITUAL (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)	36
8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
9. UMBRAL DE PSICOSIS/ UMBRAL DE TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO	38

1. SÍNTOMAS POSITIVOS

1.1. CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO

Humor Delirante y Perplejidad (“Ideas no Cristalizadas”)

- ¿Ha tenido la sensación de que está sucediendo algo extraño que no logra explicarse? ¿Cómo es?
- ¿Se siente confundido/a? ¿Nota extraños los entornos familiares?
- ¿Siente que ha cambiado de alguna manera?
- ¿Siente que las demás personas, o el mundo, han cambiado de algún modo?

Ideas de Referencia

- Ideas de Referencia: ¿Ha sentido que las cosas que han estado ocurriendo a su alrededor tienen un significado especial, o que la gente ha estado intentando hacerle llegar mensajes? ¿A qué se parece? ¿Cómo empezó?

Ideas Bizarras (“Ideas Cristalizadas”)

- Haber tenido pensamientos, sentimientos, impulsos: ¿Ha sentido que alguien, o algo, fuera de usted, ha estado controlando sus pensamientos, sentimientos, acciones o impulsos?
- Pasividad Somática: ¿Tiene sensaciones corporales extrañas? ¿Sabe qué las causa? ¿Podrían deberse a otras personas o a fuerzas externas?
- Inserción del pensamiento: ¿Ha sentido que ideas o pensamientos, que no son suyos, han sido introducidos en su cabeza? ¿Cómo sabe que no son suyos? ¿De dónde provienen?
- Robo del pensamiento: ¿Ha sentido alguna vez que sus ideas o pensamientos han sido extraídos de su cabeza? ¿Cómo ocurre?
- Difusión del pensamiento: ¿Se difunden sus pensamientos de manera que otras personas sepan lo que piensa?
- Lectura del pensamiento: ¿Puede la gente leer su mente?

**CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO
ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL**

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Psicótico y Grave
No muestra contenido inusual del pensamiento.	Elaboración leve de creencias convencionales como podría hacerlo una parte de la población.	Vaga sensación de que algo es diferente, o de que algo no va del todo bien en el mundo, la sensación de que las cosas han cambiado pero sin concretarlo bien. La persona no se siente concernida/preocupada por esta experiencia.	Sentimiento de perplejidad. Mayor sensación de incertidumbre en relación con dichos pensamientos que en 2.	Ideas referenciales de que ciertos acontecimientos, objetos o personas tienen un significado particular e inusual. La persona siente que sus experiencias pueden provenir de algo externo a ella. Creencia no sostenida con convicción, es capaz de cuestionarla. No determina un cambio en la conducta.	Pensamientos inusuales con contenido totalmente original y altamente improbable. La persona puede dudar (no los sostiene con convicción delirante), o no los mantiene todo el tiempo. Puede afectar levemente a la conducta.	Pensamientos inusuales con contenido original y altamente improbable sostenido con convicción delirante (sin dudas). Puede tener un marcado impacto en la conducta.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

Nivel de Malestar (En relación a los síntomas)

0 Ningún malestar									100 Malestar extremo
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------

1.2 IDEAS NO BIZARRAS

Ideas No Bizarras (“Ideas Cristalizadas”)

- Susplicacia. Ideas de Persecución: ¿Hay alguien que esté molestándole o tratando de hacerle daño? ¿Siente como si la gente hubiera estado hablando de usted, riéndose, u observándole? ¿Cómo es? ¿Cómo ha llegado a saberlo?
- Ideas de Grandeza: ¿Ha estado sintiendo como si fuera especialmente importante o que posee poderes que otras personas no tienen?
- Ideas Somáticas: ¿Ha tenido la sensación de que algo extraño sucede en su cuerpo que no puede explicarse? ¿Cómo es? ¿Siente que su cuerpo ha cambiado de alguna manera, o que hay algún problema con su forma?
- Ideas de Culpa: ¿Siente que merece castigo por algo que ha hecho mal?
- Ideas Nihilistas: ¿Ha sentido alguna vez que usted o una parte de usted no existiera o hubiera muerto? ¿Ha sentido alguna vez que el mundo no existiera?
- Ideas de Celos: ¿Es usted una persona celosa? ¿Le preocupan las relaciones que su pareja mantiene con otras personas?
- Ideas Religiosas: ¿Es usted muy religioso/a? ¿Ha tenido experiencias religiosas?
- Ideas Erotománicas: ¿Hay alguna persona enamorada de usted? ¿Quién? ¿Cómo lo ha sabido?
¿Le corresponde usted?

IDEAS NO BIZARRAS- ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Psicótico y Grave
Ausencia de ideas no bizarras.	Cambios sutiles que podrían basarse en la realidad. Ej. Marcada conciencia de sí mismo	Incrementada conciencia de sí mismo. Ej. La persona tiene la sensación de que le miran o hablan de ella, o sensación de incremento de su importancia. La persona es capaz de cuestionarlo.	Pensamientos extraños o inusuales, pero cuyo contenido es del todo inverosímil, pudiendo haber una evidencia lógica. Mayor evidencia que en el grado 4. El contenido del pensamiento no es original. Ej. Celos, leve paranoia.	Creencias claramente idiosincráticas que, aunque posibles, sean desarrolladas sin evidencia lógica. Menor evidencia que en el grado 3. Ej. Pensamientos de que otras personas desean hacerle daño, que pueden ser fácilmente descartados. Pensamientos de poseer poderes especiales, que pueden ser fácilmente descartados.	Pensamientos inusuales (no sostenidos con convicción delirante), o que la persona no los mantiene todo el tiempo. Puede producir algún cambio menor de conducta.	Pensamientos inusuales cuyo contenido es original y altamente improbable, sostenido con convicción delirante (sin dudas). Pueden tener un marcado impacto sobre la conducta.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

Nivel de Malestar (En relación a los síntomas)

0 Ningún malestar										100 Malestar extremo
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------

1.3 ANOMALÍAS PERCEPTIVAS

Cambios Visuales

- Distorsiones, ilusiones: ¿Ha cambiado la forma en que ve las cosas? ¿Le parecen las cosas, de alguna manera, diferentes o anormales? ¿Han aparecido alteraciones en el color, o en el brillo de los objetos (las cosas aparecen más brillantes o más mates)? ¿Aparecen alteraciones en el tamaño y en la forma de los objetos? ¿Parece que los objetos estén en movimiento?
- Alucinaciones: ¿Tiene visiones, o ve cosas que puede que no estén realmente aquí? ¿Ve cosas que otros no pueden o no parecen ver? ¿Qué ve? Cuando ve estas cosas, ¿como de reales le parecen? ¿Se da cuenta en ese momento de que no son reales o sólo después?

Cambios Auditivos

- Distorsiones, ilusiones: ¿Hay algún cambio en la manera en como suenan las cosas? ¿Los sonidos son de alguna manera diferentes, o anormales? ¿Le parece que la audición es más aguda, o que ha aumentado su sensibilidad? ¿Le parece que su capacidad auditiva ha disminuido, o ha perdido agudeza?
- Alucinaciones: ¿Ha oído cosas que puede que no estén realmente aquí? ¿Oye cosas que otras personas no parecen oír (como sonidos o voces)? ¿Qué oye? Cuando oye estas cosas, ¿cómo de reales le parecen? ¿Se da cuenta en ese momento de que no son reales o sólo después?

Cambios Olfativos

- Distorsiones, ilusiones: ¿Le parece que su sentido del olfato es diferente, más o menos intenso de lo habitual?
- Alucinaciones: ¿Huele cosas que los demás no perciben? Cuando esto sucede, ¿le parecen reales esos olores? ¿Se da cuenta en ese momento de que no son reales o sólo después?

Cambios Gustativos

- Distorsiones, ilusiones: ¿Le parece que su sentido del gusto es diferente, como más o como menos intenso de lo habitual?
- Alucinaciones: ¿Ha experimentado algún sabor extraño en su boca? Cuando esto sucede, ¿cómo de real le parece? ¿Se da cuenta en ese momento de que no son reales o sólo después?

Cambios Táctiles

- Distorsiones, ilusiones, alucinaciones: ¿Ha experimentado alguna vez sensaciones extrañas sobre o bajo su piel? Cuando esto sucede, ¿cómo de reales le parecen? ¿Se da cuenta en ese momento de que no son reales o sólo después?

Cambios Somáticos

NOTA: Estas preguntas también se utilizan para puntuar el Deterioro de las Sensaciones Corporales, pág. 26.

- Distorsiones, ilusiones: ¿Ha experimentado sensaciones extrañas en su cuerpo? (ej. sentir que partes de su cuerpo han cambiado de alguna manera, o que funcionan de modo distinto).
- ¿Siente/piensa que hay algún problema en alguna parte o en la totalidad de su cuerpo, por ejemplo que se ve distinto/a a otras personas, o que es de alguna manera diferente? ¿Cómo de real le parece esto?
- Alucinaciones: ¿Ha notado algún cambio en sus sensaciones corporales, como incremento o disminución de intensidad? ¿O sensaciones corporales inusuales como presiones, dolores, ardores, entumecimientos, vibraciones?

ANOMALÍAS PERCEPTIVAS- ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Psicótico y Grave
No experimenta anomalías perceptivas.		Percepciones agudizadas o empobrecidas, distorsiones, ilusiones (por ej. Luces/sombras). No especialmente molesto. Experiencias hipnagógicas/hipnopómpicas	Más experiencias desconcertantes: Distorsiones/ilusiones más intensas y vivida, murmullos confesos, etc. La persona está insegura de la naturaleza de dichas experiencias. Capaz de desestimarlas No inquietantes. Desrealización / despersonalización	Experiencias más claras que en 3, tales como ser llamada por su nombre, oír sonar el teléfono, etc., pero fugaces/transitorias. Es capaz de dar una explicación plausible de estas experiencias. Pueden asociarse con leve malestar.	Verdaderas alucinaciones, por ej. Oír voces o conversaciones, sentir que algo toca su cuerpo. La persona es capaz de cuestionar sus experiencias con esfuerzo. Pueden producir temor o asociarse con algún malestar.	Verdaderas alucinaciones que la persona considera reales en el momento de experimentarlas y también después. Pueden causar intenso malestar.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio ○ De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio ○ Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio ○ Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

Nivel de Malestar (En relación a los síntomas)

0 Ningún malestar										100 Malestar extremo
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------

1.4 LENGUAJE DESORGANIZADO

NOTA: Estas preguntas también se utilizan para puntuar Alogia, pág. 16

Cambio subjetivo

- ¿Ha tenido dificultades al hablar, o problemas de habilidad para comunicarse con la gente?
- ¿Ha tenido problemas para encontrar la palabra adecuada en el momento apropiado?
- ¿Utiliza palabras que no vienen al caso, o que son totalmente irrelevantes?
- ¿Se ha encontrado yéndose por la tangente al hablar sin llegar nunca al asunto? ¿Es un cambio reciente?
- ¿Se da cuenta de estar hablando de cuestiones irrelevantes, o saliéndose del tema?
- ¿Tienen a veces otras personas dificultad para entender lo que está intentando decir, o para transmitir su mensaje?
- ¿Se encuentra a veces repitiendo las palabras de los demás?
- ¿Ha tenido que utilizar gestos o mímica para comunicarse debido a problemas para transmitir su mensaje? ¿Cómo de desagradable ha sido?
- ¿Le ha causado esto deseos de permanecer en silencio y no decir nada?

Evaluación Objetiva del Lenguaje Desorganizado

- ¿Resulta difícil seguir lo que la persona dice debido al uso de palabras incorrectas, a su circunstancialidad y tangencialidad?
- La persona es vaga, demasiado abstracta o concreta? ¿Se pueden sintetizar sus respuestas?
- ¿Suele salirse del tema y perderse al hablar? ¿Parece tener dificultad para encontrar las palabras adecuadas?
- ¿Repite palabras que usted ha utilizado o adopta palabras extrañas (o no palabras) en el curso de una conversación normal?

LENGUAJE DESORGANIZADO - ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Psicótico
Discurso lógico, normal, no desorganización, no problemas de comunicación o de comprensión.		Dificultades subjetivas leves, por ej. Problemas para hacerse entender. No perceptible por otros.	Algo vago, alguna evidencia de circunstancialidad, o irrelevancia en el discurso. Sensación de no ser entendido.	Clara evidencia de habla y pensamiento levemente desconectados. Asociación de ideas más bien tangencial. Mayor sensación de frustración en la conversación.	Marcada circunstancialidad o tangencialidad en el habla pero responde estructurándose en la entrevista. Puede tener que recurrir a gestos o a mímica para comunicarse.	Ausencia de coherencia, habla ininteligible, dificultad significativa para seguir el curso del pensamiento. Pérdida de asociaciones en el habla.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

Nivel de Malestar (En relación a los síntomas)

0 Ningún malestar										100 Malestar extremo
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------

2. CAMBIO COGNITIVO - ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN

2.1 EXPERIENCIA SUBJETIVA (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBER)

Problemas de Atención y Concentración

- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse (dificultades para escuchar a otros, ver la televisión, leer)?
- ¿Le cuesta mucho esfuerzo pensar o concentrarse en algo?

--

Problemas de Atención Selectiva

- ¿Le resulta difícil prestar atención a una sola cosa?
- ¿Se distrae con facilidad por otras cosas?
- ¿Se ha sentido abrumado/a, o confundido/a por lo que sucede a su alrededor?

--

Problemas Formales del Pensamiento

NOTA: Ver también Alogia, pág. 16

- ¿Alguna vez le ha parecido que sus pensamientos se han detenido, bloqueado o desaparecido (por ej. "trances" o "quedarse en blanco")? ¿Podría describirlo detalladamente?
- ¿Ha experimentado alguna vez pensamientos acelerados, confusos o embrollados?
- ¿Le ha parecido que, además de su pensamiento, parecían detenerse, también, su atención, su audición, su visión, su memoria, su habla o sus movimientos?
- ¿Ha perdido alguna vez su sentido de identidad personal? ¿Cuál cree que ha sido la causa?

--

Dificultades de Comprensión

- ¿Tiene dificultad para seguir lo que otras personas están diciendo?
- ¿Necesita alguna vez que le repitan las frases, en especial si son largas?
- ¿Algunas veces no entiende figuras retóricas o semejantes?
- ¿Supone esto un cambio para usted, o siempre ha tenido dificultades para ello?
- ¿Ha tenido alguna vez dificultad para captar el tono emocional de las conversaciones (por ej. no reconocer el sarcasmo o la ironía)?
- ¿Le resulta difícil comprender formas no verbales de la comunicación, por ej. gestos? ¿Hasta qué punto le molesta?

--

Problemas de Memoria

NOTA: Ver también Síntomas Disociativos, pág. 36

- ¿Ha tenido problemas de memoria?
- ¿Ha sentido alguna vez como si tuviera grandes lagunas en su memoria?
- ¿Están presentes siempre, o aparecen y desaparecen? ¿Ha notado si los problemas de memoria aparecen en momentos de estrés?

--

CAMBIO COGNITIVO SUBJETIVO - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay dificultad subjetiva en concentración /atención.	La persona es conciente de algunos cambios, pero tal vez atribuibles a factores externos. La persona tiene dificultad en precisar los cambios.	Leve, pero con problemas definidos, por ej. Alguna dificultad para concentrarse al leer o al mirar la TV. Concentrase requiere un mayor esfuerzo O Leves dificultades de memoria, pero pasajeras.	Sensación subjetiva de pensamientos embrollados, confusos, acelerados o enlentecidos, dificultad para entender conversaciones. Episodios ocasionales de bloqueo del pensamiento O Problemas de memoria más evidentes pero que no interfieren el funcionamiento cotidiano.	Sensación subjetiva de ser incapaz de pensar adecuadamente, de confusión, o incapacidad de comprender a otras personas. Episodios más frecuentes de bloqueo del pensamiento O Problemas de memoria que dificultan la conversación con frecuentes cambios de asunto.	Marcada pérdida de atención, con sensación, algunas veces de estar confuso y abrumado, distraído por otras cosas del entorno. Episodios frecuentes de bloqueo del pensamiento O Los problemas de memoria son apreciados por otras personas, malestar.	La persona manifiesta extrema dificultad para concentrarse en la entrevista. Se debe suspender la entrevista debido a la imposibilidad del paciente para concentrarse o por grave bloqueo del pensamiento Graves problemas de memoria.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

2.2 CAMBIO COGNITIVO OBSERVADO

Falta de Atención Observada Durante la Entrevista

- La persona parece distraída, ausente durante la entrevista, no capta el tema durante una discusión, cambia el foco de atención.
- La atención puede desviarse hacia algún sonido de la habitación contigua, hacia objetos de la habitación, hacia la ropa del/de la entrevistador/a, etc.

Distracción Observada Durante la Evaluación del Estado Mental

- La persona muestra una pobre ejecución en las pruebas de funcionamiento intelectual a pesar de disponer de un nivel educativo e intelectual adecuado.
- Esto se evalúa haciendo deletrear a la persona la palabra "mundo" al revés y haciendo restar series de 7 unidades o series de 3 unidades a la centena, 5 veces consecutivas.
- O D N U M
- 100, 93, 86, 79, 72, 65
- 100, 97, 94, 91, 88, 85

CAMBIO COGNITIVO OBSERVADO - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No se observan anomalías.	Alguna distracción dudosa que podría explicarse por otras causas.	Leves problemas de concentración Puede observarse objetivamente pérdida del foco de atención de 1 a 3 veces en la entrevista. No comprende del todo lo que otras personas están diciendo o el tono emocional en la conversación.	Problemas moderados de concentración durante la entrevista. Leves interrupciones del curso de la entrevista como resultado.	Pobre concentración y atención que afectan significativamente la habilidad para ejecutar las tareas. La distracción interfiere claramente el curso de la entrevista.	Dificultades graves de concentración y atención. Extrema dificultad para conducir la entrevista, o seguir un tema debido a la preocupación por estímulos irrelevantes.	Total incapacidad para concentrarse. Imposible conducir la entrevista debido a la preocupación por estímulos irrelevantes.

3. ALTERACIÓN EMOCIONAL

3.1 ALTERACIÓN EMOCIONAL SUBJETIVA (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBER)

Empeoramiento del Funcionamiento Emocional

NOTA: Ver también Anhedonia, pág. 18; Depresión, pág.29

- ¿Ha notado algún cambio en sus sentimientos, o emociones, por ej. sentir que no tiene sentimientos, sentir que sus emociones están vacías. o que sus emociones no son de alguna manera auténticas?
- ¿Ha habido algún cambio en la forma en que maneja sus emociones?
- ¿Puede disfrutar de las cosas, o experimentar placer?
- ¿Piensa que incluso cuando algo triste ocurre, usted ya no es capaz de sentir tristeza? ¿O que cuando algo alegre sucede, no puede sentir alegría?

Cambio en la Afectividad

Expresión facial:

- ¿Ha notado algún cambio en sus expresiones faciales?
- ¿Le han hecho comentarios sobre su expresión facial diciendo que es neutra o que es difícil saber lo que está pensando?

Contacto visual:

- ¿Se ha producido algún cambio en el modo en que interactúa con otras personas, por ej. le cuesta mirar a las personas cuando habla con ellas?
- ¿Se lo ha comentado alguien?

Habla:

- ¿Ha apreciado algún cambio en la manera como habla, como si su voz se estuviera volviendo monótona?
- ¿Le ha dicho alguien que tiene una forma monótona de hablar?
- ¿Le parece que lo encuentran aburrido?

Afecto inapropiado:

- ¿Se ha sentido alguna vez distinto/a interiormente en la manera cómo ve a los demás?
- ¿Es como si su apariencia no estuviera coordinada con sus emociones? ¿Ha sonreído o se ha reído mientras hablaba sobre algo triste o nada divertido?

ALTERACIÓN EMOCIONAL SUBJETIVA - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay cambios subjetivos en sentimientos o emociones.		Problemas subjetivos esporádicos leves, pero definidos, por ej. no es capaz de disfrutar de las cosas como antes. Cierta sensación de aplanamiento de las respuestas emocionales. El afecto es inadecuado, pero no sostenido.	Problemas subjetivos más frecuentes o continuos. Cierta sensación de aplanamiento de las respuestas emocionales. Sensación más penetrante de afecto inapropiado, pero es capaz de controlarlo de algún modo.	La persona describe cambios más acusados en las emociones, por ej. no es capaz de expresar o experimentar los sentimientos como antes. Sensación de distanciamiento cuando está con otras personas. Afecto inapropiado, más difícil de ocultar a los demás.	La persona describe sensación de no tener sentimientos, o sentir sus emociones vacías o no auténticas. Total incapacidad para sentirse triste. Grado cero de distanciamiento de las demás personas. Afecto inapropiado, que interfiere sus relaciones.	La persona manifiesta aplanamiento emocional constante O Afecto inapropiado.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

3.2 APLANAMIENTO AFECTIVO OBSERVADO

NOTA: Incorporar información del informante, así como la impresión de la persona entrevistadora

- Grado de presencia observado de aplanamiento afectivo, por ejemplo, disminución de la expresión facial, reducción del tono emocional del habla, reducción de movimientos y gestos expresivos.
- El/la evaluador/a puede percibir asimismo una disminución de la capacidad para contactar con la persona.

--

APLANAMIENTO AFECTIVO OBSERVADO - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Cuestionable	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo/ psicótico
No existen anomalías observadas por la persona entrevistadora		Se puede observar un grado ligero de disminución del afecto.	Disminución observable del plano emocional. Evitación o fracaso en mostrar sentimientos. Expresión emocional reducida. El/la entrevistador/a tiene una sensación de "distanciamiento" o de contacto empobrecido.	Mayor grado de embotamiento o bloqueo. Disminución acusada de la sensación de contacto observado por la persona entrevistadora. Puede haber sido informada o comentada por los/as informantes.	Evidencia mínima de expresividad afectiva.	Gran aplanamiento afectivo. No se observa expresión emocional espontánea durante la entrevista. Claramente informado por los/as informantes.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

3.3 AFECTO INAPROPIADO OBSERVADO

NOTA: Incorporar información del/de la informante, así como la impresión de la persona entrevistadora

- También puntuar claramente como afecto inapropiado (afecto claramente discordante con el contenido del habla o de las ideas. por ej. risitas al hablar de algo triste).

--

AFECTO INAPROPIADO OBSERVADO- ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No existen anomalías observadas por la persona entrevistadora		Leve afecto inapropiado durante la entrevista, o informado ocasionalmente por otros. La persona parece capaz de controlarlo.	Mayor predominio de afectividad inapropiada. No domina la entrevista. La persona parece capaz de controlar hasta cierto límite	Más frecuentemente informado por otros /produce perturbaciones durante la entrevista.	Afecto inapropiado frecuentemente informado. Interfiere con las relaciones sociales. Interfiere durante la entrevista.	Afecto inapropiado durante la entrevista. Impacta gravemente en la capacidad de conducción de la entrevista. Otros/as informan que ocurre la mayor parte del tiempo.

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

4. SINTOMAS NEGATIVOS

4.1 ALOGIA

NOTA: Véase también Cambio Cognitivo, pág 9. Lenguaje Desorganizado, pág.9

- ¿Ha notado problemas al conversar, por ej. dificultad para encontrar palabras, o bloqueo del pensamiento?
- ¿Son las respuestas de la persona entrevistada vagas, o transmiten poca información? ¿Tarda mucho en responder a las preguntas pero si se le inquiriere, parece ser consciente de la pregunta?

--

ALOGIA - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No se observan o se informa de cambios en el habla.	La persona entrevistada no está segura de cambios recientes. Los cambios podrían atribuirse a factores externos, pero la persona entrevistada no está segura.	Muchos cambios leves en la habilidad para hablar de forma espontánea. La persona informa de sentirse "bloqueada" en su pensamiento. Dificultad para encontrar palabras para sus pensamientos. No informado por otros/as	Dificultades para expresarse con palabras/ encontrar palabras, o mayor frecuencia de episodios de bloqueo del pensamiento. Observable por otras personas, pero no como dificultad constante. Responde cuando se le insiste.	Pobreza del habla más marcada, o bloqueo del pensamiento. No interfiere de forma significativa el funcionamiento escolar o laboral.	Incapaz de expresarse de forma adecuada, o grave bloqueo del pensamiento. Puede experimentar de forma infrecuente periodos de mutismo como resultado de dificultades para encontrar palabras y de expresión.	Marcada pobreza del habla o bloqueo del pensamiento. Dificulta gravemente el curso de la entrevista. Puede permanecer mudo a ratos. Interfiere significativamente con la habilidad para desenvolverse en los ámbitos social, laboral y educativo.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio ○ De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio ○ Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio ○ Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

4.2 ABULIA/APATÍA (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)

Experiencia Subjetiva

- ¿Ha sentido falta de energía-mental y física? ¿Está cansado/a, o le falta motivación o iniciativa? ¿Le falta fuerza de voluntad? ¿Falta de fuerza física?
- ¿En qué medida le interfiere esto en actividades como ir a la escuela/trabajo y otras actividades cotidianas? ¿En qué ocupa sus días?

Abulia /Apatía Observada

NOTA: ver Conducta Desorganizada/Extraña/Estigmatizante, pág.21

- ¿Ha señalado dificultad para mantener su nivel de compromisos social o laboral/educativo?
- ¿Da la impresión la persona entrevistada de cuidar de si misma adecuadamente – limpieza, higiene, cuidado general de si misma?

--

ABULIA/APATÍA - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay cambios observados ni informados de la energía.	La persona no está segura de cambios recientes. Los cambios pueden atribuirse a factores externos pero no está claro.	Sensación de fatiga, las cosas requieren un esfuerzo. Puede que no inicie actividades como antes. Aún es capaz de llevar a cabo tareas diarias. No interfiere con la asistencia escolar o laboral.	Sensación de menor energía o fuerza de voluntad. Descenso de la asistencia a clase/ trabajo, o no realización de las tareas cotidianas como acostumbra. No ocurre a diario y no es informado por otras personas.	Reducción más marcada de la energía/motivación. Alguna interferencia con el funcionamiento normal (tarda más en hacer tareas o no se molesta en hacer algunas cosas). Puede faltar al trabajo/escuela algunas veces por semana o llegar tarde con frecuencia. Puede ser incapaz de atender su higiene personal	Reducción diaria de la energía, impulso, fuerza de voluntad, fortaleza física o motivación. Interfiere en el funcionamiento normal (falta a clase/ trabajar casi todos los días) Emplea una cantidad significativa de tiempo sin hacer nada. Impacto claro en la higiene personal	Discapacidad extrema y continuada: incapaz de realizar tareas normales, recluido en casa sin fuerza de voluntad o volición. Incapaz de asistir a clase/trabajar debido a la falta de motivación. Marcado impacto en la higiene personal

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

4.3 ANHEDONIA

NOTA: Véase también Depresión, pág. 29

- ¿Ha sido capaz de disfrutar de actividades sociales/laborales/de estudio como es habitual?
- ¿Ha notado una disminución en su nivel de interés por cosas de las que habitualmente disfruta?
- ¿Ha interferido ello en su habilidad para desarrollar actividades, por ej. ir a clase/trabajar/participar en acontecimientos?

ANHEDONIA - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No se observan ni informan cambios en afecto, habla, nivel de actividad o en concentración	Leve disminución del interés por los acontecimientos, pero puede ser atribuido a causas externas (por ejemplo no le gusta el tema en clase).	Leve disminución del interés por las actividades o en el disfrute de las actividades. No interfiere en la capacidad para realizarlas.	Reducción moderada del interés o del disfrute de actividades como estudiar/trabajar. Puede afectar al rendimiento en los estudios/trabajo.	Alguna experiencia común de placer o humor, pero disminuidas en amplitud y calidad. Puede afectar a la asistencia a clase/trabajo. Otras personas muestran preocupación por el retraimiento y aislamiento asociados.	Raras veces siente que disfruta o se interesa en las tareas. Algunas veces es capaz de disfrutar de algo, pero brevemente. Baja asistencia a clase/trabajo. Muy notorio para otras personas.	No disfruta ni tiene ningún interés en las tareas. Acusada falta de interés. Aislado/a y retraído/a.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio ○ De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio ○ Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio ○ Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

5. CAMBIO CONDUCTUAL

Considerar la información de informantes, así como la información subjetiva

5.1 AISLAMIENTO SOCIAL

- ¿Ha permanecido últimamente en casa más de lo habitual? ¿Ha sido por decisión propia?
- ¿Se ha sentido últimamente incómodo con otras personas?
- ¿Últimamente ha querido estar más tiempo solo/a de lo que acostumbra? ¿Ha habido alguna razón para ello? ¿Se lo han comentado otras personas?
- ¿Ha dejado de asistir a actividades sociales/escolares/laborales importantes por este motivo?

Preguntas para los/las informantes

- ¿Se ha quedado la persona más en casa, tal vez sola en su habitación con más frecuencia que antes? Si es así ¿conoce la razón para ello?
- ¿Ha dejado de asistir a acontecimientos sociales/trabajo/clase por este motivo?
- ¿Parece que prefiera estar más tiempo solo/a actualmente (más que de costumbre)?
-

AISLAMIENTO SOCIAL- ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay cambios en el nivel de actividad social.		La persona siente que ya no desea desempeñar sus funciones y roles sociales. Desea estar sólo, pero es capaz de moverse	A veces se aísla, pero no marcadamente. Capaz de desempeñar la mayoría de roles y funciones que implican interacción con otros. Puede faltar a algunas actividades sociales.	No tolera estar rodeado/a de gente durante largos periodos de tiempo. Otras personas comentan aislamiento social. Puede faltar 2.3 días por semana al trabajo/clase porque quiere estar solo/a.	Falta más días de los que asiste al trabajo/clase, pasando la parte del día solo/a.	Mayores periodos aislado/a de los demás (por ejemplo días).

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

5.2 DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO EN EL ROL SOCIAL

NOTA: Véase también depresión, pág. 29

- ¿Ha podido ir recientemente a clase/trabajar como de costumbre?
- ¿Ha empeorado recientemente su rendimiento en sus estudios/trabajo?
- ¿Ha estado recientemente menos interesado/a en sus estudios/trabajo? ¿Se lo han comentado algunas personas? ¿Hay alguna razón para ello? (Formular adecuadamente la pregunta, por ej. un desempleado)

Preguntas para los/las informantes

- ¿Ha apreciado algún cambio en la asistencia a clase/trabajo recientemente?
- ¿Parece la persona capaz de realizar tareas habituales como de costumbre?

DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay cambios recientes del funcionamiento en lo social.		La persona refiere leve deterioro en la realización de tareas habituales. No apreciado por las personas informantes.	Tareas habituales realizadas con menor cuidado. Ha faltado ocasionalmente al trabajo/clase. Calificado como leve por las personas informantes.	Emplea cerca de la mitad del tiempo habitual en las tareas diarias. Otras personas notan disminución de la calidad en la realización de las tareas.	Marcado deterioro del funcionamiento en el rol social. Pasa cerca de la mitad del día en actividad sin propósito.	La persona no desarrolla ninguna función social.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

5.3 CONDUCTA DESORGANIZADA/EXTRAÑA/ ESTIGMATIZANTE

NOTA: Véase también Abulia pág. 17; TOC, pág. 34; Aislamiento Social, pág. 19

- ¿Ha habido recientemente alguna cosa en su estilo de vida que otras personas puedan considerar como inusual, o extraño? (Intente evaluar con precisión conductas peculiares tales como acumular, hablar consigo mismo/a, movimientos extraños, etc.)
- ¿Puede cuidar de si mismo/a como acostumbra (bañarse, comer, etc.)? ¿Le han hecho algún comentario al respecto?

Preguntas para los/las informantes

- ¿Ha notado recientemente que la persona se comporte de forma extraña?
- ¿Ha notado algo extraño en su conducta? ¿Se lo han comentado otras personas?
- ¿Ha notado que esté acumulando objetos, hablando consigo mismo, o moviéndose de forma extraña?

CONDUCTA DESORGANIZADA/EXTRAÑA/ESTIGMATIZANTE - Escala de Gravedad

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay cambios en la conducta apreciados por la persona, informantes o durante la entrevista.		Cierta disminución no marcada, en el auto cuidado; aislamiento social Es capaz de motivarse para rectificar estos cambios. Conducta ligeramente extraña que normalmente no atrae la atención de los demás o que se produce en privado.	Puede requerir la presión de otros para mantener sus actividades sociales/ laborales o el auto cuidado. Capaza de ser motivado/a. Conducta extraña ocasional que puede ser notada por otras personas (por ejemplo reirse solo/a)	Conducta levemente excéntrica claramente apreciable por otras personas (por ej. hablar consigo mismo/a, acumulación de objetos). No continuo.	Conducta claramente bizarra que atrae la atención de otras personas. Algunas veces da lugar a la intervención de otras personas.	Auto cuidado muy pobre. Cuadro clínico dominado por conductas excéntricas. Puede producir la intervención de otros. Las conductas extrañas pueden afectar negativamente a la salud física. Aislamiento social extremo.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

5.4 CONDUCTA AGRESIVA/PELIGROSA

- ¿Se ha sentido recientemente enfadado/a o irritable? ¿Ha habido alguna razón para ello? ¿Se ha sentido más irritado/a de lo habitual por pequeñas cosas? ¿Ha tenido recientemente más discusiones que habitualmente? ¿Ha corrido recientemente más riesgos de lo habitual (por ej. conduciendo)? ¿Le han comentado otras personas que su conducta se está volviendo arriesgada o poco segura? ¿Ha sentido recientemente el impulso de golpear personas u objetos (más de lo habitual)?
- ¿Se ha sentido tan enfadado/a con alguien que ha pensado en dañarle, o destruir sus propiedades? ¿Ha llevado a cabo estos pensamientos?

Preguntas a las personas informantes:

- ¿Ha actuado recientemente la persona de forma agresiva o peligrosa? ¿Se ha producido algún episodio reciente de ira/pelea? ¿Es esta la conducta habitual de esta persona? ¿Han comentado otras personas algún cambio en su nivel de ira o irritabilidad? ¿Ha destruido últimamente propiedades (en asociación con la ira)? ¿Se ha sentido seguro/a recientemente cuando estaba en compañía de la persona (por ej. conduciendo, o en otras circunstancias habituales)?

AGRESIVIDAD/CONDUCTA PELIGROSA - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
La persona o las personas informantes no informan de conducta agresiva o peligrosa.		Ligera irritabilidad, pero no asociada con un incremento de conducta agresiva. Puede atribuirlo a los acontecimientos.	Aumento más marcado en la irritabilidad, rabia hacia sí mismo/a, otros. Puede expresarse verbalmente o físicamente de forma restringida (por ej. dar puñetazos a la almohada, etc.). Puede ser notado tan sólo por la persona.	Marcado incremento de la irritabilidad hacia otras personas, expresada en una mayor propensión a las discusiones con tendencia a amenaza de agresión física. Notado por otras personas y por sí misma/o.	Conducta agresiva con resultado de daños a la propiedad o lesiones a otros. La persona informa sobre cierto grado de control sobre la ira.	Peligrosidad en relación con ira, con un alto grado de destructividad, con resultado de un considerable daño físico a otras personas o propiedades. Domina el cuadro clínico. Puede atraer la atención de la policía, etc.

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

6. CAMBIOS MOTORES/FÍSICOS

6.1 QUEJAS SUBJETIVAS DE DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO MOTOR (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBER)

Movimiento Desorganizado

- ¿Ha notado algún cambio en su forma de moverse, por ej. torpeza, falta de coordinación, dificultad para organizar sus actividades o movimientos, pérdida de movimientos espontáneos?
- ¿Ha notado si su habilidad para realizar algunos movimientos se ve afectada por otras cosas?
- ¿Necesita mayor esfuerzo o energía para realizar algunos movimientos?

Manierismos, Posturas Anormales

- ¿Ha desarrollado algún nuevo movimiento o postura (por ej. un tic nervioso, una forma peculiar de hacer algo, imitar a otros, adoptar ciertas posturas)? ¿Qué explicación le encuentra?

CAMBIO MOTOR SUBJETIVO- ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No refiere ningún movimiento anormal o dificultad somática.		Sólo cambios leves. Sensación de mayor torpeza, más descoordinado de lo habitual, ligera sensación de entrecimiento Muecas ocasionales, o marcha levemente inusual.	Experiencias señaladas en la columna 2, pero percibe estos cambios de forma más acusada. Refiere capacidad de control sobre ellos.	Cambios como pérdida de coordinación. Los movimientos están afectados por otras cosas. Marcha diferente, nuevas posturas, tics nerviosos o manierismos. Pérdida de habilidades previas.	Experiencias señaladas en la columna 4 pero más estresantes. Puede incluir episodios de mutismo, posturas bizarras, imitación de otros movimientos.	Movimientos claramente distorsionados o idiosincráticos que dominan el cuadro clínico. Manierismos groseros, posturas bizarras. Mudo/a o casi mudo/a, con muy ocasionales movimientos espontáneos.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

6.2 CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO MOTOR INFORMADOS U OBSERVADOS

Movimiento Desorganizado

- ¿Ha notado algún cambio en la manera en como se mueve, por ejemplo torpeza, falta de coordinación, dificultades al organizar actividades o movimientos, pérdida de movimientos espontáneos?
- ¿Ha notado si su habilidad para realizar algunos movimientos se ve afectada por otras cosas?
- ¿Requiere más esfuerzo o energía para realizar algunos movimientos?

Manierismos, Posturas Anormales

- ¿Ha desarrollado nuevos movimientos o posturas (por ej. ha desarrollado un tic nervioso, una forma característica de hacer algo, imitar a otras personas, adoptar ciertas posturas)? ¿Qué explicación le da?

CAMBIO MOTOR OBSERVADO - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No se observan ni informan movimientos anormales o dificultades somáticas.		Otras personas informan de cambios leves, como mayor torpeza o descoordinación de lo habitual, muecas ocasionales o marcha levemente inusual.	Experiencias señaladas en la columna 2 pero más marcadas. La persona parece tener algún control sobre ellas.	Se informa de que la persona tiene dificultades para realizar tareas habituales como conducir. También ha desarrollado nuevos movimientos, por ejemplo en la marcha, nuevas posturas/manierismos. También se puede informar de conductas de imitación.	Se informa de episodios de mutismo y posturas bizarras. No es constante, la persona puede detenerlo con ayuda y esfuerzo.	Movimientos claramente distorsionados o idiosincráticos, que dominan el cuadro clínico. Groseros manierismos, posturas bizarras. Mudo/a, o casi mudo/a, con tan solo movimientos espontáneos muy ocasionales.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

6.3 QUEJAS SUBJETIVAS SOBRE DETERIORO DE LA SENSACIÓN CORPORAL (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)

NOTA: Ver también pág. 5. Anomalías Perceptivas.

- La persona dice que algo va mal en sus sensaciones corporales. Ello incluye sensaciones desagradables, aunque cualitativamente normales, como tirones, dolores, picores, quemazón, entumecimientos, o pueden ser descritas sensaciones cualitativamente anormales, inusuales, o bizarras como "tener cosas" en los ojos, vibraciones, hormigueos.
- ¿Ha sentido alguna vez sensaciones extrañas en su cuerpo (p. ej. sentir que partes de su cuerpo han cambiado de alguna manera, o que funcionan de forma diferente)?
- ¿Ha sentido/piensa que hay algún problema en alguna parte, o en todo su cuerpo, por ej. que parece diferente al de las demás personas o que es de alguna manera diferente? ¿Cómo de real le parece?

--

DETERIORO DE LA SENSACIÓN CORPORAL - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
Informa de que no ha notado ningún cambio en sus sensaciones corporales.		Nota ligeras diferencias ocasionales en sus sensaciones corporales. No es constante, es capaz de ignorarlo	Informa de cambios más intensos en sus sensaciones corporales. Menos capaz de ignorarlos.	Sensaciones corporales bizarras ocasionales. Sujeto inseguro de las experiencias.	Informa de mayor número de sensaciones inusuales y bizarras. Muy perturbador.	Informa de sensaciones corporales en extremo bizarras e inusuales. Pueden resultar penosas.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

6.4 QUEJAS SUBJETIVAS DE DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)

La persona entrevistada puede quejarse de que algo no anda bien en una o más de sus sistemas autónomos siguientes:

- Sensación de que el corazón va muy deprisa o demasiado lento, que respira demasiado deprisa o demasiado profundamente.
- Náuseas.
- Mayor sensibilidad a los cambios de tiempo.
- Necesidad de orinar con más frecuencia, estreñimiento.
- Duerme mal, etc.

--

DETERIORO DE FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No informa.		Refiere cambios ocasionales en funciones autónomas, por ejemplo fugaces sensaciones de pánico. No tiene impacto real en las actividades habituales.	Percibe cambios más duraderos: duerme peor o mal varias noches, etc. Interfiere levemente en las actividades habituales.	Se pueden experimentar simultáneamente e numerosos cambios. Moderada interferencia en las actividades habituales.	Los cambios en las funciones autónomas resultan angustiosos. Ello afecta más marcadamente las actividades habituales.	Refiere cambios constantes e intensos en sus funciones autónomas. Muy angustioso.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

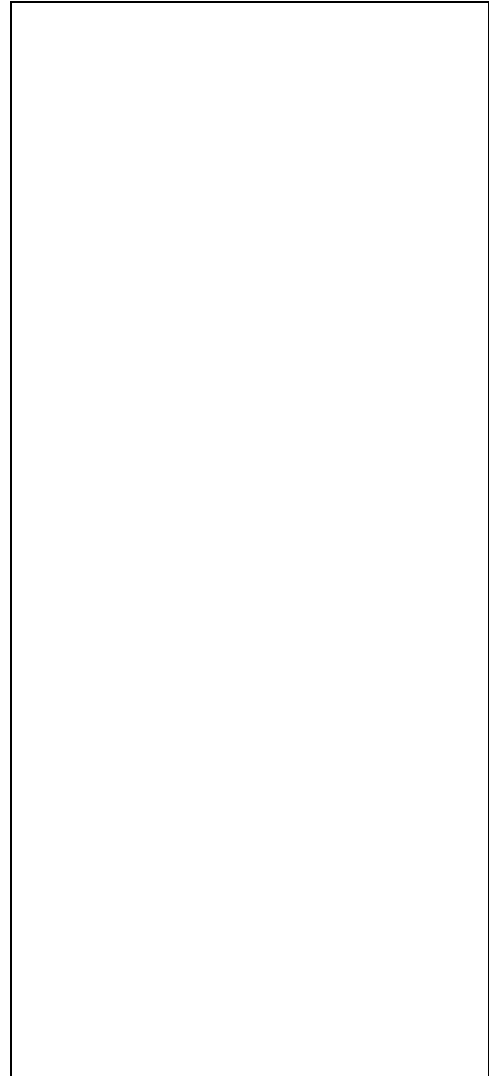
0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

7. PSICOPATOLOGÍA GENERAL

7.1 MANÍA

NOTA: Véase también Conducta Agresiva/Peligrosa pág. 22

- ¿Describiría su humor reciente como "muy bueno"?
- ¿Se ha sentido excesivamente alegre y con más energía de lo habitual? ¿Cuánto tiempo ha durado esta sensación?
- ¿Se ha sentido fuera de control durante este tiempo?
- ¿Es esta sensación una respuesta a una sustancia o a un acontecimiento ocurrido (por ej. finalización de exámenes, nuevo novio/a etc.)?
- ¿Ha podido mantenerse despierto/a haciendo cosas por periodos más largos de lo habitual?
- ¿Ha estado durmiendo menos de lo habitual?
- ¿Se ha encontrado gastando más dinero de lo habitual, o comportándose de manera no normal en usted (por ejemplo mayor impulso sexual, conducta temeraria, etc.)?
- ¿Se ha notado o le han descrito otras personas hablando más y más rápido de lo habitual?
- ¿Le han comentado que su estado de ánimo, o su energía, parecen más elevados de lo habitual, o fuera de control?
- ¿Se ha sentido recientemente más irritable de lo habitual? ¿Ha habido alguna razón para ello?
- ¿Se ha sentido recientemente mejor consigo mismo/a?
- ¿Se ha sentido de alguna manera especial, o poseedor/a de poderes o habilidades especiales?



MANÍA - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
<p>No se observa ni se informa elevación del estado de ánimo.</p> <p>No hay cambios en la autoestima o energía.</p>		<p>Alegre sin motivo.</p> <p>Sensaciones inexplicables de bienestar persistentes o ligera inestabilidad del estado de ánimo.</p> <p>Evidencia de exceso de confianza sin base real, dentro de límites normales</p> <p>Y/O</p> <p>Leve irritabilidad.</p>	<p>Refiere excesivas sensaciones de bienestar, o alegría sin una razón subyacente.</p> <p>Algunas veces inapropiado a las circunstancias</p> <p>Nivel más acusado de excitación.</p> <p>Sentimientos más acusados de autovalía.</p> <p>Ideas sobrevaloradas no delirante.</p> <p>y/o</p> <p>Irritabilidad moderada.</p>	<p>Sentimientos más persistentes de optimismo, felicidad, o estado de ánimo elevado.</p> <p>Se puede cambiar el estado de ánimo, pero con dificultad.</p> <p>El sujeto es consciente de que sus sentimientos son inapropiados.</p> <p>La conducta puede reflejar su elevado estado de ánimo.</p> <p>Ideas claras de grandiosidad/ posesión de poderes especiales, pero no continuas.</p> <p>Irritabilidad más acusada/ informada por otras personas.</p>	<p>Estado de ánimo elevado e inapropiado la mayor parte del tiempo.</p> <p>Alguna idea delirante sobre sus poderes/habilidades.</p> <p>Elevada distraibilidad/pérdida de asociaciones.</p> <p>Entrevista difícil.</p>	<p>Refiere sentirse exaltado/a, eufórico/a, marcado incremento de la energía, inquietud.</p> <p>La conducta puede ser destructiva, excesivo gasto de dinero/ actividad sexual, etc.</p> <p>Ideas delirantes de grandiosidad/ poder.</p> <p>Entrevista muy difícil.</p> <p>Sujeto evidentemente irritable.</p>

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

7.2 DEPRESIÓN

NOTA: Véase también: Abulia, pág. 17; Anhedonia, pág. 18; Funcionamiento de Rol Social , pág. 20; Ideación Suicida, pág. 31.

- ¿Cómo describiría su estado de ánimo reciente?
- ¿Se ha sentido triste o bajo/a de ánimos? ¿Con qué frecuencia se ha sentido así?
- De 1 al 10. ¿Cuál sería su estado de ánimo medio? ¿Su estado de ánimo más bajo?
- ¿Ha podido disfrutar de actividades, o se ha podido sentir bien consigo mismo/a?
- ¿Cómo se siente respecto al futuro (evaluar desamparo/desesperanza)?
- ¿Ha disminuido su interés por actividades/eventos?
- ¿Ha sido capaz de realizar, o de iniciar tareas que se habla propuesto (evaluar motivación)?
- ¿Cómo ha dormido últimamente (evaluar cambios en el patrón de sueño/insomnio)?
- ¿Cuál ha sido su apetito últimamente? ¿Ha perdido peso?
- ¿Ha ocurrido recientemente alguna cosa que pueda explicar estas sensaciones (fallecimiento, relaciones, trabajo, estudios)?

DEPRESIÓN - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No refiere estado de ánimo depresivo. No hay signos físicos de depresión.		Algunos sentimientos de tristeza. No domina el cuadro clínico. Capaz de distraerse de pensamientos depresivos. No plantea espontáneamente asuntos deprimentes.	Evidencia de un estado de ánimo más bajo y sostenido. Mayor dificultad para cambiar el estado de ánimo. El estado de ánimo más bajo puede afectar el nivel de motivación, pero no interfiere significativamente el funcionamiento del rol social. Puede estar ligeramente lloroso/a o con una expresión triste durante la entrevista.	Mayor evidencia observacional de bajo estado de ánimo. Capacidad reducida para reaccionar frente a eventos placenteros. "Episodios de llanto" más regulares.	Depresión grave/ el estado de ánimo no se puede cambiar. No se evidencia componente delirante. Algunas ideas suicidas pero no llevadas a cabo. Evidentes cambios biológicos consistentes con el bajo estado de ánimo (alteraciones del apetito/sueño). Energía muy baja	Abatimiento absoluto. El estado de ánimo se acompaña de ideas delirantes, como por ejemplo delirio nihilista. Sentimientos acusados de suicidalidad con conducta asociada.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

7.3 SUICIDALIDAD Y CONDUCTA AUTOLESIVA

- ¿Ha tenido recientemente pensamientos acerca de dañarse, o de matarse? ¿Con qué frecuencia ha pensado estas cosas?
- ¿Ha pensado qué haría para lograrlo?
- ¿Alguna vez ha llevado a cabo dichos pensamientos? ¿Qué sucedió?

SUICIDIO - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No está presente.		Pensamientos ocasionales de estar cansado/a de vivir. Pensamientos ocasionales de causarse daño. No hay ideación suicida ni planes.	Sentimiento de que estaría mejor muerto. Ideación suicida, con tan sólo vaga planificación. Capaz de ser distraído/a de dichos pensamientos con algún esfuerzo ○ Acciones menores de autolesión (ligeros rasguños, etc.)	Ideas de suicidio más frecuentes con un plan asociado. Puede ser más serio si se considera una tentativa con un plan específico ○ Intentos impulsivos utilizando un método no letal, o con conocimiento de la posibilidad de ser hallado/a.	Expresión clara de querer matarse. ○ Intento potencialmente serio o letal con conocimiento de posible rescate.	Plan específico e intento. ○ Intento serio que claramente hubiera podido ser fatal.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio ○ De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio ○ Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio ○ Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

	circunstancias	
--	----------------	--

7.4 OSCILACIONES AFECTIVAS/LABILIDAD

- ¿Ha experimentado recientemente cambios anímicos?
- ¿Ha sentido altibajos anímicos sin ninguna razón aparente?
- ¿Puede sentirse alegre un momento y triste al siguiente (o irritable), sin ninguna explicación?
- ¿Con qué frecuencia sucede?
- ¿Ha ocurrido esto en respuesta a drogas, o a eventos que hayan sucedido? ¿Se lo han comentado otras personas?
- ¿Con qué frecuencia ha ocurrido?

OSCILACIONES AFECTIVAS - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay evidencia, ni información de oscilaciones afectivas.		Refiere que su estado de ánimo cambia más rápidamente de lo habitual. Cambios más acusados en respuesta a sucesos externos. No notado o informado por otras personas	Refiere cambios más extremos en su estado de ánimo. Sensación de que algunas veces el estado de ánimo está fuera de control.	Experiencias más persistentes de oscilaciones afectivas. Percibido por otras personas. Causa malestar. Interfiere con las actividades habituales.	Oscilaciones afectivas experimentadas la mayoría de los días. Interferencia significativa con las actividades habituales.	El sujeto refiere que sufre oscilaciones afectivas constantes y completamente fuera de control. Incapaz de mantener un nivel normal de actividad.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

7.5 ANSIEDAD

- ¿Se ha sentido nervioso/a, o ansioso/a recientemente?
¿Ha habido alguna razón para ello? ¿Con qué frecuencia se ha sentido así?
- ¿Cuánto tiempo permanece esta sensación?
- ¿Ha sentido pánico últimamente?
- ¿Ha habido momentos en que ha sentido que le faltaba la respiración, el pulso acelerado, las manos sudorosas, hormigueos en los dedos, sin razón aparente?
- ¿Tiene alguna fobia? ¿Le dan miedo los perros, las arañas, los lugares cerrados, las multitudes, etc.?
- ¿Se ha sentido recientemente nervioso/a en presencia de otras personas? (distíngase entre ansiedad social y suspicacia).

ANSIEDAD- ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No evidencia ni refiere ansiedad.		Preocupaciones menores. Puede distraerse de ellas Y/O Signos físicos leves de ansiedad.	Preocupaciones moderadas, pero el nivel de ansiedad está dentro del rango apropiado al evento Y/O Signos físicos moderados de ansiedad.	El nivel de ansiedad interfiere ligeramente con las actividades habituales. Alguna preocupación con los desencadenantes O Síntomas físicos más acusados.	Preocupación más acusada, con miedos, sensación de temor. Y/O Síntomas físicos de ansiedad intrusivos y preocupantes	Nivel de ansiedad discapacitante, sensación de pánico, aterrorizado/a

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

7.6 SÍNTOMAS DE TOC

- ¿Ha tenido pensamientos penosos o intrusivos que le dan vueltas en la cabeza sin poderlos detener?
- ¿Posee alguna conducta repetitiva que se siente obligado/a a realizar?
- ¿Hace alguna cosa para evitar que ocurran “cosas malas” (rituales, supersticiones, etc.)?
- ¿Necesita tener las cosas de una cierta manera, porque de lo contrario se siente extremadamente ansioso/a?
- ¿Comprueba repetidamente cosas como los interruptores de la luz, el gas, si los electrodomésticos están desconectados, las puertas cerradas, etc.?

SÍNTOMAS DE TOC - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No hay pensamientos obsesivos, o rumiaciones. No hay conducta compulsiva.		Refiere alguna rumiación o compulsión, pero que no interfiere con las actividades habituales. No consumen tiempo. Puede distraerse de ellas.	Alguna conducta compulsiva en respuesta a pensamientos obsesivos, pero la persona puede controlarlas. Y/O Las compulsiones no interfieren en otras actividades.	Pensamiento obsesivo que distrae. Interfiere en la habilidad para realizar el trabajo/estudio habitual Y/O Las compulsiones no quedan restringidas al hogar o al entorno privado.	Pensamiento obsesivo o compulsiones marcadamente agobiantes Y/O Compulsiones casi constantes notadas por otras personas.	Los pensamientos obsesivos poseen cualidad delirante Y/O Compulsiones interfieren con otras actividades o amenazan la salud física (por ej. acumulación de basura, excesiva limpieza corporal).

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

7.7 SÍNTOMAS DISOCIATIVOS

Despersonalización

- ¿Se ha experimentado a si mismo/a como irreal, como si estuviera fuera de su propio cuerpo? ¿O que alguna parte de su cuerpo no le pertenecía?

Desrealización

NOTA: Véase también Ideas Nihilistas, pág. 3.

- ¿Ha tenido la sensación de que las cosas que le rodean son irreales?

Problemas Disociativos de la memoria

NOTA: Ver también Cambio Cognitivo, pago9.

- ¿Alguna vez se ha encontrado lejos de su ruta habitual sin recordar como habla llega do hasta allí?
- ¿Estaba entonces sometido/a a estrés?

SÍNTOMAS DISOCIATIVOS - ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No refiere sensaciones de despersonalización / disociación.		Sensaciones leves de despersonalización/ desrealización. No causa malestar ni distracción.	Experiencias disociativas más acusadas. La persona expresa cierta preocupación al respecto, pero no muestra marcada preocupación.	Experiencias disociativas asociativas con elevada preocupación. Malestar debido a estas experiencias.	Malestar como resultado de experiencias disociativas. Interfiere de algún modo las actividades habituales (por ej. tiene que dejar el trabajo estudios o situaciones sociales).	Sensaciones de despersonalización/ desrealización Extremadamente molestas. Sentimiento de extremo distanciamiento respecto a los demás. Marcados períodos de tiempo en los que no es capaz de describir nada de lo que haya estado haciendo, dónde ha estado, etc.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

7.8 DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA AL ESTRÉS HABITUAL (SÍNTOMA BÁSICO DE HUBERT)

- ¿Ha notado algún cambio en la manera de afrontar el estrés cotidiano?
- ¿Se ha sentido menos capaz que antes de afrontar, o de tolerar, el estrés cotidiano?
- ¿Cuándo ha estado sometido/a a los estresores cotidianos, se ha sentido excitado/a, inseguro/a, tenso/a, nervioso/a o ansioso/a?
- ¿Ha notado que los estresores cotidianos incrementan otras dificultades que esté experimentando?

DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA AL ESTRÉS - E ESCALA DE GRAVEDAD

0 Nunca, ausente	1 Dudoso	2 Leve	3 Moderado	4 Moderadamente grave	5 Grave	6 Extremo
No refiere deterioro de la tolerancia al estrés común.		Sensación ligera o poco frecuente de no manejar el estrés tan bien como antes.	Leve sensación de estrés en respuesta a situaciones que habitualmente la persona afrontaría con facilidad. Ansiedad leve entre estresores cotidianos, pero aún es capaz de afrontarlos.	Sensación más acusada de gran ansiedad, o tensión ante estresores cotidianos, pero es capaz de realizar tareas habituales. Se siente incapaz de afrontar situaciones más estresantes. Infrecuentemente puede sentirse ansioso/a sin motivo alguno.	Sensaciones de gran ansiedad, o tensión ante estresores cotidianos. Algunas veces se siente ansioso/a sin motivo alguno.	Discapacidad extrema, por ej. ante situaciones triviales o preocupaciones menores se siente abrumado/a y presa del pánico. Muy ansioso/a todo el tiempo, aún sin razón aparente. Incapaz de adaptarse a nuevas situaciones.

Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

Frecuencia y duración

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Menos de una vez al mes	De una vez al mes hasta dos veces por semana- menos de una hora por episodio	De una vez al mes hasta dos veces por semana- más de una hora por episodio O De 3 a 6 veces por semana- menos de una hora por episodio	De 3 a 6 veces por semana- más de una hora por episodio O Diariamente- menos de una hora por episodio	Diariamente- más de una hora por episodio O Varias veces al día	Continuamente

Patrón de Síntomas

0	1	2
No se aprecia relación con el uso de sustancias	Ocurre en relación con el uso de sustancias así como en otras circunstancias	Se aprecia únicamente en relación con el uso de sustancias

8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

LISTA DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Grupo 1: Grupo de Vulnerabilidad.

Este criterio identifica a jóvenes en riesgo de psicosis debido a la combinación de un rasgo de factor de riesgo y un deterioro significativo del estado y/o del funcionamiento mental.

	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> Historia familiar de psicosis en familiares de primer grado O Trastorno esquizotípico de la personalidad del/ de la paciente identificado/a. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS <ul style="list-style-type: none"> Disminución del 30% en la puntuación EEASL respecto del nivel premórbido, mantenido durante un mes, y que haya ocurrido en los últimos 12 meses O puntuación EEASL de 50 o menos durante los últimos 12 meses o más. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUMPLE CRITERIOS DE GRUPO 1 - Grupo de Vulnerabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo 2: Grupo de Psicosis Atenuada

Este criterio identifica a jóvenes en riesgo de psicosis debida a síndrome psicótico subumbral. Es decir, tienen síntomas que no alcanzan el nivel umbral de psicosis debido a su intensidad subumbral (los síntomas no son lo suficientemente graves) o tienen síntomas psicóticos pero con una frecuencia subumbral (los síntomas no ocurren con la suficiente frecuencia).

2a) Intensidad subumbral:	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> Puntuación de la Escala de Evaluación Global de 3 a 5 en la subescala <i>Contenido Inusual del Pensamiento</i>, o 3-5 en la subescala de <i>Ideación No-Bizarra</i>, o 3- 4 en la subescala de <i>Anomalías Perceptivas y/o 4 -5 en las subescalas de Lenguaje Desorganizado de la CAARMS.</i> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS <ul style="list-style-type: none"> Puntuación en la Escala de Frecuencia de 3-6 en las subescalas <i>Contenido Inusual del Pensamiento, Ideación No-Bizarra, Anomalías Perceptivas y/o Lenguaje Desorganizado de la CAARMS</i> durante al menos una semana. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b) Frecuencia subumbral:		
<ul style="list-style-type: none"> Puntuación en la Escala de Evaluación Global de 6 en las subescalas <i>Contenido Inusual del Pensamiento, de 6 en Ideación No-Bizarra, de 5-6 en Anomalías Perceptivas y/o 6 en Lenguaje Desorganizado de la CAARMS</i> durante al menos una semana. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS <ul style="list-style-type: none"> Puntuación en la Escala de Frecuencia de 3 en las subescalas <i>Contenido Inusual del Pensamiento, Ideación No-Bizarra, Anomalías Perceptivas y/o Lenguaje Desorganizado de la CAARMS.</i> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS (para ambas categorías) <ul style="list-style-type: none"> Síntomas presentes durante el último año 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS (para ambas categorías) <ul style="list-style-type: none"> Disminución del 30% en la escala EEASL respecto al funcionamiento premórbido, mantenido durante un mes, y que haya ocurrido en los últimos 12 meses, O puntuación EEASL de 50 o menos durante los últimos 12 meses o más. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUMPLE CRITERIOS PARA EL GRUPO 2 - Grupo de Psicosis Atenuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo 3: Grupo de Síntomas Psicóticos Breves Limitados Intermitentes (BLIPS):

Este criterio identifica jóvenes en riesgo de psicosis debida a historia reciente de síntomas psicóticos francos, que se resuelven espontáneamente (sin medicación antipsicótica) en menos de una semana.

	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> Puntuación en la Escala de Evaluación Global de 6 en las subescalas <i>Contenido Inusual del Pensamiento, de 6 en Ideación No-Bizarra, de 5-6 en Anomalías Perceptivas y/o 6 en Lenguaje Desorganizado de la CAARMS.</i> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS <ul style="list-style-type: none"> Puntuación en la Escala de Frecuencia de 4-6 en <i>Contenido Inusual del Pensamiento, Ideación No Bizarra, Anomalías Perceptivas y/o Lenguaje Desorganizado de la CARMS.</i> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS <ul style="list-style-type: none"> Cada episodio del síntoma está presente durante al menos una semana y los síntomas remiten de forma esporádica en cada ocasión. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS <ul style="list-style-type: none"> Puntuación en la Escala de Frecuencia de 4-6 en <i>Contenido</i> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS <ul style="list-style-type: none"> Disminución del 30% en EEASL respecto al nivel premórbido, mantenido durante un mes, y ocurrido en los últimos 12 meses o puntuación EEASL de 50 o menos durante al menos los últimos 12 meses 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUMPLE CRITERIOS DE GRUPO 3 - Grupo BLIPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. UMBRAL DE PSICOSIS/ UMBRAL DE TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO

	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación en la Escala de Severidad de 6 en las subescalas <i>Contenido Inusual del Pensamiento</i>, de 6 en <i>Ideación No-Bizarra</i>, de 5-6 en <i>Anomalías Perceptivas</i> y/o 6 en <i>Lenguaje Desorganizado</i> de la CMRMS. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación en la Escala de Frecuencia igual o mayor de 4 en las subescalas <i>Contenido Inusual del Pensamiento</i>, <i>Ideación No-Bizarra</i>, <i>Anomalías Perceptivas</i> y/o <i>Lenguaje Desorganizado</i>. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas han estado presentes más de una semana. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUMPLE CRITERIOS DE UMBRAL DE PSICOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD SOCIAL Y LABORAL (EEASL)¹

La actividad social y laboral debe considerarse dentro de un espectro continuo que va desde un nivel excelente a un deterioro evidente y completo. Debe incluirse el deterioro debido a impedimentos físicos o trastornos mentales siempre y cuando causa y efecto estén relacionados directamente. No se consideraran los efectos derivados de la falta de oportunidades o de otras limitaciones ambientales.

Codificación (Nota: utilice códigos intermedios cuando sea apropiado ej: 45,68, 72).

PUNTUACIÓN:

100	Actividad superior en un amplio abanico de actividades
91	
90	Actividad buena y efectiva en todas las áreas
81	
80	Ligero deterioro de la actividad social, laboral o escolar (por ej. conflictos interpersonales poco frecuentes, retrasos escolares transitorios...)
71	
70	Algunas dificultades en la actividad social, laboral, escolar, aunque en líneas generales puede considerarse correcta, mantiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61	
60	Moderadas dificultades en la actividad social, laboral y escolar (ej. pocas amistades, conflictos con colegas o colaboradores/as)
51	
50	Seria afectación de la actividad social, laboral o escolar (ej. no tiene amistades, le resulta difícil mantenerse en un empleo...)
41	
40	Deterioro importante en diversas áreas, las relaciones laborales, escolares o familiares (ej. está deprimido/a y evita sus amigos/as, se muestra negligente y es incapaz de obtener un empleo...)
31	
30	Incapaz de activad en la mayor parte de las áreas (ej. pasa el día en la cama, no tiene trabajo, casa ni amistades)
21	
20	A veces no puede mantener la mínima higiene personal y es incapaz de vivir de forma independiente.
11	
10	Incapaz permanentemente de mantener la higiene mínima personal. No puede hacer nada sin perjudicarse a sí mismo/a o a las demás personas o sin una dosis considerable de apoyo externo (ej. cuidado, supervisión de personal de enfermería, etc.)
1	
0	Información inadecuada

¹ El grado de funcionamiento psicológico total en una escala de 0-100 fue operativizado por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: "Clinicians Judgements of Mental Health" *Archives of General Psychiatry* 7: 401-417, 1962). Spitzer y otros colaboradores desarrollaron una revisión de Health-Sickness Rating Scale conocida como la Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al.: "The Global Assessment Scale : A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance" *Archives of General Psychiatry* 33: 766-771, 1976). La escala EEASL se deriva de la GAS y su desarrollo se describe en Goldman HH, Skodol AF, Lave TR "Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning: *American Journal of Psychiatry* 149; 1148-1156, 1992.

Normas de administración y puntuación

En: Vallina O, Lemos S, Fernández P. Detección e intervención temprana en psicosis
Apuntes de Psicología, 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 185-221.

- Administración: Heteroaplicada.

- Permite la clasificación de las personas evaluadas en tres grupos de riesgo:
 - Grupo 1. Vulnerabilidad. Pertenecen a este grupo de riesgo aquellos jóvenes con un familiar de primer grado con trastorno psicótico, o aquellos otros que padecen un trastorno esquizotípico de la personalidad y que presentan una significativa reducción en su funcionamiento social de manera sostenida, durante al menos un mes y no más allá de cinco años. Esta pérdida de funcionamiento se operativiza a través de una pérdida del 30% respecto del funcionamiento premórbido en la escala de evaluación global de funcionamiento (GAF).
 - Grupo 2. Síntomas psicóticos atenuados. Supone la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: Trastornos en el contenido del pensamiento, anomalías perceptivas y/o comunicación desorganizada con una severidad y frecuencia sintomática variable, según qué tipo de síntoma y definida y escalada en la CAARMS, que se han dado en al menos dos ocasiones durante una semana y que han estado presentes a lo largo del último año y no más allá de 5 años.
 - Grupo 3. Síntomas psicóticos breves, limitados e intermitentes. Presencia transitoria de síntomas psicóticos (trastornos del contenido del pensamiento, anomalías perceptivas o comunicación desorganizada). Cada episodio dura al menos una semana y los síntomas remiten espontáneamente en cada ocasión. Estos síntomas ocurren a lo largo del último año y no han estado presentes más allá de 5 años.