

---

# ESCALAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

---

Dr. Antonio Benabarre

Especialista Senior | Programa de Trastornos Bipolares | Institut Clínic de Neurociències | Hospital Clínic de Barcelona





# ESCALAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Dr. Antonio Benabarre

Especialista Senior | Programa de Trastornos Bipolares | Institut Clínic de Neurociències | Hospital Clínic de Barcelona

2009 MEDICAL DOS PLUS S.L.  
Alfons XII, 23-27 local 9 08006 Barcelona  
[www.dosplus.es](http://www.dosplus.es)

Impreso por:  
Depósito Legal:

**Diagnóstico del Trastorno Bipolar en fase depresiva**

- HCL-32 .....3
  - Ejemplar para el paciente..... Sección amarilla
  - Interpretación de resultados .....2

**Adaptación funcional**

- FAST (Functional Assessment Staging) ..... 5
  - Interpretación de resultados ..... 2

**Fase maníaca**

- Escala PANSS POSITIVA Y NEGATIVA para cuando existan síntomas psicóticos .....6
  - Interpretación de resultados ..... 2
- Escala de Young para la manía ..... 21
  - Interpretación de resultados .....2

**Fase depresiva**

- Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems ..... 23
  - Interpretación de resultados ..... 2

**Comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria**

- BEDS (Barcelona Eating Disorders Scale) ..... 27
  - Ejemplar para el paciente ..... Sección azul
  - Interpretación de resultados .....2

**Comorbilidad con impulsividad**

- Escala de Barratt ..... 28
  - Ejemplar para el paciente ..... Sección naranja
  - Interpretación de resultados .....2

**Fase mixta**

- Escala de Young para la manía / Escala de Hamilton para la depresión ..... 20/22
  - Interpretación de resultados .....2

# Interpretación de resultados

## • HCL-32

El cuestionario HCL-32 es autoadministrado que puede ser completado por los pacientes en 5 o 10 minutos. Consta de 9 preguntas que nos dan información del estado actual del paciente, su estado de ánimo en comparación con el de otros, así como los periodos de estado de ánimo elevado, incluyendo sintomatología, frecuencia, duración e impacto social.

La pregunta 3 es propiamente el listado de síntomas y con 14 o más respuestas positivas podemos hacer un *screening* positivo, y después el clínico debería realizar una evaluación para revisar y confirmar el posible diagnóstico de trastorno bipolar.

La página 4 del cuestionario facilita más información al clínico/investigador, y en ningún momento se le facilita al paciente.

## • FAST (Functional Assessment Staging)

Se clasifica a los pacientes en siete grupos, según la Global Deterioration Scale (GSD): desde el estadio 1 (ausencia de déficit cognoscitivo) hasta el estadio 7 (déficit cognoscitivo muy grave); el estadio 2 podría ser considerado como alteración de la memoria asociada a la edad (el riesgo de desarrollo de una demencia en este grupo es menor del 10%); el estadio 3 podría superponerse en muchos casos al deterioro cognitivo asociado a la edad (el riesgo de desarrollo de una demencia en este grupo es del 75%); la enfermedad de Alzheimer comienza en el estadio 4. A dicho estadiaje se le añaden las características que presenta el paciente desde un punto de vista funcional.

## • Escala PANSS POSITIVA Y NEGATIVA para cuando existan síntomas psicóticos

### Sistema restrictivo

- Subtipopositivo: puntuación  $\geq 4$  en 3 o más ítems de la escala positiva, pero en menos de 3 ítems de la escala negativa.
- Subtiponegativo: puntuación  $\geq 4$  en 3 o más ítems de la escala negativa, pero en menos de 3 ítems de la escala positiva.
- Subtipo mixto: puntuación  $\geq 4$  en 3 o más ítems en ambas escalas.
- Otro tipo: el resto.

**Sistema inclusivo:** emplea la puntuación de la escala compuesta.

- Subtipo positivo:  $> 0$ .
- Subtipo negativo:  $< 0$ .

## • Escala de Young para la manía

< 10	Hipomanía
10-19	Manía leve
> 19	Manía moderada-severa

## • Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems

0-7	Sin depresión
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que depresión mayor

## • BEDS (Barcelona Eating Disorders Scale)

Consta de tan sólo 10 ítems, que se pueden dividir en diferentes grupos:

- Regularidad de hábitos alimentarios (ítems 1 y 10).
- Influencia del estado de ánimo en la ingesta alimentaria y en las alteraciones del apetito (ítems 2, 5, 6).
- Trastornos de la conducta alimentaria como son los atracones (ítems 3, 7), el mecanismo regulador de la saciedad (ítem 4), el hecho de comer de manera compulsiva (ítem 9) y el *craving* de carbohidratos (ítem 8).

Cada uno de los ítems presenta cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3 (0: nunca; 1: a veces; 2: a menudo; 3: siempre). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de cada ítem, y tiene un rango de 0 a 30.

Puntuaciones de 0 a 13 se consideran, en principio, normales, y por encima de 13, patológicas.

## • Escala de Barratt

Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas:

- Ítems Impulsividad cognitiva: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27.
- Ítems Impulsividad Motora: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29.
- Ítems impulsividad no planeada: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30.

La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas.

### Energía, actividad y estado de ánimo

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de energía, actividad y estado de ánimo (altibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los periodos de estado de ánimo elevado.

1. En primer lugar, indique cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual (*Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones*):

Mucho peor que de costumbre	—
Peor que de costumbre	—
Un poco peor que de costumbre	—
Ni peor ni mejor que de costumbre	—
Un poco mejor que de costumbre	—
Mejor que de costumbre	—
Mucho mejor que de costumbre	—

2. Comparado con otras personas, ¿cómo se siente usted habitualmente? Independientemente de cómo se encuentra hoy, por favor, indíquenos cómo se siente usted normalmente en comparación con otras personas marcando cuál de las afirmaciones siguientes le describen mejor. En comparación con otras personas, mi nivel de actividad, energía y estado de ánimo... (*Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones*):

...es siempre bastante estable y equilibrado	—
...es generalmente superior	—
...es generalmente inferior	—
...repetidamente muestra altibajos	—

3. Por favor, trate de recordar un periodo en el que usted estuviera en un estado de ánimo elevado. ¿Cómo se sintió entonces? (*Por favor, conteste todas estas afirmaciones independientemente de su estado actual*):

#### En ese estado:

	Sí	No
1. Necesito dormir menos	—	—
2. Me siento con más energía y más activo/a	—	—
3. Me siento más seguro/a de mí mismo/a	—	—
4. Disfruto más de mi trabajo	—	—
5. Soy más sociable (hago más llamadas telefónicas, salgo más)	—	—
6. Quiero viajar y viajo más	—	—
7. Suelo conducir más rápido o de forma más arriesgada	—	—
8. Gasto más/demasiado dinero	—	—
9. Me arriesgo más en mi vida diaria (en mi trabajo y/u otras actividades)	—	—
10. Físicamente estoy más activo/a (deporte, etc.)	—	—
11. Planeo más actividades o proyectos	—	—
12. Tengo más ideas, soy más creativo/a	—	—
13. Soy menos tímido/a o inhibido/a	—	—
14. Llevo ropa/maquillaje más llamativo y extravagante	—	—
15. Quiero quedar y, de hecho, quedo con más gente	—	—
16. Estoy más interesado/a en el sexo y/o tengo un mayor deseo sexual	—	—
17. Flirteo más y/o soy más activo/a sexualmente	—	—
18. Hablo más	—	—

19. Pienso más deprisa	-	-
20. Bromeo más o hago más juegos de palabras cuando hablo	-	-
21. Me distraigo más fácilmente	-	-
22. Me embarco en muchas cosas nuevas	-	-
23. Mis pensamientos saltan de un tema a otro	-	-
24. Hago las cosas más rápidamente y/o más fácilmente	-	-
25. Estoy más impaciente y/o me irrito más fácilmente	-	-
26. Puedo ser agotador o irritante para los demás	-	-
27. Me meto en más broncas	-	-
28. Mi estado de ánimo es más elevado, más optimista	-	-
29. Tomo más café	-	-
30. Fumo más cigarrillos	-	-
31. Bebo más alcohol	-	-
32. Tomo más fármacos (tranquilizantes, ansiolíticos, estimulantes...)	-	-
33. Juego más apostando dinero	-	-
34. Como más	-	-

4. Consecuencias de sus periodos de euforia en varios aspectos de su vida:

	Positivas y negativas	Positivas	Negativas	Sin consecuencias
Vida Familiar	-	-	-	-
Vida Social	-	-	-	-
Trabajo	-	-	-	-
Ocio	-	-	-	-

5. Reacciones y comentarios de otras personas acerca de sus estados de ánimo elevado. ¿Cómo fueron las reacciones o comentarios de las personas cercanas a usted sobre sus periodos de estado de ánimo elevado?  
(Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones):

Positivas (animando o apoyando)	-
Neutras	-
Negativas (preocupación, molestia, irritación, crítica)	-
Positivas y negativas	-
Ninguna reacción	-

6. La duración de sus periodos de estado de ánimo elevado por norma general (por término medio) es de...  
(Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones):

1 día	-
2-3 días	-
4-7 días	-
Más de una semana	-
Más de un mes	-
No sabría valorarla/no lo sé	-

7. En los últimos 12 meses ha experimentado un periodo de estado de ánimo elevado?

Sí  No

8. En caso afirmativo, por favor, estime cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses:

En conjunto: unos    días



Estadio GDS	Características
1	Ausencia de déficits funcionales objetivos o subjetivos.
2	Déficit funcional subjetivo.
3	Déficits en tareas ocupacionales y sociales complejas, y que generalmente lo observan familiares y amigos.
4	Déficits observables en tareas complejas, como el control de los aspectos económicos personales o la planificación de comidas cuando hay invitados.
5	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones.
6	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse: <ul style="list-style-type: none"><li>a) Disminución de la habilidad de vestirse solo.</li><li>b) Disminución de la habilidad para bañarse solo.</li><li>c) Disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo.</li><li>d) Disminución de la continencia urinaria.</li><li>e) Disminución de la continencia fecal.</li></ul>
7	Pérdida del habla y la capacidad motora: <ul style="list-style-type: none"><li>a) Capacidad de habla limitada a unas 6 palabras.</li><li>b) Capacidad de habla limitada a una única palabra.</li><li>c) Pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda.</li><li>d) Pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda.</li><li>e) Pérdida de la capacidad para sonreír.</li><li>f) Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida.</li></ul>

## ESCALA POSITIVA

### P1. 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.
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.
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 capacidad 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. Suspicion/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 pretendan 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 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 valoración:** 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 valoración:** 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 se 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 para la 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.
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 para la 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 para la 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 relatos remotos.
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 similitudes. El pensamiento es bien vacío o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincrásicas.
7. **Extrema:** Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incomprensión 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 para la valoración:** 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 sé, no tengo libertad para opinar”). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.
7. **Extrema:** La respuesta verbal se reduce 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.

**Bases para la valoración:** 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 más 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.
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.
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

## PG6. Depresión

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 rehúsa 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. Rehúsa 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 idiosincrásico, 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. ej. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p. ej. 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. ej. 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. ej., 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 cambiar la 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 irreales 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 equívocas 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. ej. 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.
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.
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.

### RESULTADOS

	PUNTOS	PERCENTIL		PUNTOS	PERCENTIL
SÍNDROME POSITIVO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ÍNDICE COMPUESTO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SÍNDROME NEGATIVO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PSICOPATOLOGÍA GENERAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SISTEMA RESTRICTIVO:	<input type="text"/>				
SISTEMA INCLUSIVO:	<input type="text"/>				



## 1. Euforia

0. Ausente.
1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta.
2. Clara, aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre.
3. Elevada e inapropiada.
4. Grave y desorganizada.

## 2. Hiperactividad

0. Ausente.
1. Subjetivamente aumentada.
2. Vigoroso/a, hipergestual.
3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud.
4. Agitación o hiperactividad constante.

## 3. Impulso sexual

0. No aumentado.
1. Posible o moderadamente aumentado.
2. Claro aumento al preguntar.
3. Espontáneamente referido como elevado, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales.
4. Actos o incitaciones sexuales evidentes.

## 4. Sueño

0. No reducido.
1. Disminución en menos de una hora.
2. Disminución en más de una hora.
3. Refiere disminución de la necesidad de dormir.
4. Niega necesidad de dormir.

## 5. Irritabilidad

0. Ausente.
2. Subjetivamente aumentada.
4. Irritabilidad fluctuante, episodios recientes de rabia o enfado.
6. Predominantemente irritable, brusco y cortante.
8. Hostil, no colaborador/a, no entrevistable.

## 6. Expresión verbal

0. No aumentada.
2. Sensación de locuacidad.
4. Aumentada de forma fluctuante, prolijidad.
6. Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva.
8. Verborrea ininterrumpible y continua.

## 7. Trastornos del curso pensamiento

0. Ausentes.
1. Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento.
2. Distracción clara, descarrilamiento, taquipsiquia.
3. Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia.
4. Incoherencia, ininteligibilidad.

## 8. Trastornos formales del pensamiento

0. Ausentes.
2. Planes discutibles, nuevos intereses.
4. Proyectos especiales, misticismo.
6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia.
8. Delirios, alucinaciones.

## 9. Agresividad

0. Ausente.
2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a.
4. Querulante, pone en guardia.
6. Amenazador/a, habla a gritos, entrevista difícil.
8. Agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible.

## 10. Apariencia

0. Indumentaria apropiada y limpia.
1. Ligeramente descuidada.
2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada.
3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo.
4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra.

## 11. Conciencia de enfermedad

0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento.
1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a.
2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad.
3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad.
4. Niega cualquier cambio de conducta.

TOTAL:

Seleccionar para cada ítem la puntuación que mejor defina las características del paciente

## 1. Estado de ánimo deprimido

(Tristeza, llanto, retraimiento, melancólico, contenidos depresivos del pensamiento y pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros)

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** Actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso de su estado de ánimo.
2. **Moderado:** Llanto ocasional; apatía; pesimismo; desmotivación.
3. **Intenso:** Llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.
4. **Extremo:** Llanto muy frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

## 2. Sentimientos de culpa

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** Autorreproches; teme haber decepcionado a la gente.
2. **Moderado:** Ideas de culpabilidad; sentimientos de ser mala persona, de no merecer atención.
3. **Intenso:** La enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece los sufrimientos que padece.
4. **Extremo:** Ideas delirantes de culpa, con o sin alucinaciones acusatorias.

## 3. Suicidio

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** La vida no vale la pena de ser vivida.
2. **Moderado:** Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse.
3. **Intenso:** Ideas o amenazas suicidas.
4. **Extremo:** Serio intento de suicidio.

## 4. Insomnio inicial

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

### 0. Ausente.

1. **Ocasional:** Tarda en dormir entre media y una hora (menos de tres noches por semana).
2. **Frecuente:** Tarda en dormir más de una hora (tres o más noches seguidas por semana).

## 5. Insomnio medio

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

### 0. Ausente.

1. **Ocasional:** Está inquieto durante la noche; si se despierta, tarda casi una hora en dormirse de nuevo (menos de tres noches por semana).
2. **Frecuente:** Está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse, debe puntuar 2 (tres o más noches seguidas por semana).

## 6. Insomnio tardío

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

### 0. Ausente.

1. **Ocasional:** Se despierta antes de lo habitual (menos de dos horas antes; menos de tres días por semana).
2. **Frecuente:** Se despierta dos o más horas antes de lo habitual (tres o más días seguidos por semana).

## 7. Trabajo y actividades

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** Ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distinguir de la fatiga o pérdida de energía, que se puntúan en otro apartado.
2. **Moderado:** Falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (sí el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).
3. **Intenso:** Evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades (trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.
4. **Extremo:** Dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las

## 8. Inhibición

(Lentitud de pensamiento y del lenguaje; peor capacidad de concentración; disminución de la actividad motora)

### 0. Ausente.

1. **Ligera:** Ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.
2. **Moderada:** Evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar a las preguntas).
3. **Intensa:** Entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos y al caminar.
4. **Extrema:** Estupor depresivo completo; entrevista imposible.

## 9. Agitación

### 0. Ausente.

1. **Ligera:** Mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.
2. **Moderada:** Se mueve durante la entrevista; se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos.
3. **Intensa:** No puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.
4. **Extrema:** La entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

## 10. Ansiedad psíquica

Aquí se incluyen muchos síntomas, tales como: tensión, incapacidad para relajarse o concentrarse, irritabilidad, preocupaciones sobre trivialidades (que no son rumiaciones depresivas), fobias, crisis de ansiedad, etc.

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** Tensión subjetiva e irritabilidad.
2. **Moderada:** Tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
3. **Intensa:** Actitud aprensiva evidente en la expresión y el lenguaje.
4. **Extrema:** Crisis de ansiedad observadas; la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea verbal o no verbal.

## 11. Ansiedad somática

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (pesadez de estómago, retortijones, diarrea, boca seca, flatulencia, diarrea, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, desmayos, sofocos, dolor o malestar precordial); respiratorios (hiperventilación, suspiros, ahogos, dificultad para respirar); aumento de la frecuencia urinaria; sudoración; tensión muscular, temblores, tinnitus; vértigos; visión borrosa; etc.

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** Un solo síntoma o un síntoma dudoso, o varios síntomas de un mismo sistema.
2. **Moderada:** Varios síntomas de distintos sistemas.
3. **Intensa:** Múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
4. **Extrema:** Numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

## 12. Síntomas somáticos gastrointestinales

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
2. **Intenso:** Pérdida de apetito y no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

## 13. Síntomas somáticos generales

### 0. Ausente.

1. **Ligero:** Fatigabilidad, pérdida de energía; pesadez en extremidades, espalda o cabeza; dorsalgias, cefalea, algias musculares.
2. **Intenso:** Fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente se clasifica en 2.

## 14. Síntomas genitales

Pese a su dificultad, su evaluación debe intentarse siempre. Tomar nota de los cambios asociados claramente con la enfermedad.

### 0. Ausente

o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1. **Ligero:** Descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
2. **Intenso:** Pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

### 15. Hipocondría

Valorar el síntoma que aparece o aumenta asociado a la depresión.

- 0. **Ausente.**
- 1. **Ligera:** Alguna preocupación por las funciones corporales y por síntomas orgánicos.
- 2. **Moderada:** Muy preocupado y atento a síntomas orgánicos; piensa que tiene una enfermedad orgánica.
- 3. **Intensa:** Fuerte convicción de padecer un trastorno orgánico que, para el paciente, justifica su situación actual (puede ceder temporalmente a la argumentación lógica); solicitud constante de ayudas, exploraciones, etc.
- 4. **Extrema:** Ideas delirantes hipocondríacas.

### 16. Pérdida de introspección

- 0. **Ausente:** Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
- 1. **Ligera:** Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.
- 2. **Intensa:** Niega que esté enfermo.

### 17. Pérdida de peso

En evaluaciones sucesivas, restar a la puntuación inicial 1 si gana 500 g/semana y 2 si gana 1 kg/semana).

- 0. **Ausente.**
- 1. **Ligera:** Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 g/semana o 2,5 kg/año (sin dieta).
- 2. **Intensa:** Pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior al kg/semana o 4,5 kg/año (sin dieta).

TOTAL:

I MELANCOLÍA:

I ANSIEDAD:

I ANSIEDAD/ SOMATIZACIÓN:

I ALTERACIÓN DEL SUEÑO:

**A** = Nunca      **B** = A veces      **C** = A menudo      **D** = Siempre

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. ¿Tiene dificultad en seguir los horarios de las diferentes comidas de forma regular sin saltarse ninguna?	—	—	—	—
2. ¿Cree que su estado de ánimo le influye en tener más o menos apetito?	—	—	—	—
3. ¿Alguna vez se ha levantado durante la noche con la necesidad de comer?	—	—	—	—
4. ¿Le cuesta parar de comer siempre que se lo propone, aunque esté lleno?	—	—	—	—
5. ¿Cuando se siente deprimido/a tiene tendencia a comer más?	—	—	—	—
6. ¿Si se encuentra eufórico/a le cambia el apetito?	—	—	—	—
7. ¿A veces realiza atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer?	—	—	—	—
8. ¿Diría de tiene tendencia a comer cosas dulces?	—	—	—	—
9. ¿Considera que habitualmente tiene demasiado apetito y come en exceso?	—	—	—	—
10. ¿Tiene tendencia a picar entre comidas?	—	—	—	—

**TOTAL:**

## Escala de BARRATT

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

**Entrevistador:** Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

	Raramente o nunca	Ocasional-mente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado.....	___	___	___	___
2. Hago las cosas sin pensarlas.....	___	___	___	___
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho..... (no me perturbo con facilidad)	___	___	___	___
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad..... (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	___	___	___	___
5. Planifico mis viajes con antelación.....	___	___	___	___
6. Soy una persona con autocontrol.....	___	___	___	___
7. Me concentro con facilidad..... (se me hace fácil concentrarme)	___	___	___	___
8. Ahorro con regularidad.....	___	___	___	___
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo.....	___	___	___	___
10. Pienso las cosas cuidadosamente.....	___	___	___	___
11. Planifico para tener un trabajo..... (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	___	___	___	___
12. Digo las cosas sin pensarlas.....	___	___	___	___
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados..... (me gusta pensar sobre problemas complejos)	___	___	___	___
14. Cambio de trabajo frecuentemente..... (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	___	___	___	___
15. Actúo impulsivamente.....	___	___	___	___
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	___	___	___	___
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.....	___	___	___	___
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren.....	___	___	___	___



	Raramente o nunca	Ocasional- mente	A menudo	Siempre o casi siempre
19. Soy una persona que piensa sin distraerse..... (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	—	—	—	—
20. Cambio de vivienda a menudo..... (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	—	—	—	—
21. Compró cosas impulsivamente.....	—	—	—	—
22. Yo termino lo que empiezo.....	—	—	—	—
23. Camino y me muevo con rapidez.....	—	—	—	—
24. Resuelvo los problemas experimentando..... (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	—	—	—	—
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano..... (gasto más de lo que gano)	—	—	—	—
26. Hablo rápido.....	—	—	—	—
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando..... (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	—	—	—	—
28. Me interesa más el presente que el futuro.....	—	—	—	—
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas..... (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo)	—	—	—	—
30. Planifico para el futuro..... (me interesa más el futuro que el presente)	—	—	—	—

I COGNITIVA:

I MOTORA:

I NO PLANEADA:

**TOTAL:**

Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord.* 2005;88:217-33.

Barratt ES. Impulsiveness and aggression. *Violence and mental disorder. Development in risk assessment.* En: Monahan J, Steadman HJ, eds. Chicago: The University of Chicago Press; 1995. p. 61-79.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-76.

Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull.* 1988;24:653-9.

Torrent C, Vieta E, Crespo JA, et al. Una escala autoaplicada para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32:127-31.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-35.

**Energía, actividad y estado de ánimo**

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de energía, actividad y estado de ánimo (altibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los periodos de estado de ánimo elevado.

1. En primer lugar, indique cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual (*Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones*):

Mucho peor que de costumbre	—
Peor que de costumbre	—
Un poco peor que de costumbre	—
Ni peor ni mejor que de costumbre	—
Un poco mejor que de costumbre	—
Mejor que de costumbre	—
Mucho mejor que de costumbre	—

2. Comparado con otras personas, ¿cómo se siente usted habitualmente? Independientemente de cómo se encuentra hoy, por favor, indíquenos cómo se siente usted normalmente en comparación con otras personas marcando cuál de las afirmaciones siguientes le describen mejor. En comparación con otras personas, mi nivel de actividad, energía y estado de ánimo... (*Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones*):

...es siempre bastante estable y equilibrado	—
...es generalmente superior	—
...es generalmente inferior	—
...repetidamente muestra altibajos	—

3. Por favor, trate de recordar un periodo en el que usted estuviera en un estado de ánimo elevado. ¿Cómo se sintió entonces? (*Por favor, conteste todas estas afirmaciones independientemente de su estado actual*):

**En ese estado:**

	Sí	No
1. Necesito dormir menos	—	—
2. Me siento con más energía y más activo/a	—	—
3. Me siento más seguro/a de mí mismo/a	—	—
4. Disfruto más de mi trabajo	—	—
5. Soy más sociable (hago más llamadas telefónicas, salgo más)	—	—
6. Quiero viajar y viajo más	—	—
7. Suelo conducir más rápido o de forma más arriesgada	—	—
8. Gasto más/demasiado dinero	—	—
9. Me arriesgo más en mi vida diaria (en mi trabajo y/u otras actividades)	—	—
10. Físicamente estoy más activo/a (deporte, etc.)	—	—
11. Planeo más actividades o proyectos	—	—
12. Tengo más ideas, soy más creativo/a	—	—
13. Soy menos tímido/a o inhibido/a	—	—
14. Llevo ropa/maquillaje más llamativo y extravagante	—	—
15. Quiero quedar y, de hecho, quedo con más gente	—	—
16. Estoy más interesado/a en el sexo y/o tengo un mayor deseo sexual	—	—
17. Flirteo más y/o soy más activo/a sexualmente	—	—
18. Hablo más	—	—

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 19. Pienso más deprisa  | - | - |
| 20. Bromeo más o hago más juegos de palabras cuando hablo                 | - | - |
| 21. Me distraigo más fácilmente   | - | - |
| 22. Me embarco en muchas cosas nuevas                                     | - | - |
| 23. Mis pensamientos saltan de un tema a otro                             | - | - |
| 24. Hago las cosas más rápidamente y/o más fácilmente                     | - | - |
| 25. Estoy más impaciente y/o me irrito más fácilmente                     | - | - |
| 26. Puedo ser agotador o irritante para los demás                         | - | - |
| 27. Me meto en más broncas  | - | - |
| 28. Mi estado de ánimo es más elevado, más optimista                      | - | - |
| 29. Tomo más café   | - | - |
| 30. Fumo más cigarrillos  | - | - |
| 31. Bebo más alcohol  | - | - |
| 32. Tomo más fármacos<br>(tranquilizantes, ansiolíticos, estimulantes...) | - | - |
| 33. Juego más apostando dinero  | - | - |
| 34. Como más  | - | - |

4. Consecuencias de sus periodos de euforia en varios aspectos de su vida:

	<b>Positivas y negativas</b>	<b>Positivas</b>	<b>Negativas</b>	<b>Sin consecuencias</b>
Vida Familiar	-	-	-	-
Vida Social	-	-	-	-
Trabajo	-	-	-	-
Ocio	-	-	-	-

5. Reacciones y comentarios de otras personas acerca de sus estados de ánimo elevado. ¿Cómo fueron las reacciones o comentarios de las personas cercanas a usted sobre sus periodos de estado de ánimo elevado?  
(Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones):

- |   |   |
|---|---|
| Positivas (animando o apoyando)                         | - |
| Neutras   | - |
| Negativas (preocupación, molestia, irritación, crítica) | - |
| Positivas y negativas                                   | - |
| Ninguna reacción  | - |

6. La duración de sus periodos de estado de ánimo elevado por norma general (por término medio) es de...  
(Por favor, marque SÓLO una de las siguientes opciones):

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1 día                        | - |
| 2-3 días                     | - |
| 4-7 días                     | - |
| Más de una semana            | - |
| Más de un mes                | - |
| No sabría valorarla/no lo sé | - |

7. En los últimos 12 meses ha experimentado un periodo de estado de ánimo elevado?

Sí  No

8. En caso afirmativo, por favor, estime cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses:

En conjunto: unos    días

# BEDS (Barcelona Eating Disorders Scale)

---

**A** = Nunca      **B** = A veces      **C** = A menudo      **D** = Siempre

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. ¿Tiene dificultad en seguir los horarios de las diferentes comidas de forma regular sin saltarse ninguna?	—	—	—	—
2. ¿Cree que su estado de ánimo le influye en tener más o menos apetito?	—	—	—	—
3. ¿Alguna vez se ha levantado durante la noche con la necesidad de comer?	—	—	—	—
4. ¿Le cuesta parar de comer siempre que se lo propone, aunque esté lleno?	—	—	—	—
5. ¿Cuando se siente deprimido/a tiene tendencia a comer más?	—	—	—	—
6. ¿Si se encuentra eufórico/a le cambia el apetito?	—	—	—	—
7. ¿A veces realiza atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer?	—	—	—	—
8. ¿Diría de tiene tendencia a comer cosas dulces?	—	—	—	—
9. ¿Considera que habitualmente tiene demasiado apetito y come en exceso?	—	—	—	—
10. ¿Tiene tendencia a picar entre comidas?	—	—	—	—

**TOTAL:**

# Escala de BARRATT

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

**Entrevistador:** Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

	Raramente o nunca	Ocasional-mente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado.....	—	—	—	—
2. Hago las cosas sin pensarlas.....	—	—	—	—
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho..... (no me perturbo con facilidad)	—	—	—	—
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad..... (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	—	—	—	—
5. Planifico mis viajes con antelación.....	—	—	—	—
6. Soy una persona con autocontrol.....	—	—	—	—
7. Me concentro con facilidad..... (se me hace fácil concentrarme)	—	—	—	—
8. Ahorro con regularidad.....	—	—	—	—
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo.....	—	—	—	—
10. Pienso las cosas cuidadosamente.....	—	—	—	—
11. Planifico para tener un trabajo..... (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	—	—	—	—
12. Digo las cosas sin pensarlas.....	—	—	—	—
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados..... (me gusta pensar sobre problemas complejos)	—	—	—	—
14. Cambio de trabajo frecuentemente..... (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	—	—	—	—
15. Actúo impulsivamente.....	—	—	—	—
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	—	—	—	—
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.....	—	—	—	—
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren.....	—	—	—	—

	Raramente o nunca	Ocasional- mente	A menudo	Siempre o casi siempre
19. Soy una persona que piensa sin distraerse..... (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	—	—	—	—
20. Cambio de vivienda a menudo..... (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	—	—	—	—
21. Compró cosas impulsivamente.....	—	—	—	—
22. Yo termino lo que empiezo.....	—	—	—	—
23. Camino y me muevo con rapidez.....	—	—	—	—
24. Resuelvo los problemas experimentando..... (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	—	—	—	—
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano..... (gasto más de lo que gano)	—	—	—	—
26. Hablo rápido.....	—	—	—	—
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando..... (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	—	—	—	—
28. Me interesa más el presente que el futuro.....	—	—	—	—
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas..... (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo)	—	—	—	—
30. Planifico para el futuro..... (me interesa más el futuro que el presente)	—	—	—	—

I COGNITIVA:

I MOTORA:

I NO PLANEADA:

**TOTAL:**