



ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO PANSS

Identificación Fecha

ESCALA POSITIVA

PI. DELIRIOS.

Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas. Bases para la valoración: los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y en la conducta.

1. **Ausente:** No aplicable.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Leve:** Presencia de uno o dos delirios vagos, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
4. **Moderado:** Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados e inestables, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
5. **Moderadamente grave:** Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
6. **Grave:** Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
7. **Extremo:** Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos, y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente, esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden incluso poner en peligro la vida del paciente o la de otros.

P2. DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL.

Proceso desorganizado de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento. Bases para la valoración: Los procesos cognitivo-verbales observados durante la entrevista.

1. **Ausente:** No aplicable.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Leve:** El pensamiento es circunstancial, tangencial o para-lógico. Existen algunas dificultades para dirigir el pensamiento hacia un objetivo, y puede manifestarse, bajo situaciones de presión, una cierta debilitación de las asociaciones.
4. **Moderado:** Es capaz de concretar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero pasa a ser vago o incoherente al afrontar comunicaciones más complejas o en situaciones de una mínima presión.
5. **Moderadamente grave:** Generalmente tiene dificultades para organizar los pensamientos, como se pone de manifiesto en frecuentes incoherencias, inconsistencias o debilitación de las asociaciones incluso en ausencia de presión.



Instrumentos - Material de Prácticas

6. **Grave:** El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce grandes incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento, fenómenos que aparecen casi constantemente.
7. **Extremo:** Los pensamientos están perturbados hasta el punto de que el paciente resulta incoherente. Existe una notable debilitación de las asociaciones, cosa que origina una total imposibilidad de comunicación, por ejemplo, la 'ensalada de palabras' o el mutismo.

P3. CONDUCTA ALUCINATORIA.

Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático. Bases para la valoración: Las explicaciones verbales y las manifestaciones físicas durante la entrevista, así como las informaciones sobre la conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

1. **Ausente:** No aplicable.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Leve:** Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o bien una serie de percepciones difusas y anormales que no provocan distorsiones del pensamiento o de la conducta.
4. **Moderado:** Las alucinaciones se producen de manera frecuente pero no continua, y la capacidad de pensamiento y la conducta del paciente se ven afectadas sólo en menor medida.
5. **Moderadamente grave:** Las alucinaciones son frecuentes, puede intervenir en ellas más de un sentido, y tienden a distorsionar el pensamiento y/o a perturbar la conducta. El paciente puede plantear una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y, en ocasiones, también verbalmente.
6. **Grave:** Las alucinaciones se producen de manera casi continua y causan grandes perturbaciones del pensamiento y la conducta. El paciente reacciona ante estas alucinaciones como si fueran percepciones, y su funcionamiento se ve dificultado por frecuentes respuestas emocionales y verbales a dichas alucinaciones.
7. **Extremo:** El paciente está casi totalmente obsesionado con las alucinaciones, las cuales virtualmente dominan el pensamiento y la conducta. Se da a las alucinaciones una interpretación rígida y delirante y provocan respuestas verbales y de conducta, que incluyen la obediencia a órdenes presuntamente recibidas durante las alucinaciones.

P4. EXCITACIÓN.

Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo. Bases para la valoración: La conducta manifestada durante la entrevista, así como las informaciones sobre su conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

1. **Ausente:** No aplicable.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Leve:** Tiende a sentirse ligeramente inquieto, en un excesivo estado de alerta, o moderadamente sobre-estimulado durante toda la entrevista, pero sin episodios claros de excitación ni una gran inestabilidad de ánimo. El habla puede ser ligeramente nerviosa.



Instrumentos - Material de Prácticas

4. **Moderado:** El nerviosismo o sobre-estimulación es claramente evidente a lo largo de la entrevista, y afectan al habla y la movilidad general, o se producen esporádicamente accesos episódicos.
5. **Moderadamente grave:** Se observa un grado significativo de hiperactividad o frecuentes accesos de la actividad motriz. En cualquier momento, al paciente le resulta difícil permanecer sentado y sin moverse durante más de unos pocos minutos.
6. **Grave:** Un notable nerviosismo domina la entrevista, limita la atención y, hasta cierto punto, afecta las funciones personales, como la alimentación y el sueño.
7. **Extremo:** Un notable nerviosismo interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace virtualmente imposibles los contactos interpersonales. La aceleración del habla y la actividad motriz puede producir incoherencia y agotamiento físico.

P5. GRANDIOSIDAD.

Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidades extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral. Bases para la valoración: Los pensamientos expresados durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.

1. **Ausente:** No aplicable.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Leve:** Es evidente una cierta expansividad y ostentación, pero sin delirios de grandeza bien definidos.
4. **Moderado:** Se siente clara e ilusoriamente superior a los demás. Pueden existir algunos delirios poco definidos sobre una condición social o unas capacidades especiales, pero el paciente no se ve afectado.
5. **Moderadamente grave:** Se expresan delirios bien definidos sobre unas capacidades y un poder y condición social extraordinarios que influyen en la actitud, pero no en la conducta.
6. **Grave:** Se expresan delirios definidos sobre una superioridad extraordinaria que se refieren a más de un parámetro (riqueza, conocimientos, fama, etc.) e influyen en las interacciones, que pueden verse afectados.
7. **Extremo:** El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominados por múltiples delirios sobre capacidades, riqueza, conocimientos, fama, poder y/o talla moral extraordinarios, que pueden tomar un cariz extravagante.

P6. SUSPICACIA/PERJUICIO

Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretenden hacerle daño. Bases para la valoración: Los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia sobre la conducta.

1. **Ausente:** No aplicable.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; pueda estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Leve:** Presenta una actitud recelosa o incluso abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta se ven mínimamente afectados.
4. **Moderado:** La desconfianza es claramente evidente y se manifiesta en la entrevista y/o en la conducta, pero no hay pruebas de delirios persecutorios. Alternativamente, puede haber indicios de delirios persecutorios poco definidos, pero éstos no parecen afectar la actitud ni las relaciones interpersonales del paciente.
5. **Moderadamente grave:** El paciente muestra una notable desconfianza, lo que perturba gravemente las relaciones interpersonales, o bien existen delirios



Instrumentos - Material de Prácticas

- persecutorios bien definidos que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la conducta.
6. **Grave:** Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones interpersonales.
 7. **Extremo:** Una red de delirios persecutorios sistematizados domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del paciente.

P7. HOSTILIDAD.

Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física. Bases para la valoración: La conducta interpersonal observada durante la entrevista y las informaciones aportadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

1. **Ausente:** No aplicable.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Leve:** Manifestaciones indirectas o reprimidas de ira, como sarcasmos, faltas de respeto, expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.
4. **Moderado:** Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.
5. **Moderadamente grave:** El paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.
6. **Grave:** La falta de cooperación y los insultos o amenazas se manifiestan notablemente durante la entrevista y tienen un serio impacto sobre las relaciones sociales. El paciente puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.
7. **Extremo:** La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de la interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.



ESCALA NEGATIVA

N1. EMBOTAMIENTO AFECTIVO.

Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación. Bases para la evaluación: observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

1. **Ausente:** La definición no es aplicable
2. **Mínimo:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. **Leve:** Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.
4. **Moderado:** Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
5. **Severamente moderado:** El afecto es generalmente "apático" con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.
6. **Severo:** Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.
7. **Extremo:** Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de "madera".

N2. RETRACCIÓN EMOCIONAL.

Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos. Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. **Ausente:** La definición no es aplicable
2. **Mínima:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. **Leve:** Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.
4. **Moderada:** El paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.
5. **Severamente Moderada:** El paciente s está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.
6. **Severa:** Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el paciente necesita supervisión
7. **Extrema:** Paciente casi totalmente aislado, incommunicativo, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. POBRE RELACIÓN.

Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal. Bases de valoración: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. **Ausencia:** La definición no es aplicable
2. **Mínima:** Patología cuestionable: puede estar en el extremo de los límites normales



Instrumentos - Material de Prácticas

3. **Leve:** La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.
4. **Moderada:** El paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.
5. **Severamente Moderada:** La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.
6. **Severa:** El paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.
7. **Extrema:** Falta de implicación total con el entrevistador. El paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. RETRACCIÓN SOCIAL, APATÍA PASIVA.

Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas. Bases de valoración: informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

1. **Ausencia:** La definición no es aplicable
2. **Mínima:** Patología cuestionable: Puede estar en el extremo de los límites normales.
3. **Leve:** Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa. Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.
4. **Moderada:** Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.
5. **Severamente Moderada:** Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.
6. **Severa:** Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.
7. **Extrema:** Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO.

Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema. Bases de valoración: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.

1. **Ausente:** La definición no es aplicable
2. **Mínima:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
3. **Leve:** Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente.
4. **Moderada:** Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
5. **Severamente Moderada:** Trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
6. **Severa:** Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las



Instrumentos - Material de Prácticas

similitudes. El pensamiento es bien vacuo o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas

7. **Extrema:** Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ DE LA CONVERSACIÓN *Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal. Bases de evaluación: Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.*

1. **Ausente:** La definición no es aplicable
2. **Mínima:** Patología cuestionable. Puede estar en el extremo de los límites normales.
3. **Leve:** La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
4. **Moderada:** Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
5. **Severamente Moderada:** El paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.
6. **Severa:** Las respuestas del paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: "no se, no tengo libertad para opinar"). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.
7. **Extrema:** La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO.

Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril. La base para la evaluación: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:

1. **Ausente:** La definición no es aplicable
2. **Mínima:** Patología cuestionable. Puede estar en el extremo máximo de los límites normales.
3. **Leve:** Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.
4. **Moderada:** La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.
5. **Severa Moderadamente:** El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
6. **Severa:** Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.
7. **Extrema:** Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del paciente.



ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL

PG1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS.

Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado en la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Preocupaciones a cerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.
4. **Moderado:** Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.
5. **Moderado severo:** El paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones a cerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.
6. **Severo:** El paciente manifiesta uno o mas delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del paciente sobre estos temas.
7. **Extremo:** Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del paciente.

PG2. ANSIEDAD.

Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico. Bases para la valoración: comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.
4. **Moderado:** El paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.
5. **Moderado severo:** El paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.
6. **Severo:** Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.
7. **Extremo:** La vida del paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual esta casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. SENTIMIENTOS DE CULPA.

Remordimientos o autorreproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado. Bases para la valoración: comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.



Instrumentos - Material de Prácticas

3. **Ligero:** Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el paciente no está claramente afectado.
4. **Moderado:** El paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.
5. **Moderado severo:** El paciente expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.
6. **Severo:** Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.
7. **Extremo:** La vida del paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el propio paciente.

PG4. TENSIÓN MOTORA.

Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.
4. **Moderado:** Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.
5. **Moderado severo:** Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.
6. **Severo:** Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.
7. **Extremo:** La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. MANIERISMOS Y POSTURAS.

Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante. Bases para la valoración: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.
4. **Moderado:** La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el paciente mantiene una postura artificial.



Instrumentos - Material de Prácticas

5. **Moderado severo:** Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
6. **Severo:** Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
7. **Extremo:** El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. DEPRESION.

Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** El paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.
4. **Moderado:** Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y el paciente puede ser generalmente animado.
5. **Moderado severo:** Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. El paciente no puede ser fácilmente animado.
6. **Severo:** Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de autoabandono.
7. **Extremo:** Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, autoabandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. RETARDO MOTOR.

Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El paciente puede ser poco productivo tanto en el habla como en los gestos.
4. **Moderado:** El paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.
5. **Moderado severo:** Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El paciente se encuentra habitualmente sentado o tumbado.
6. **Severo:** Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.



7. **Extremo:** El paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. FALTA DE COLABORACIÓN.

Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia. Bases para la valoración: Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.
4. **Moderado:** Ocasionalmente rehusa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.
5. **Moderado severo:** El paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como "indeseable" o de tener "dificultades de trato". La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.
6. **Severo:** El paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehusa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.
7. **Extremo:** La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. INUSUALES CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO.

El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.
4. **Moderado:** Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.
5. **Moderado severo:** El paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).
6. **Severo:** El paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).
7. **Extremo:** El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

PG10. DESORIENTACIÓN.

Falta de conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento. Bases para la valoración: respuestas a preguntas sobre orientación.



1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el paciente sabe donde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en más de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.
4. **Moderado:** Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.
5. **Moderado severo:** Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación.
6. **Severo:** Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente no sabe donde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.
7. **Extremo:** El paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. ATENCIÓN DEFICIENTE.

Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiarla atención a un nuevo estímulo. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.
4. **Moderado:** La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.
5. **Moderado severo:** La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.
6. **Severo:** El paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.
7. **Extremo:** La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

PG12. AUSENCIA DE JUICIO E INTROSPECCIÓN.

Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irrealistas tanto a corto como a largo plazo. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.



1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** El paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.
4. **Moderado:** El paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.
5. **Moderado severo:** Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocadas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.
6. **Severo:** El paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega la presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.
7. **Extremo:** Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el paciente puede rehusar a cooperar con el médico, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. TRASTORNOS DE LA VOLICIÓN.

Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje. Bases para la valoración: contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
4. **Moderado:** El paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y como consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.
5. **Moderado severo:** El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla.
6. **Severo:** Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.
7. **Extremo:** Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. CONTROL DEFICIENTE DE IMPULSOS.

Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias. Bases para la valoración: conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.



Instrumentos - Material de Prácticas

3. **Ligero:** El paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.
4. **Moderado:** El paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.
5. **Moderado severo:** - El paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.
6. **Severo:** El paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.
7. **Extremo:** El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. PREOCUPACIÓN.

Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa. Bases para la valoración: conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.
4. **Moderado:** El paciente se muestra ocasionalmente ensimismado, como soñando despierto o abstraído por experiencias internas, lo que interfiere ligeramente en la comunicación.
5. **Moderado severo:** El paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por conductas que afectan significativamente a las funciones relacionales y comunicativas: mirada vacía, musitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.
6. **Severo:** Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo.
7. **Extremo:** El paciente está casi siempre absorto en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El paciente puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

PG16. EVITACIÓN SOCIAL ACTIVA.

Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza. Bases para la valoración: Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** El paciente parece molesto por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario, si bien participa en actividades sociales cuando es requerido para ello.



Instrumentos - Material de Prácticas

4. **Moderado:** El paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.
5. **Moderado severo:** El paciente se mantiene alejado, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo sin realizar actividad productiva alguna.
6. **Severo:** El paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.
7. **Extremo:** No se puede implicar al paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evita todas las relaciones y permanece aislado de los demás.

USO RESTRINGIDO



ANEXO 1

Organización de la entrevista de la PANSS

Fase	Estrategia	Objetivos	Tiempo aproximado
I	No directiva ¹	Establecer el contacto Observar la conducta espontánea Identificar las áreas de interés	10-15 minutos
II	Semiestructurada ²	Exploración sistemática de los síntomas y su severidad	15-20 minutos
III	Estructurada ³	Exploración del humor, ansiedad, orientación y razonamiento abstracto	5-10 minutos
IV	Directiva	Clarificar la información obtenida Testar los límites y la respuesta al estrés Valorar el espectro total de la psicopatología	5-10 minutos

¹ La secuencia recomendada de las preguntas se muestra en el Anexo 2, sección 1.

² La secuencia recomendada de las preguntas se muestra en el Anexo 2, secciones 1-7.

³ La secuencia recomendada de las preguntas se muestra en el Anexo 2, secciones 8-11.



ANEXO 2

Prototipos de preguntas para la entrevista de la PANSS

Con el fin de explorar las principales áreas de la psicopatología.

1) Juicio e introspección

- ¿Qué le trajo al hospital?
- ¿Necesita usted tratamiento, medicinas, estar hospitalizado?
- ¿Está hospitalizado por error, es por castigo, forma parte de un complot?
- ¿Tiene usted un trastorno psiquiátrico, lo ha tenido en el pasado?
- ¿Cuáles son los síntomas de su enfermedad?
- ¿Por qué está tomando tratamiento? (si lo está tomando)
- ¿Quiere ser dado de alta del hospital?
- ¿Cuáles son sus planes inmediatos, y para el futuro?

2) Alucinaciones

- ¿Tiene usted experiencias extrañas, oye ruidos extraños?
- ¿Oye a veces cosas que otras personas no pueden oír?
- ¿Recibe a veces comunicaciones personales por medio de la radio o la TV, de Dios?
- ¿Puede a veces escuchar sus propios pensamientos dentro de su cabeza, es como si sus pensamientos tuvieran eco, le suenan como si fueran voces?
- ¿Oye a veces voces (cerciorarse de que no son reales), cuándo, con qué frecuencia, son claras, altas?
- ¿De quién son las voces que oye, cuantas personas le hablan, le hablan a usted, hacen comentarios sobre usted, hablan las voces entre sí?
- ¿Qué le dicen las voces, son buenas o malas, las teme?
- ¿Las voces le comentan lo que usted hace o dice, le dan ordenes directas?
- ¿Obedece las órdenes de las voces, debe hacerlo?
- ¿De ordinario, las cosas le parecen extrañas o distorsiones?
- ¿Tiene como "visiones", o ve cosas que otros no pueden ver, con que frecuencia, son muy claras las visiones?
- ¿Las visiones aparecen con voces, o separadamente?
- ¿Huele usted cosas que otros no pueden oler?
- ¿Tiene extrañas sensaciones en su cuerpo, siente algo extraño dentro de usted?
- ¿Qué hace cuando tiene las voces (visiones, etc.), cómo le vienen, son un problema para usted?



3) Delirios (general)

- ¿Cuándo se encuentra usted solo, qué es lo que piensa?
- ¿Qué piensa usted acerca de la vida?
- ¿Sigue usted alguna filosofía personal?

4) Ideas de suspicacia y perjuicio

- ¿Qué tal le va con las demás personas?
- ¿Le gusta la gente, le disgusta, le molesta, la teme, por qué?
- ¿Tiene confianza en la mayoría de la gente, desconfía de alguien, de quién, por qué?
- ¿A veces la gente habla de usted a sus espaldas, qué le dicen, por qué?
- ¿Siente que alguna gente se fija en usted, le espían, planean algo contra usted, intentan perjudicarlo, matarlo?
- ¿Qué pruebas tiene, quién está detrás de todo esto, por qué ocurre esto?

5) Grandiosidad

- ¿Cómo se considera usted en relación con la mayoría de las personas, mejor o peor?
- ¿Es usted especial de alguna manera?
- ¿Tiene usted talento o capacidades especiales que la mayoría de la gente no tiene?
- ¿Tiene usted capacidades telepáticas, puede leer en la mente de las demás personas?
- ¿Tiene poderes especiales o inusuales?
- ¿Se considera una persona rica, famosa, ha salido usted en la TV, en la radio, en el cine, en el teatro, tiene algún record especial?
- ¿Usted cree que tiene más virtudes morales que la mayoría de las demás personas, le hace esto especial en algún sentido?
- ¿Tiene usted una misión especial en la vida, cómo es esto, a que se debe?
- ¿Es usted una persona religiosa, qué relación tiene con Dios, está usted mas próximo a Dios que los demás, es usted un emisario o representante de Dios?

6) Sentimientos de culpa

- ¿Se siente usted menos digno de consideración que las demás personas?
- ¿Usted se considera una persona mala de alguna manera?
- ¿Se siente usted culpable por algo que hizo en el pasado?
- ¿Ha hecho usted algo por lo que merezca ser castigado?, ¿qué tipo de castigo se merece?
- ¿Es su presente situación (enfermedad, hospitalización, etc.) un tipo de castigo?, ¿cómo sabe esto?
- ¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño para castigarse, lo ha intentado en alguna ocasión?



7) Preocupaciones somáticas

- ¿Cómo se siente usted?
- ¿Tiene algún problema de salud, cómo funciona su organismo?
- ¿Tiene alguna enfermedad médica, es seria?
- ¿Cómo funciona su cabeza, y corazón?
- ¿Tiene algún problema en sus pulmones, brazos, piernas, en alguna otra parte del cuerpo?
- ¿Siente su cabeza o cuerpo como extraños?
- ¿Su cuerpo o cabeza ha cambiado de forma o de tamaño?
- ¿Cuál es la causa de estos problemas?

8) Depresión

- ¿Cuál es su estado de ánimo habitual?
- ¿Se encuentra feliz, triste, por qué?
- ¿Cómo se ha sentido de infeliz últimamente?
- ¿Cuándo se encuentra triste, cuánto duran estos sentimientos?
- ¿A veces llora, con qué frecuencia?
- ¿Su estado de ánimo le ha afectado al apetito, al sueño, a su capacidad para trabajar?
- ¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño, de acabar con su vida, ha intentado suicidarse?

9) Ansiedad

- ¿Le preocupa algo?
- ¿Se ha encontrado nervioso, tenso?
- ¿Podría extender sus manos, por favor (observar si tiene temblor)?
- ¿Ahora podría ver sus palmas (observar si existe sudoración)?
- ¿Tiene temor a algo, a alguien?
- ¿Cómo se encuentra de nervioso?
- ¿Ha llegado a tener un estado de pánico?
- ¿Sus preocupaciones y nerviosismo han afectado a su apetito, al sueño, a su capacidad para trabajar?

10) Orientación

- ¿Qué día de la semana es, a que fecha estamos (día, mes, año)?
- ¿Dónde está usted ahora (ciudad, país, barrio, dirección de la calle)?
- ¿Cómo se llama este hospital, en que servicio está usted?
- ¿Cómo se llama el médico que le trata?
- ¿Cómo se llaman los otros médicos o enfermeras, qué trabajo hacen?
- ¿Cómo se llaman sus amigos del hospital, y sus amigos del barrio?
- ¿Sabe el nombre del alcalde, del presidente de la Comunidad Autónoma, del presidente del estado?



11) Pensamiento abstracto

A. Semejanzas

1. ¿En qué se parecen una pelota y una naranja?
2. ¿Manzana y plátano?
3. ¿Lapicero y pluma?
4. ¿Dólar y peseta?
5. ¿Mesa y silla?
6. ¿Tigre y elefante?
7. ¿Sombrero y camisa?
8. ¿Autobús y tren?
9. ¿Brazo y pierna?
10. ¿Rosa y tulipán?
11. ¿Tío y primo?
12. ¿Sol y luna?
13. ¿Cuadro y poema?
14. ¿Cumbre y valle?
15. ¿Aire y agua?
16. ¿Paz y prosperidad?

B. Proverbios

¿Qué quiere decir?

1. Perro ladrador, poco mordedor.
2. Año de nieves, año de bienes
3. No es oro todo lo que reluce
4. No dejes para mañana lo que puedas hacer hoy
5. A quien madruga, Dios le ayuda
6. Cuatros ojos ven mejor que dos
7. De tal palo, tal astilla
8. Mas vale pájaro en mano que ciento volando
9. Quien mucho abarca poco aprieta
10. El que a hierro mata, a hierro muere
11. El que a buen árbol se arrima, buena sombra le cobija
12. una golondrina no hace verano
13. Mal de mucho, consuelo de tontos
14. Le parece al ladrón que todos son de su condición
15. A Dios rogando y con el mazo dando
16. Por la boca muere el pez

Sólo una parte de las semejanzas y proverbios a diferentes niveles de dificultad (p.e. un ítem cada cuatro) debe aplicarse en la entrevista. Cuando la escala se empieza longitudinalmente, los ítems deberían de ser sistemáticamente rotados en las sucesivas entrevistas, lo que proporciona una diferente selección de varios niveles de dificultad y así se minimiza la repetición.



ANEXO 3

Hoja de puntuación de la PANSS

ESCALA DE LOS SINDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)

Adaptación española de V. Peralta y M. J. Cuesta

Nombre del paciente _____ Número _____
Entrevistador _____ Periodo de observación _____ Fecha _____

	A	D	L	M	MS	S	E
SINDROME POSITIVO (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización	1	2	3	4	5	6	7
3. Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
SINDROME NEGATIVO (PANSS-N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Ausencia de Espont. y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)							
1. Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de juicio e "introspección"	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

Hoja de puntuación de la PANSS (continuación)



Escala	Puntuación	Percentil	Rango
PANSS-P	_____	_____	_____
PANSS-N	_____	_____	_____
PANSS-C	_____	_____	_____
PANSS-PG	_____	_____	_____

Número de síntomas del PANSS-P con puntuación $\geq 4 =$

Número de síntomas del PANSS-N con puntuación $\geq 4 =$

Tipo de esquizofrenia:

Sistema inclusivo: Positiva Negativa

Sistema restrictivo: Positiva Negativa Mixta Otra

USO RESTRINGIDO



ANEXO 4

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

* Los percentiles se obtuvieron en una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos (criterios DSM-III-R) que investigaron por una exacerbación de su enfermedad y fueron evaluados durante los primeros días del ingreso (Peralta y Cuesta, en prensa)