

Estudio comparativo clínico y biológico entre la melancolía con y sin delirio

Fernando Contreras Fernández

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Centre de Formació i Recerca
i la Investigació

Biblioteca de Medicina

Fernando Contreras Fernández.

ESTUDIO COMPARATIVO CLINICOBIOLOGICO ENTRE LA
MELANCOLIA CON Y SIN DELIRIO.

Tesis Doctoral dirigida por el Prof. Julio Vallejo
Ruiloba.

Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica.

Facultat de Medicina. Divisió de Ciències de la Salut.

Universitat de Barcelona.

Año 1995.

5.6. DISCUSIÓN SOBRE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES EN LA INFANCIA (PÉRDIDA PARENTAL) Y ADULTOS, SOPORTE SOCIAL Y DEPRESIÓN DELIRANTE.

Postulamos que habría diferencias en los dos grupos diagnósticos en el número de acontecimientos vitales, soporte social y familiar e índices de vulnerabilidad (orfandad en la infancia).

Cuando el paciente se encontraba en situación de recuperación clínica y previa al alta se realizaba la exploración de:

5.6.1. Acontecimientos vitales en la infancia (pérdida de un progenitor) (Índices de vulnerabilidad de Brow y Harris) y depresión delirante.

En general, en la mayoría de factores de vulnerabilidad de Brow y Harris (mala relación de pareja, mujer con más de tres hijos menores de quince años, separación de los padres en edades tempranas, mala relación entre los padres durante la infancia) no se apreciaban diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos. Sin embargo, pensamos que su existencia influyó en el desencadenamiento de la enfermedad depresiva en casos particulares tal y como pudimos observar en el trato con el paciente y en el desarrollo de la relación terapéutica.

Queremos señalar que la relación entre los padres durante la infancia fue descrita por los pacientes como mala en cinco casos y todos correspondían a pacientes depresivos delirantes. Sin embargo, no existían diferencias significativas.

Otro tipo de acontecimientos vitales no recogidos por los factores de vulnerabilidad de Brow y Harris en la infancia (separaciones paterno filiales traumáticas, hospitalizaciones prolongadas, etc) fueron descritas en un 18.6 % (N=8) del grupo total. Sin embargo, no existían diferencias significativas entre los pacientes depresivos delirantes y los no delirantes. Esta ampliación de los factores de vulnerabilidad de Brow y Harris la hemos querido hacer para señalar la cantidad de situaciones traumáticas que pueden tener influencia en el desarrollo de la enfermedad depresiva.

La orfandad de alguno de los padres en edades tempranas merece un comentario diferenciado. Si bien no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos en la orfandad precoz como factor de vulnerabilidad para la depresión, si queremos señalar que tomada en conjunto la orfandad acontecida antes de los quince años fue de un 23.5 % (N=16). Este porcentaje baja a un 15 % si tomamos como punto de corte los 5 años. Estos datos nos parecen importantes pues obviamente son superiores a lo que cabría esperar de una población general. En estos momentos estamos recogiendo un grupo control formado por personas de similar edad y sexo y libres de patología psíquica. Este dato revalorizaría las aportaciones psicodinámicas sobre la depresión o por lo menos su importancia en el estudio del caso individual.

En nuestra experiencia clínica y en la relación terapéutica todos los pacientes huérfanos relataban este hecho como una situación traumática y vital en el desarrollo de su personalidad.

Guze y cols (1975) es el único autor que se ha interesado por las diferencias entre depresivos delirantes y no delirantes en estas variables. Nuestros resultados, en general, coincidirían con los suyos, con los matices arriba señalados. Estudió 115 variables demográficas,

sintomatológicas y de historia familiar en 253 pacientes con trastorno afectivo primario y secundario de los cuales el 20 % eran psicóticos. Las variables que nos interesan fueron: historia familiar de trastorno psiquiátrico, intento de suicidio, hospitalizaciones de los progenitores, prisión, divorcio o separación, muerte de alguno de los padres antes de los 15 años, alcoholismo en los padres, crueldad de los padres, padres sin un trabajo fijo, negligencia de los padres respecto a la familia, ilegitimidad, ser adoptados o vivir en orfanatos o con familiares. Encontraron que ninguna de estas variables diferenciaba a los pacientes delirantes de los no delirantes.

Desde que Abraham (1912) y Freud (1917) relacionaron la existencia de traumas o pérdidas infantiles con el posterior desarrollo de trastornos depresivos en la edad adulta, han sido muchos los estudios experimentales que han intentado confirmar este punto. Los resultados, sin embargo, distan de ser concluyentes. Diferencias metodológicas en cuanto a criterios diagnósticos, muestras utilizadas como controles, tipo de pérdida -separación, muerte- y edad a la que tuvo lugar, etc, pueden explicar los resultados contradictorios.

Lloyd, tras realizar en 1980 una revisión de 11 estudios, concluye que la pérdida de uno de los progenitores, generalmente por muerte, incrementa en 2 ó 3 veces el riesgo de sufrir depresión en la edad adulta. Sin embargo, en otra revisión realizada por Tennant ese mismo año, se consideran insuficientes los hallazgos que relacionan pérdidas en infancia y depresión en edad adulta, cuando se analizan sólo trabajos referidos a pérdidas por muerte de uno o ambos progenitores y se eligen más rigurosamente los grupos control y experimental.

Patten (1991), aplicando las técnicas del metaanálisis a los estudios más relevantes de los últimos 20 años, obtiene un riesgo de presentar depresión estadísticamente significativo en el caso de mujeres que han perdido a su madre a temprana edad. Dado que 6 de los 8 estudios analizados sólo incluían mujeres, no es posible generalizar estos hallazgos a toda la población.

Dada la confusión del tema que nos ocupa, consideramos necesaria la realización de estudios adecuadamente controlados, que permitan decidir la importancia que factores psico-sociales, en este caso la muerte de los progenitores en la infancia, tienen en la patogénesis de los trastornos depresivos.

En cuanto a la aportación psicodinámica a la comprensión de la melancolía delirante sigue el modelo dimensional y esta centrada en la explicación de las representaciones mentales del paciente depresivo más que en una explicación etiológica del trastorno. Sin embargo, su utilidad es enfatizada por muchos autores como complemento de las terapias biológicas (Lund, 1991).

La eterna dicotomía sobre si la depresión es una enfermedad biológica o psicológica, la prevalencia de los tratamientos biológicos o psicoanalíticos, es habilmente tratada por Mendelson (1993): "los psicoanalistas empezaron a comprender que sus instrumentos psicoanalíticos no eran capaces de tratar las enfermedades depresivas, pero sí eran adecuados para muchos enfermos que sufrían depresión tras aliviar farmacológicamente los aspectos biológicos de la ansiedad, el pánico y la disforia".

5.6.2. Escalas de soporte social de Lowenthal-Haven-Kaplan y Medalie-Goldbourt).

La escala de Lowenthal-Raver-Kaplan sólo se pudo realizar en 15 pacientes melancólicos no delirantes y en 28 pacientes melancólicos delirantes.

La escala de Medalie-Goldbourt sólo se pudo realizar en 12 pacientes melancólicos no delirantes y en 24 pacientes melancólicos delirantes.

Como se indicó en otro lugar no se pudo realizar en toda la muestra debido a diversos factores como imposibilidad técnica, pérdida de la escala etc.

Hasta el momento no hemos encontrado en la literatura ningún trabajo que se ocupe de la diferenciación psicosocial entre los pacientes depresivos delirantes y no delirantes.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos diagnósticos en ninguna de las escalas de Soporte social, estando los dos grupos dentro de un soporte social medio-alto y medio respectivamente.

Esta escalas miden factores tales como grado de confianza depositado en otras personas, solidez de estas relaciones, frecuencia de las relaciones, conflictos familiares, sexualidad y satisfacción con el medio ambiente y vecindario que la rodea. En general, pensamos que es una exploración difícil de realizar y que los pacientes en una sola entrevista tendían a minimizar estos problemas. Al tratarse de variables cualitativas no tienen el mismo peso que, por ejemplo, la edad de orfandad como dato objetivo e incuestionable.

5.6.3. Acontecimientos vitales (Escala de Sarason) en la depresión delirante.

Se pudo valorar en el total de la muestra compuesta por 68 sujetos (33 no delirantes y 35 delirantes).

Tampoco en este terreno hemos encontrado estudios comparativos sobre la incidencia de acontecimientos vitales entre estos dos tipos de depresión.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó la puntuación total de acontecimientos vitales negativos entre los pacientes delirantes (66.7%, N=22) y no delirantes (71.4%, N= 25).

Cuando se analizó la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos en los dos grupos diagnósticos tampoco se encontraron diferencias significativas.

Sin embargo, es interesante destacar su alta incidencia y su efecto acumulativo sobre pacientes a los que ha podido afectar alguno de los índices de vulnerabilidad antes señalado.

5.6.4. Resumen.

Tomados en conjunto ninguno de los resultados muestra una gran diferencia entre la depresión delirante y la no delirante. Sí hemos constatado, como otros autores, la importancia de las variables psicosociales como posibles factores psicopatológicos y/o desencadenantes del cuadro depresivo. Estos resultados nos llevan a pensar que los acontecimientos vitales tendrían más importancia como factor inespecífico desencadenante. El hecho de que un enfermo depresivo desarrolle un delirio o no dependería de variables de mayor peso como son las variables biológicas.

5.7. DISCUSIÓN SOBRE EL CURSO CLINICO. EDAD DE INICIO, CONSISTENCIA A TRAVES DEL TIEMPO Y NUMERO DE EPISODIOS.

Pensamos que se encontrarían diferencias en cuanto a edad de inicio del trastorno, número de episodios y consistencia del cuadro clínico en los diferentes episodios.

Se pudo valorar en el total de la muestra compuesta por 68 sujetos (33 no delirantes y 35 delirantes).

5.7.1. EDAD DE INICIO.

No se encontraron diferencias significativas cuando se compararon las edades de inicio de la enfermedad depresiva. La edad media de inicio del trastorno depresivo fue para la muestra global de 51.2 ± 13.0 años, mientras que para los depresivos no delirantes fue de 50.3 ± 14.0 años y para los depresivos delirantes fue de 52.1 ± 12.1 años.

Nuestros resultados estarían en consonancia con la mayoría de autores con muestras en la edad media de la vida. En general, no encuentran diferencias en la edad de inicio entre el trastorno depresivo delirante y no delirante (Guze, 1975; Charney y cols. 1981; Brown 1984; Angst 1986; Lykouras, 1986a).

Frangos (1983) comparó 145 pacientes delirantes con 119 no delirantes sin encontrar diferencias en la edad de inicio. Es importante por la gran muestra del estudio.

Angst (1986) realizó un estudio de seguimiento de 20 años sobre un total de 388 pacientes afectivos de los cuales 100 eran melancólicos sin delirio, 25 eran delirantes humor

congruente y 48 delirantes humor incongruente y no encontró diferencias significativas en la edad de inicio.

Miller (1986) estudió 70 pacientes ingresados con diagnóstico de depresión mayor unipolar recurrente (DSM-III) de los cuales el 50 % eran delirantes sin encontrar diferencias en la edad de inicio.

Fähndrich y cols. (1988) estudiando 93 pacientes delirantes y 113 no delirantes no encontró diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio que eran 53,4 y 47,9 años respectivamente.

Nelson (1989) encontró que la edad de inicio no fue diferente entre 39 depresivos delirantes (51.1 años) y 70 depresivos unipolares no delirantes (55.2 años) mayores de 60 años, sin estar influido por sexo, diagnóstico posterior de demencia o enfermedad física. Estos resultados son confirmados en otro trabajo por su mismo equipo (Conwell, 1989) que no encuentra diferencias en la actividad delirante según sean depresiones de inicio precoz o tardío. Las características de su muestra son similares a las de Meyers (1986) pero no coinciden en los resultados.

Sólo existe un trabajo comunitario. Se trata del equipo de Weissman (Johnson, 1991) que no encontró diferencias en la edad de inicio entre 662 depresivos no delirantes y 114 delirantes, si bien hay que señalar que todos eran humor incongruente.

Parker (1991a,b), en cambio, estudió 137 sujetos melancólicos de los cuales 35 eran delirantes. Estos últimos empezarían la enfermedad 12 años más tarde.

Algunos trabajos han llamado la atención sobre cuadros depresivos delirantes en adolescentes (Strober y cols., 1981; Dugas y cols., 1985). En nuestra muestra inicial una paciente de 20 años presentaba un cuadro depresivo con delirio de culpa pero fue descartada al realizar la historia pues se trataba de una paciente con un episodio maniaco previo. En general, la recepción de nuestros pacientes durante más de dos años, no nos ha permitido observar esta eventualidad de cuadros depresivos delirantes unipolares en personas adolescentes. Estos casos, aunque poco frecuentes, son importantes, pues pueden corresponder a esquizofrenias mal diagnosticadas y por esto los autores llaman la atención sobre su diagnóstico precoz (Vallejo, 1990).

5.7.2. NUMERO DE EPISODIOS PREVIOS.

Tampoco se encontraron diferencias significativas en el número de episodios previos. El número de episodios previos para la muestra global fue de 1.6 ± 2.3 mientras que para los depresivos no delirantes fue de 1.7 ± 2.8 y para los depresivos delirantes de 1.5 ± 1.7 . En la recogida de nuestros datos fuimos especialmente cuidadosos en historiar cualquier tipo de episodio depresivo hubiera o no necesitado de ingreso.

Los resultados en este punto vuelven a ser contradictorios y se pueden dividir en:

1º) Autores que encuentran un mayor número de episodios e ingresos en los pacientes delirantes:

Nelson y Bowers (1978) presentan un trabajo retrospectivo con 14 pacientes delirantes y 13 no delirantes encontrando mayor numero de episodios previos en los delirantes.

Baldwin (1988) refiere igual posibilidad de recaídas, pero si éstas ocurren, los delirantes tendrían mayor probabilidad de ser hospitalizados.

Nelson (1989) encuentran en sus 39 pacientes delirantes y en los 70 no delirantes un mayor número de hospitalizaciones en los primeros ($p=0.028$).

Siguiendo a De la Cuba y Vallejo (1990) el primer autor que encontró mayor número de episodios previos en depresivos delirantes que en no delirantes fue Guze (1975).

Johnson (1991) en su estudio comunitario encuentra mayor número de episodios previos en su muestra de 114 depresivos delirantes humor incongruente frente a 662 depresivos no psicóticos.

2º) Autores que no encuentran diferencias:

Otros en cambio no encuentran diferencias significativas (Frances y cols., 1981; Kettering y cols., 1987).

Frances (1981) estudió 64 pacientes depresivos con criterios RDC y entrevista con el SADS, de los cuales 30 eran delirantes y no encontró diferencias en el número de episodios. Los hallazgos de Lykouras (1986a) confirman estos resultados.

En la misma línea se encuentran los hallazgos de Maj (1990) con 27 pacientes delirantes y 28 no delirantes en los cuales realizó un control de forma prospectiva a los 6 meses y en seguimiento de 7 años sin encontrar diferencias significativas

en el número de episodios teniendo en cuenta que incluyó también los episodios que no requirieron ingreso. Este punto es importante pues es la crítica que realiza Glassman (1981) al trabajo de Guze (1975) el cual encontraba mayor número de

episodios y hospitalizaciones en los delirantes pero no tenía en cuenta que los no delirantes podían tener episodios que no requerían ingreso. Se suma a estos resultados Miller (1990).

3º) Autores que encuentran menor número de episodios en los delirantes:

Glassman y cols. (1981) en una muestra de 21 pacientes delirantes y 42 pacientes no delirantes ingresados encontraron una menor incidencia de episodios previos en su muestra de delirantes. Se hizo un segundo análisis apareando 14 enfermos según gravedad, edad y sexo y las diferencias fueron aún mayores. Comentan los autores que Guze y cols. (1975) habla de hospitalizaciones previas y que los depresivos no delirantes pueden tener episodios previos sin requerir ingreso. Igual crítica realiza a este tipo de abordaje Maj (1990). Respecto al trabajo de Nelson y cols. (1978) comentan que en su muestra había 4 pacientes que habían tenido 10, 8, 6 y 6 episodios cada uno y que estos sumaban 30 del total de 40 episodios previos de los pacientes delirantes. Esto les hace cuestionarse el diagnóstico de estos pacientes como esquizoafectivos. Si excluimos estos cuatro pacientes los resultados coinciden con los suyos.

Coryell y cols. (1982) en un seguimiento retrospectivo de 40 años encuentra menos episodios previos en los pacientes delirantes. Iguales resultados encuentra Lykouras (1986b).

Fähndric (1988) encuentra menor número de hospitalizaciones en sus 96 depresivos delirantes que en los 113 depresivos no delirantes que estudiaron.



Aronson y cols. (1988), por su parte, constatan que únicamente los depresivos delirantes unipolares de inicio precoz pueden presentar un solo episodio a diferencia de los unipolares de inicio tardío y los bipolares, que tienden sistemáticamente a la recurrencia.

Nuestros resultados se inclinan por no encontrar diferencias en los episodios previos entre los pacientes depresivos delirantes y no delirantes.

5.7.3. CONSISTENCIA EN EL TIEMPO DEL CUADRO DEPRESIVO DELIRANTE.

Dentro del grupo de pacientes depresivos delirantes la presencia de episodios previos que tuvieran características de episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos se pudo constatar en un 48.5 % de los pacientes que habían tenido más de un episodio previo. En cambio, ningún paciente no delirante había presentado un episodio depresivo con características psicóticas.

Según De la Cuba y Vallejo (1990) existen pruebas de que los pacientes con depresión delirante, cuando recaen, lo hacen presentando cuadros igualmente delirantes (Nelson y Bowers, 1978; Aronson y cols., 1988; Baldwin, 1988; Popescu, 1989). Incluso las ideas delirantes tienden a ser de similar forma y contenido (Charney y Nelson, 1981). Aunque todos los autores señalan que no todas las recaídas fueron delirantes (Baldwin, 1988; Charney, 1981; Lykouras, 1985).

Nuestros resultados si bien apoyan los hallazgos de la mayoría de autores no encuentran los altos porcentajes de episodios depresivos delirantes previos encontrados por los primeros autores que se dedicaron a este tema (Nelson y Bowers, 1978; Aronson y cols., 1988; Baldwin, 1988).

En los últimos años han surgido voces discrepantes con la contundencia de estos hallazgos. Winokur (1985b) sin discrepar abiertamente de estos resultados si encuentra en su población de depresivos delirantes que la presentación psicótica va disminuyendo paulatinamente con la repetición de episodios. Popescu (1989) señala que de su muestra de 46 pacientes depresivos delirantes el 80% eran recurrentes y de estos el 48% habían presentado episodios psicóticos. El 29 % no había presentado delirios al principio de la enfermedad y lo hicieron en episodios posteriores. En un 31 % había delirio en el primer episodio y en el actual, pero no fue

constante en todos los episodios previos. Esto les lleva a hipotetizar que si bien el delirio puede ser una vulnerabilidad intrínseca del paciente puede ser influenciado por otros factores tales como la presencia de acontecimientos vitales estresantes, la severidad de la depresión o la personalidad del paciente.

El único trabajo prospectivo que ha estudiado este punto es el de Maj (1990) que estudió 27 depresivos unipolares delirantes humor congruente y 28 no delirantes controlandolos a los seis meses del alta y con un seguimiento de 7 años. No encontró diferencias significativas en el número de episodios en el periodo de seguimiento teniendo en cuenta que incluyó también los episodios que no requirieron ingreso. Este punto es importante pues es la crítica que realiza Glassman (1981) al trabajo de Guze (1975). Pues bien, en el grupo delirante sólo el 48 % presentó episodios delirantes humor congruente en el seguimiento, 7 % fueron humor incongruente y 37 % no fueron delirantes. En el grupo no delirante, el 80 % continuó presentando episodios depresivos no delirantes, el 14 % presentó episodios delirantes humor congruente y el 2 % fueron humor incongruente. Los autores piensan que con estos resultados la estabilidad diagnóstica de la depresión delirante es menor que la referida por otros autores e hipotetizan que no sería una entidad diagnóstica distinta sino producto de un umbral de severidad.

Nuestros resultados, si bien, apoyan de una manera importante la consistencia del cuadro depresivo delirante a lo largo del tiempo, indicarían la posibilidad de que otros factores como los expuestos anteriormente pudieran influir en la expresividad del cuadro. Por otro lado, la nula presencia de episodios depresivos delirantes previos en los pacientes depresivos no delirantes indicaría un cierto factor protector del delirio en estos pacientes.

5.7.4. RESUMEN.

Los datos referentes a edad de inicio de la enfermedad depresiva ni el número de episodios previos nos permiten diferenciar a los depresivos delirantes de los no delirantes. Estos hallazgos estarían de acuerdo con un bloque de autores pero en desacuerdo con otros. Siendo esto una constante en las diferentes variables que hemos estudiado para diferenciar la depresión delirante de la no delirante.

Nos parece más relevante señalar el estudio de la consistencia a través del tiempo de los dos tipos de depresión estudiados. Si bien, los delirantes de nuestra muestra repetían episodios depresivos delirantes en un 48.5%, no alcanzando las altas cifras de otros estudios, si parecían estar más en la línea de los últimos estudios que hablan de la influencia de otros factores en la aparición del cuadro delirante como personalidad, acontecimientos vitales, etc. Sin embargo, si nos parece contundente el hallazgo de que ninguno de los pacientes depresivos no delirantes habían presentado en su historia ningún episodio delirante.

5.8. DISCUSIÓN SOBRE EL RIESGO DE SUICIDIO.

Los datos son contradictorios sobre si el delirio predice mayor riesgo de suicidio en los pacientes delirantes frente a los no delirantes (Schatzberg, 1992).

La finalidad del presente trabajo sería realizar un estudio comparativo entre pacientes depresivos con y sin síntomas psicóticos estudiando diversas variables relacionadas con el suicidio tales como suicidio consumado, antecedentes de intentos de suicidio en episodios previos o en el actual, ideación autolítica e igualmente en sus antecedentes familiares. Nuestros resultados previos (Contreras, 1992a, 1993c; Urretavizcaya, 1992) no encontraban diferencias significativas aunque si una tendencia hacia un mayor riesgo suicida entre las mujeres melancólicas delirantes.

La hipótesis sería que el paciente depresivo delirante tendría más riesgo de suicidio que el depresivo no delirante y que alguno de los diferentes tipos de delirio (culpa, paranoide, ruina e hipocondriaco) sería un factor de riesgo añadido al suicidio.

Se pudo valorar en 69 sujetos (33 no delirantes y 36 delirantes). Uno de los pacientes delirantes realizó un suicidio consumado en el segundo día de ingreso por lo que no se pudieron estudiar las otras variables en su caso.

Con los items del SDAS y el test de Hamilton para la depresión en el episodio actual no se encontraron diferencias significativas en la ideación suicida, gravedad y letalidad del intento entre los dos grupos diagnósticos.

Cuando valoramos los antecedentes en los episodios previos encontramos que no había diferencias significativas en el número de intentos de suicidio aunque si una tendencia a tener más antecedentes entre los pacientes depresivos delirantes. Un 28.8 % del total de la muestra había realizado

algun intento de suicidio previo, siendo de un 24.1 % entre los pacientes depresivos no delirantes y de un 33.3 % entre los pacientes depresivos delirantes.

Las puntuaciones medias realizadas con el SADS fueron no significativas entre los pacientes no delirantes (media= 0.3 $\pm$ 0.9) y los delirantes (media= 0.3 $\pm$ 0.7) en el número de intentos de suicidio en los episodios previos.

Tampoco existían diferencias en la intención suicida medida con el SADS en episodios previos entre los pacientes no delirantes (media= 0.8 $\pm$ 1.4) y los delirantes (media= 1.3 $\pm$ 1.9).

En el periodo de estudio que abarca desde el momento del ingreso hasta 6 meses tras el alta el número de suicidios consumados fue de 2. Fueron mujeres y delirantes. Una murió por ahorcamiento al segundo día del ingreso y la otra por ingesta masiva de fármacos a los 5 meses del alta. Esto representa un 2.9 % del total de enfermos depresivos y un 5.7 % del total de depresivos psicóticos frente a un 0 % en los depresivos no psicóticos.

Otro dato interesante, aunque igualmente no alcanza significación estadística, es el mayor número de suicidios consumados en los familiares de primer grado de los depresivos psicóticos (N=6) frente a los familiares de los depresivos no psicóticos (N=3).

Nuestros resultados estarían de acuerdo con la mayoría de autores que no han encontrado diferencias significativas entre los depresivos delirantes y los no delirantes. En general, son los autores que presentan muestras más amplias y seguimientos más prolongados (Guze y cols, 1975; Nelson y cols. 1978; Charney y cols. 1981).

Coryell y cols. (1982, 1985b) no encuentran diferencias en un trabajo importante retrospectivo de seguimiento de 40 años, en el que entraron 117 pacientes delirantes y 108 no delirantes. La tasa de suicidio consumado en los dos grupos rondaba el 10 %.

Angst (1986) tampoco encuentra diferencias en un estudio de seguimiento de 20 años sobre un total de 100 melancólicos sin delirio, 25 delirantes humor congruente y 48 delirantes humor incongruente.

La única línea de investigación que encuentra un mayor riesgo de suicidio entre los delirantes es la seguida por Roose y cols. (1983). Sin embargo, a pesar de ser los únicos su metodología nos parece importante de destacar. Constatan que los depresivos delirantes tienen 5 veces mayor riesgo de suicidio que los no delirantes y este se eleva si el paciente es varón. Llevaron a cabo un estudio retrospectivo de los suicidios consumados en los últimos 25 años en un hospital para determinar la proporción de delirantes entre un grupo de pacientes deprimidos que se suicidaron, comparada con la proporción de delirantes entre un grupo control de pacientes deprimidos ingresados. Así de 14 suicidios consumados 10 (71 %) eran depresivos delirantes. Mientras que de 28 de los controles en la población deprimida hospitalaria sólo 9 eran delirantes (32%) ($p < 0.05$). Los resultados no son debidos a una mayor gravedad pues 5 de los suicidas estaban recuperados clínicamente por lo que apoyan que es una entidad diferente. La posibilidad de suicidarse en delirantes es 5 veces mayor que en los no delirantes, por lo que el delirio emergería como un importante predictor. El ser un estudio retrospectivo, los suicidios eran intrahospitalarios, la dificultad en incluir lo pacientes según criterios operativos, la difícil distinción retrospectiva de la existencia de delirio y la subsiguiente selección de pacientes hace tomar estos resultados como provisionales. Sin

embargo, estos autores trabajan sobre suicidio consumado a diferencia de otros que lo hacen con ideación o tentativa de suicidio.

Hasta el momento sólo existe un trabajo prospectivo realizado en la comunidad. Se trata del equipo de M. Weissman (Johnson, 1991). En su estudio inicial y control al año encuentran en los delirantes el doble de riesgo para un intento de suicidio en el episodio actual que los no delirantes.

5.8.1. CONTENIDO DEL DELIRIO Y SUICIDIO.

En nuestro trabajo no se halló ninguna relación entre el tipo de delirio (culpa, paranoide, ruina e hipocondríaco) y la ideación suicida, nº de intentos actuales y nº de intentos en el pasado entre los pacientes delirantes.

Sin embargo, la mayoría de autores parecen inclinarse por la mayor influencia en el suicidio de la coincidencia del delirio de culpa con el paranoide (Simkó, 1983; Miller, 1987, 1988; Kuhs, 1991).

Es decir, en nuestra muestra no parecía que ningún tipo de delirio fuera un factor de riesgo añadido para el suicidio.

5.8.2. RESUMEN.

No encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas sobre el suicidio entre las dos poblaciones de depresivos estudiadas.

Si bien, la muestra es pequeña y el seguimiento corto impidiendo realizar un análisis estadístico más profundo sí apreciamos una tendencia a la mayor actuación por parte de

los depresivos psicóticos. También es interesante señalar que los dos casos de suicidio consumado fueron de sexo femenino.

Aunque nuestros resultados no apoyan claramente ninguno de los hallazgos encontrados en la literatura si obtenemos una tendencia hacia el mayor riesgo autolitico en pacientes delirantes de sexo femenino y en sus familiares.

Por otro lado, en nuestra muestra no parecía que ningún tipo de delirio fuera un factor de riesgo añadido para el suicidio.

5.9. DISCUSIÓN SOBRE LA PSICOMETRÍA Y VALORACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

En la literatura se han encontrado diferentes rasgos que podrían ser característicos de los enfermos melancólicos tales como obsesividad, neuroticismo, etc.

Los aspectos esencialmente compulsivos del carácter melancólico lo confirman varios autores. Cadoret y cols. (1971) han observado que el factor denominado "resistencia del superego" del Repertorio de personalidad de Catell resulta más alto en pacientes depresivos con crisis posteriores a los 40 años.

Hirschfeld y Klerman (1983), al determinar las características de la personalidad asociadas con los trastornos afectivos, concluyen que los pacientes depresivos demuestran índices mayores en neurosis, introversión y obsesión que los enfermos maníacos o los individuos normales.

Por su parte, Von Zerssen (1985) elabora un Inventario de personalidad premórbida melancólicos (PPIM) y define el tipo "melancólico", caracterizado por su meticulosidad, raciocinio, metodicidad, conservadurismo y dependencia.

Un estudio realizado en la Universidad de Washington (Akiskal, 1983), usando el cuestionario 16PF de Catell, encontró que los tipos unipolares y sus familiares de primer grado mostraron índices elevados en factores que los señalaban como tímidos (H), reservados (A), sentimentales (L), tensos (Q4), aprensivos y con tendencia al sentimiento de culpa (O).

Sin embargo, pocos se han centrado en las diferencias entre pacientes melancólicos delirantes y no delirantes. La finalidad del presente trabajo era encontrar diferencias de personalidad entre los dos grupos diagnósticos. Nuestros resultados previos (Contreras, 1992a) señalaban pocas diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos y siempre en la línea de una mayor acentuación de los rasgos señalados más arriba del carácter melancólico.

El inicio del estudio de la personalidad entre delirantes y no delirantes se inicia con Charney y Nelson (1981), Lykouras (1986b, 1987) que no encuentran diferencias en rasgos ni trastornos de personalidad entre los dos grupos. Los rasgos más destacables en ambos grupos eran la obsesividad y la dependencia. Estos autores no usan ningún instrumento o escala de evaluación salvo los criterios diagnósticos del DSM III.

Como indicamos en el apartado de Material y Método los instrumentos usados para esta prueba han sido el Cuestionario 16 PF de Catell y el Cuestionario EPQ de Eysenck.

Los cuestionarios pudieron realizarse en un total de 39 sujetos (17 depresivos no delirantes y 22 depresivos delirantes). Tras el momento del alta el paciente fue evaluado cada dos meses hasta completar un seguimiento de seis meses. Durante este periodo y siempre en situación de recuperación clínica se realizaba la exploración de la personalidad. El problema metodológico principal que se nos presenta es que es un estudio retrospectivo por lo que esta dificultad la hemos intentado subsanar realizando las pruebas cuando el sujeto se encontraba en su mejor momento tras la crisis depresiva y siempre haciendo alusión al sujeto sobre su personalidad previa al episodio depresivo.

5.9.1. CUESTIONARIO 16 PF DE CATELL.

Hemos de destacar en primer lugar como se observa en las tablas que, en general, los pacientes estaban dentro de los valores de la normalidad (decatipos entre 5 y 6) y en muy

poca proporción con una ligera desviación (decatipos 3-4 y 7).

Curiosamente, los valores en los que aparecían diferencias significativas entre los depresivos delirantes y no delirantes se situaban dentro de los decatipos de la normalidad, mientras que cuando había una desviación de la normalidad no aparecían diferencias significativas.

En una serie de factores no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos, sin embargo, eran los factores en los que como grupo total e independientemente se desviaban más patológicamente de la media. Se trataba de los factores A (los pacientes melancólicos serían más duros, fríos, escépticos y a mantenerse alejados que los sujetos normales), el factor B (los pacientes melancólicos tendrían una inteligencia más baja y un pensamiento más concreto que los sujetos normales), el factor C (los sujetos melancólicos serían menos estables emocionalmente que los sujetos normales), el factor E (los sujetos melancólicos serían más sumisos), el factor M (los melancólicos serían más convencionales y regulados por realidades externas que los sujetos normales) y el factor Q1 (los sujetos melancólicos serían más conservadores y respetuosos de las ideas establecidas). En general, estos resultados cuadran con las descripciones encontradas en la literatura sobre un mayor grado de neuroticismo entre los sujetos melancólicos que en los sujetos normales (Akiskal, 1983).

Si obtuvimos diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos en los factores F (Desurgencia-Surgencia), H (Trectia-Parmia), O (Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad) y Q4 (Poca tensión energética-Mucha tensión energética). También en los factores de 2º orden Q-I y Q-II.

En el factor F (Desurgencia-Surgencia) puntuaban más alto los pacientes depresivos no delirantes. El factor F oscila entre la persona sobria, prudente, seria, taciturna y la persona descuidada, confiada a la buena ventura, animada e impulsiva y entusiasta. La persona que puntúa alta (depresivos no delirantes) tiende a ser jovial, activa, charlatana, franca, expresiva, acalorada y descuidada. Frecuentemente se le escoge como líder electo. Puede ser impulsiva y de actividad imprevisible o cambiante. Por contra, la persona que puntúa bajo (depresivos delirantes) tiende a ser reprimida, reticente, introspectiva. A veces es terca, pesimista, indebidamente cauta; es considerada por los demás como presumida y estiradamente correcta. Suele ser una persona sobria y digna de confianza.

En el factor H (Trectia-Parmia) puntúan más alto los pacientes depresivos no delirantes. El factor H oscila entre la persona cohibida, reprimida, tímida con falta de confianza en sí mismo y la persona emprendedora, socialmente atrevida, espontánea y no inhibida. La persona que puntúa alta (depresivos no delirantes) tiende a ser sociable, atrevida, dispuesta a intentar nuevas cosas, espontánea, de numerosas respuestas emocionales. Su indiferencia (falta de vergüenza) le permite soportar sin fatiga el "toma y daca" del trato con la gente y las situaciones emocionales abrumadoras. Sin embargo, puede despreocuparse por los detalles, e invertir mucho tiempo charlando. Tiende a ser emprendedora y estar activamente interesada por el otro sexo. Por contra, la persona que puntúa bajo (depresivos delirantes) suele ser tímida, alejada, cautelosa, retraída, que permanece al margen de la actividad social. Puede presentar sentimientos de inferioridad. Tiende a ser lenta y torpe al hablar y expresarse, no le gustan las ocupaciones con contactos personales. Más que un grupo amplio, prefiere uno o dos amigos íntimos, y no es dada a mantenerse en contacto con todo lo que está ocurriendo a su alrededor.

En cambio, en el Factor O (Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad) puntúan más alto los pacientes depresivos delirantes. El factor O oscila entre la persona aprensiva, preocupada, depresiva, turbable y la persona apacible, segura de sí, flexible y serena. La persona que puntúa alto (depresivos delirantes) suele ser depresiva, preocupada, llena de presagios e ideas largamente gestadas. Ante las dificultades presenta tendencia infantil a la ansiedad. En los grupos no se siente aceptada ni con libertad para actuar. Por contra, la persona que puntúa bajo (depresivos no delirantes) tiende a ser plácida, de ánimo invariable. Su confianza en sí misma y su capacidad para tratar con cosas es madura y poco ansiosa; es flexible y segura, pero puede mostrarse insensible cuando el grupo no va de acuerdo con ella, lo cual puede provocar antipatías y celos.

También en el factor Q4 (Poca tensión energética-Mucha tensión energética) los pacientes depresivos delirantes puntuaron más alto. El factor Q4 oscila entre la persona tensa, frustrada, presionada, sobreexcitada y la persona relajada, tranquila, aletargada y no frustrada. La persona que puntúa alta (depresivos delirantes) suele ser tensa, excitable, intranquila, irritable e impaciente. Está a menudo fatigada, pero incapaz de permanecer inactiva. Dentro del grupo tiene una pobre visión del grado de cohesión, del orden y del mando. Su frustración representa un exceso del impulso de estimulación no descargada. Por contra, la persona que puntúa bajo (depresivos no delirantes) suele ser sosegada, relajada, tranquila y satisfecha (no frustrada). En algunas situaciones, su estado de mucha satisfacción le puede llevar a la pereza y al bajo rendimiento, en el sentido de que no tiene motivación para intentar algo (como un alto nivel de tensión érgica puede desbaratar también el rendimiento escolar o profesional).

Los factores de segundo orden que como sabemos son derivados de los de primer orden se encuentran alterados en el factor Q-I y Q-II. El factor Q-I oscila entre la buena adaptación emocional y la angustia y la ansiedad. Como se puede observar en la tabla 18 los pacientes delirantes se mostrarían más angustiados y ansiosos que los pacientes no delirantes. El factor Q-II oscila entre la introversión y la extroversión. Como se puede observar en la tabla 18 los pacientes delirantes se mostrarían más introvertidos que los pacientes no delirantes.

Estos resultados nos presentan al paciente depresivo delirante como una persona más sobria, prudente, seria, taciturna, cohibida, reprimida, tímida, falta de confianza en sí misma, aprensiva, preocupada, depresiva, turbable, tensa, frustrada, presionada y sobreexcitada que los pacientes depresivos no delirantes. Sin embargo, como hemos destacado al principio, estos factores en los que se hallan diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos, estaban dentro de los decatipos 5-6 que se consideran normales.

Nuestros resultados estarían en consonancia con los de Popescu (1989) encuentra una mayor dependencia, introversión y obsesividad en los delirantes respecto a los no delirantes. Aunque las diferencias en rasgos de personalidad no son importantes si son independientes de la severidad de la depresión. La dependencia fué mencionada como una de las características de los pacientes depresivos endógenos en los iniciales estudios psicoanalíticos (Chodoff, 1972) y Akiskal (1983) en su revisión señala la introversión como la única característica reseñable en la depresión endógena. Los hallazgos de este trabajo sólo señalan diferencias cuantitativas. Las mayores diferencias las encuentran entre el grupo delirante y el grupo no endógeno. El grupo no endógeno presentaría más ansiedad, menos dependencia y

puntuarían más alto en las escalas de histeria. Finalmente los autores concluyen que sus resultados no dan soporte a ninguna de las hipótesis sobre la depresión delirante, a saber, si es función de la gravedad o una entidad diferente. El hecho de encontrar sólo diferencias cuantitativas parecería señalar más hacia la primera posibilidad. Si bien piensan que aquellos pacientes recurrentes en los que siempre se manifiestan los síntomas delirantes podían ser una entidad diferente, los pacientes en los que esta consistencia de los síntomas psicóticos es más variable podían depender más de la severidad de la depresión.

5.9.2. CUESTIONARIO EPQ DE EYSENCK.

No encontramos diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de la personalidad medidas con el EPQ. Esto probablemente es debido a que el EPQ mide características mas generales que el 16 PF de Catell. Tambien es coherente con los hallazgos del 16 PF de Catell, el cual sólo encontraba diferencias significativas en los factores que estaban dentro de la normalidad (decatipos 5-6).

5.9.3. RESUMEN.

Nuestros resultados sobre pacientes depresivos melancólicos confirman ciertos rasgos (introversión, dependencia, etc) encontrados en la literatura.

Centrandonos en el motivo de nuestro estudio nuestros resultados nos presentan al paciente depresivo delirante como una persona más sobria, prudente, seria, taciturna, cohibida, reprimida, timida, falta de confianza en sí misma, aprensiva, preocupada, depresiva, turbable, tensa, frustrada, presionada y sobreexcitada que los pacientes depresivos no delirantes. Sin embargo, como hemos destacado al principio, estos factores en los que se hallan diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos, estaban dentro de los decatipos 5-6 que se consideran normales.

Las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los pacientes melancólicos delirantes y no delirantes son cuantitativas e irían en la linea de que los pacientes delirantes tendrían los rasgos clásicos de personalidad de los melancólicos de forma más marcada.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones sobre datos sociodemográficos.

Nuestros resultados apoyan la existencia clara de diferencias en cuanto a la mayor presencia de hombres y una edad de presentación del episodio actual mayor entre los sujetos delirantes. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias en el estado civil. Hemos encontrado una mayor frecuencia de la población de depresivos delirantes ingresados que otros autores.

6.2. Conclusiones sobre datos clínicos.

En el apartado clínico hemos de destacar no haber encontrado diferencias significativas en cuanto al cumplimiento de los criterios diagnósticos de depresión mayor, tipo melancólico. Esto es importante pues estaría a favor de que la relación endógeno/no endógeno no influye en las diferencias entre los dos tipos de depresión y que estas diferencias serían debidas a la dicotomía delirio/no delirio.

En esta línea, valoramos que la mayor gravedad observada en la mayoría de las escalas clínicas (HDRS, Hamilton de ansiedad, SADS, valoración de la psicomotricidad) en los pacientes delirantes era debida a la dicotomía delirio/no delirio y no a la mayor gravedad de este grupo. Esto se ve reforzado por los resultados hallados en las variables biológicas.

6.3. Conclusiones sobre la estimulación de la GH por el GRF.

No se hallaron diferencias en la GH basal entre el grupo control y los dos subgrupos de depresivos. La muestra total de pacientes depresivos mostró una respuesta menor que el

grupo control en todos los puntos de la curva de respuesta de la GH al GRF y también en el área bajo la curva. Cuando los tres grupos (controles, depresivos delirantes y depresivos no delirantes) fueron comparados, se encontró que sólo el grupo de pacientes depresivos no delirantes tenía una menor área bajo la curva y valores más bajos en los tiempos +60, +90 y +120 minutos que los controles. La única diferencia significativa entre los dos grupos de pacientes depresivos fue que el grupo de depresivos delirantes mostraba un retardo en la aparición del pico máximo de respuesta y una respuesta más prolongada.

Aunque no muy importantes si pensamos que las diferencias serían más evidentes si el tamaño de la muestra fuera mayor y si se las toma en cuenta de forma global con el resto de alteraciones biológicas que exponemos a continuación y el resto de variables encontradas en el estudio.

6.4. Conclusiones del Test de supresión a la Dexametasona.

Nuestra hipótesis de que hay diferencias en la respuesta al TSD entre ambos tipos de depresión y que estas serían debidas a la dicotomía delirio/no delirio y no a la mayor gravedad de la depresión delirante, pensamos que se han confirmado.

Si estas diferencias en las variables biológicas fueran atribuibles a la severidad (de tal manera que a mayor severidad, mayor alteración) y fueran independientes de la categoría diagnóstica, cabría esperar que se mantuviera esta asociación con la severidad dentro de cada categoría diagnóstica. Sin embargo, en los resultados de nuestro estudio no se ha hallado tal asociación, lo que sugeriría que las diferencias en estas variables biológicas no son

atribuibles a la mayor severidad sino a la pertenencia a un grupo diagnóstico. Este hallazgo apoyaría un modelo categórico y no un modelo dimensional entre las depresiones melancólicas delirantes y no delirantes.

Por consiguiente, nos parece el resultado mas sólido de este trabajo en cuanto a diferencias biológicas.

6.5. Conclusiones sobre el Test de estimulación de la TSH.

Nuestros resultados no encuentran diferencias significativas en la respuesta de la TSH al TRH entre el grupo de pacientes delirantes y no delirantes, lo cual nos hace pensar que las vías centrales implicadas en la neuroregulación de la TSH no servirían para diferenciar de manera importante la depresión delirante de la no delirante.

6.6. Conclusiones sobre antecedentes familiares.

No hemos encontrado diferencias significativas en los antecedentes familiares de trastorno depresivo mayor (aunque si una tendencia a tener más antecedentes entre los depresivos delirantes), alcoholismo, trastorno bipolar o esquizofrenia de nuestros pacientes depresivos delirantes y no delirantes.

Los resultados en la literatura son confusos y creemos son necesarios más estudios que tengan en cuenta las siguientes variables: edad de inicio del trastorno, ubicación dentro de la patología unipolar o bipolar, seguimiento del caso y posible evolución a la bipolaridad, muestras más amplias tanto de pacientes como de familiares y respuesta terapéutica.

6.7. Conclusiones sobre variables psicosociales.

Tomados en conjunto ninguno de los resultados muestra una gran diferencia entre la depresión delirante y la no delirante. Sí hemos constatado, como otros autores, la importancia de las variables psicosociales como posibles factores psicopatológicos y/o desencadenantes del cuadro depresivo. Estos resultados nos llevan a pensar que los acontecimientos vitales tendrían más importancia como factor inespecífico desencadenante. El hecho de que un enfermo depresivo desarrolle un delirio o no dependería de variables de mayor peso como son las variables biológicas que en nuestro estudio han proporcionado datos positivos.

6.8. Conclusiones sobre curso clínico.

Los datos referentes a edad de inicio de la enfermedad depresiva ni el número de episodios previos nos permiten diferenciar a los depresivos delirantes de los no delirantes. Estos hallazgos estarían de acuerdo con un bloque de autores pero en desacuerdo con otros. Siendo esto una constante en las diferentes variables que hemos estudiado para diferenciar la depresión delirante de la no delirante.

Nos parece más relevante señalar el estudio de la consistencia a través del tiempo de los dos tipos de depresión estudiados. Si bien, los delirantes de nuestra muestra repetían episodios depresivos delirantes en un 48.5%, no alcanzando las altas cifras de otros estudios, si parecían estar más en la línea de los últimos estudios que hablan de la influencia de otros factores en la aparición del cuadro delirante como personalidad, acontecimientos vitales, etc. Sin embargo, si nos parece contundente el hallazgo de que ninguno de los pacientes depresivos no delirantes habían presentado en su historia ningún episodio delirante.

6.9. Conclusiones sobre suicidio.

No encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas sobre el suicidio entre las dos poblaciones de depresivos estudiadas.

Si bien, la muestra es pequeña y el seguimiento corto impidiendo realizar un análisis estadístico más profundo sí apreciamos una tendencia a la mayor actuación por parte de los depresivos psicóticos. También es interesante señalar que los dos casos de suicidio consumado fueron de sexo femenino.

Aunque nuestros resultados no apoyan claramente ninguno de los hallazgos encontrados en la literatura si obtenemos una tendencia hacia el mayor riesgo autolítico en pacientes delirantes de sexo femenino y en sus familiares.

Por otro lado, en nuestra muestra no parecía que ningún tipo de delirio fuera un factor de riesgo añadido para el suicidio.

6.10. Conclusiones sobre personalidad.

Nuestros resultados sobre pacientes depresivos melancólicos confirman ciertos rasgos (introversión, dependencia, etc) encontrados en la literatura.

Centrandonos en el motivo de nuestro estudio nuestros resultados nos presentan al paciente depresivo delirante como una persona más sobria, prudente, seria, taciturna, cohibida, reprimida, tímida, falta de confianza en sí misma, aprensiva, preocupada, depresiva, turbable, tensa, frustrada, presionada y sobreexcitada que los pacientes depresivos no delirantes. Sin

embargo, como hemos destacado al principio, estos factores en los que se hallan diferencias significativas entre los dos

— grupos diagnósticos, estaban dentro de los decatipos 5-6 que se consideran normales.

Las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los pacientes melancólicos delirantes y no delirantes son cuantitativas e irían en la línea de que los pacientes delirantes tendrían los rasgos clásicos de personalidad de los melancólicos de forma más marcada.

6.11. Conclusiones finales.

Tras la revisión de todas las variables incluídas en el estudio, en las que en unas no se encuentran diferencias significativas (variables psicosociales, antecedentes familiares, curso clínico, suicidio), en otras los resultados son más inespecíficos (variables sociodemográficas, personalidad), y en otras las diferencias son más importantes (variables clínicas, biológicas), pensamos que estas últimas tienen un mayor peso específico y nos llevan a concluir que al menos debe de existir un factor biológico que haga que un paciente depresivo delire mientras otro no. La mejor delimitación de la Melancolía delirante y su posible separación como entidad clínica no solo tiene un interés académico sino importantes implicaciones de índole nosológico y terapéutico.

VII. BIBLIOGRAFIA

Abelson, J.L., Gltiz, D., Cameron, O.G., Lee, M.A., Bronzo, M., Curtis, G.C.: Blunted growth hormone response to clonidine in patients with generalized anxiety disorder. Arch. Gen. Psychiatry. 1991 Feb. 48(2), 157-62.

Aberg-Wistedt, A., Wistedt, B., & Bertilsson, L.: Higher CSF levels of HVA and 5-HIAA in delusional compared to nondelusional depression. Letter to the Editor. Archives of General Psychiatry, 1985, 42, 925-926.

Abrams. R., & Taylor, M. A.: The importance of mood-incongruent psychotic symptoms in melancholia. Journal of Affective Disorders, 1983, 5, 179-181.

Agren, H., Orelund, L.: Early morning awakening in unipolar depressives with higher levels of platelet MAO activity. Psychiat. Res. 1982, 7, 245-254.

Agren, H., Terenius, L.: Hallutinations in patients with major depression: interactions between CSF monoaminergic and endorphinergic indices. J Affective Disord; 1985, 9:25-34.

Akiskal, H.; Hirschfeld, R., y Yerevanian, B.: The relationship of personality to affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 40, 801-810.

Akiskal, H., Walker, P., y Puzantian, V.: Bipolar outcome in the course of Depressive illness. Phenomenologic, Familial and Pharmacologic Predictors. J. Affective Disord., 1983, 5, 115-128.

Alonso Fernandez, F.: Fundamentos de la Psiquiatría actual. Tomo I. Ed. Paz Montalvo. 4ª Edición, Madrid, 1979.

American Psychiatric Association, Task Force on Nomenclature and statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, (1980).

American Psychiatric Association, Task Force on Nomenclature and statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R, revised 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, (1987).

American Psychiatric Association, Task Force on Nomenclature and statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, (1994).

Amsterdam, J. D., Winokur, A., Lucki, I., Caroff, S., Snyder, P., & Rickels, K.: A neuroendocrine test battery in bipolar patients and healthy subjects. Archives of General Psychiatry, 1983, 40.

Andreasen NC, Endicott J, Spitzer RL, Winokur G. The family history method using diagnostic criteria: reliability and validity. Arch Gen Psychiatry 1977; 34: 1229-1235.

Andreasen, N.C., Scheftner, W., Reich, V.R., Hirschfeld, R.M.A., Endicott, J., Keller, M.B.: The validation of the concept of endogenous depression: a family study approach. Arch. Gen. Psychiatry, 1986, 43:246-251.

Angst, J.: A clinical analysis of the effects of tofranil in depression. Psychopharmacologia, 1961, 2, 381-407.

Angst, J.: The course of affective disorders. Psychopathology, 19, Suppl. 1986, 2, 47-52.

Anton, R., y Sexauer, J.: Efficacy of Amoxapine in Psychotic Depression. *Am. J. Psychiatry*, 1983, 140, 1344-1347.

Anton, R.F.: Urinary free cortisol in psychotic depression. *Biol Psychiatry*; 1987, 2:24-34.

Anton, R.F. Jr., Burch, E.A. Jr.: Amoxapine versus amitriptyline combined with perphenazine in the treatment of psychosis depression. *Am J Psychiatry*; 1990, 147:1203-1208.

Arana, G. W., Baldessarini, R. J., & Ornstein, M.: The dexamethasone suppression test for diagnosis and prognosis in psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42, 1193-1204.

Aronson, T., Shukla, S., Gujavarty, K., y cols.: Relapse in delusional depression. A retrospective study of the course of treatment. *Compr. Psychiatry*, 1988, 29, 1, 12-21.

Aronson, T., Shukla, S., Hoff, A., y Cook, B.: Proposed delusional depression subtypes: Preliminary evidence from a retrospective study of phenomenology and treatment course. *J. Affective Disord*, 1988, 14, 69-74.

Ayuso, J., y Sainz, J. Las depresiones: Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. Interamericana, Madrid. 1981.

Ayuso-Gutierrez, J. L., Almoguera, M. A., Garcia-Camba, E., Olmo Frias, J., and Cabranes, J. A. The Dexamethasone Supression Test in Delusional Depression. Further findings. *Journal of Affectives Disorders*, 1985, 8, 147-151.

Avery, D. & Lubrano, A.: Depression treated with imipramine and ECT: The DeCarolus study reconsidered. American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 4B, 559-562.

Bachmann, K.M. and Modestin, J. Neuroleptic-induced panic attacks in a patient with delusional depression. Single case study. The Journal of nervous and mental disease. 1987, vol.175, n° 6, 373- 375.

Baldwin, R., y Jolley, D.: The prognostic of depression in old age. Br. J. Psychiatry, 1986, 149, 574-583.

Baldwin, R.: Delusional and non-delusional depression in late life. Evidence for distinct subtypes. Br. J. Psychiatry, 1988, 152, 39-44.

Banki, C.M., Arato, M., Papp, A.: Cerebrospinal fluid biochemical examinations: do they reflect clinical or biological differences?. Biol Psychiatry; 1983, 18:1033-1044.

Barchas, J.D., Ciarennello, R.D., Kessler, S. and Hamburg, D.A.: Genetic aspects of catecholamine syntesis. In Genetic Research in Psychiatry (Edited by Fieve, R.R., Rosenthal, D. and Brill H.) The Johns Hopkins University Press. 1975, PP 27-62.

Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P.: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. British Journal of Psychiatry, 1974, 125, 355-373.

Barraclough, B. M., & Pallis, D. J.: Depression followed by suicide: A comparison of depressed suicides with livin depressives. Psychological Medicine, 1975, 5, 55-61.

Bellini, L., Gatti, F., Gasperini, M., and Smeraldi, E.: A comparison between delusional and non-delusional depressives. *Journal of Affective disorders*, 1992, 25, 129-138.

Berrios, G.E., Bulbena, A., Bakshi, N., Denning, T.R., Jenaway, A., Markar, H., Martin-Santos, R. and Mitchell, S.L. Feelings of Guilt in major depression. Conceptual and Psychometric aspects. *BJ of Psychiatry* (1992), 160, 781-787.

Bissette, G., Widerlov, E., Walleus, H., Karlsson, I., Eklund K., Forsmann, A. and Nemeroff, C.B.: Alterations in cerebrospinal fluid concentrations of somatostatinlike immunoreactivity in neuropsychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1986, 43, 1148- 1151.

Black, D., Winokur, G., y Nasrallah, A.: The treatment of depression: Electroconvulsive therapy vs. antidepressants: A naturalistic evaluation of 1.495 patients. *Compr. Psychiatry*, 1987, 28, 2, 169-182.

Black, D., and Nasrallah, A.: Hallucinations and delusions in 1715 patients with unipolar and bipolar affective disorders. *Psychopathology*; 1989, 22:28.

Bleuler, E; Zinkin, J., trans. *Dementia Praecox or the group of esquizophrenias*. New York, NY: International Universities Press (1911/1950).

Bleeker, J., y Sno, H.: Cotard's Syndrome: a study of two patients with deslusions of immortality. *Tijdschr. Psychiatrie*, 1983, 25, 665-675, 726.

Blumenthal, R.L., Egeland, J.A., Sharpe, L., Nee, J., and Endicott, J. Age of onset in bipolar and unipolar illness with and without delusions or hallucinations. *Comprehensive Psychiatry*, 1987, vol. 28, nº 6, 547-554.

Bond, T.C., Rothschild, A.J., Lerbinger, J. and Schatzberg, A.F. Delusional depression, Family history, and DST response: a pilot study. *Biol Psychiatry*, (1986); 21:1239-1246.

Bourgeois, J.: Jules Cotard et son syndrome. *Annu. Méd. Psychol.*, 1980, 138, 10, 1167-1180.

Breslau, N., y Meltzer, H.: Validity of subtyping psychotic depression: examination of phenomenology and demographic characteristics. *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145, 35-40.

Brown G, Harris T. Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. New York: Free Press, 1978.

Brown G, Harris T. Establishing causal links: The Bedford College studies of depression. En: Katschnig H (ed.) *Life events and Psychiatric Disorders: Controversial Issues*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986, pp. 107-187.

Brown, R. P., Frances, A., Kocsis, J. H., & Mann, J. J.: Psychotic vs. nonpsychotic depression: Comparison of treatment response. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170, 635-637.

Brown, R., Sweeney, J., Loutsch, E., y cols.: Involutional Melancholia revisited. *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141, 24-28.

Brown, R. P., Stoll, P. M., Stokes. P. E., Frances, A. J., Sweeney, J. A., Kocsis, J. H., & Mann, J. J.: Effects of depressive symptoms on HPA function (Abstract, New Research, No. 172), American Psychiatric Association, Washington, DC, 1986, May 10-16.

Brown, R. P., Stoll, P. M., Stokes, P. E., Frances, A. J., Sweeney, J. A., Kocsis, J. H., Mann, J. J.: Adrenocortical hyperactivity in depression: effects of agitation, delusions, melancholia, and other illness variables. *Psychiatry Res*; 1988, 23:167-178.

Bulbena, A.: Pseudodemencia. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 1987.

Bulik, C. M., Carpenter, L. L., Kupfer, D. J., and Frank, E.: Features associate with suicide attempts in recurrent major depression.: *Journal of Affective Disorders*, 1990, 18, 29-37.

Cacabelos, R., Niigawa, H., Rodriguez Arnau, M.D., Gomez-Pan, A., Nishimura, T.: Inflence of somatostatin and growth hormone-releasing factor on behavior. Clinical and Terapeutic implications in neuropsychiatric disorders. *Horm. Res.* 1988, 29, 129-132.

Cacabelos, R., en: Marcadores biologicos y perspectivas terapeuticas en la enfermedad de Alzheimer. Acarin Tusell, N., Alom, S., (dir). Edit MCR. Barcelona. 1989.

Cadoret, R.; Baker, M.; y Dor Zab, J.: Depressive disease: personality factors in patients and their relatives. *Biol. Psychiatry*, 1971, 85, 93.

Calzeroni, A., Conte, G., Pennati, A., Vita, A., Sacchetti, E.: Celibacy and fertility rates in patients with major affective disorders: the relevance of delusional symptoms and suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 82: 309-310.

Campbell, S., Volow, M.R., Cavenar, J.O.: Cotard's syndrome and the Psychiatric manifestations of typhoid fever. *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138:10, October.

Carroll, B. J., Greden, J.F., Feinberg, M., James, N.M., Haskett, R.F., Steiner, M., Tarika, J.: Neuroendocrine dysfunction in genetic subtypes of primary unipolar depression. *Psychiatry Res*; 1980, 2:251-258.

Carroll, B. J., Feinberg, M., Greden, J. F., et al: A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia: Standardization, validation, and clinical utility. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38, 15-22.

Castilla del Pino, C.: *Introducción a la Psiquiatría*. Alianza. Universidad, Madrid, 1978.

Cassano, G.B., Tundo, A. and Micheli, C.: Bipolar and psychotic depressions. *Current Opinion in Psychiatry*, 1994, 7:5-8.

Cattell, R.B., Eber, H.W., Tatsuoka, M.M., (1970). *Handbook for the sixteen personality factor questionnaire (16 P.F.)*. Edition Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, 1970. *Cuestionario de personalidad 19 PF*. (Institute for Personality and Ability Testing). Adaptación española: Sección de test de TEA Ediciones, S. A. Madrid. 1982.

Cattell RB. *Manual for the 16 PF (Sixteen Personality Factors)*. Illinois: Institute for Personality and Ability Testing, 1972. (Traducción española: 16 PF, *Cuestionario de personalidad para adultos*, 6ª edic. Madrid: Tea Ediciones, 1985).

Chambers, W. J.; Puig-Antich, J.; Tabrizi, M.A.; Davies, M.: Psychotic Symptoms in prepubertal major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982, Vol 39, 921-927.

Chan, C.H., Janicak, P.G., Davis, J.M., Altman, E., Andriukaitis, S., Hedeker, D.: Response of psychotic and nonpsychotic depressed patients to tricyclic antidepressants. *J Clin Psychiatry*; 1987, 48:197-200.

Charney, D. S., & Nelson, J. C.: Delusional and nondelusional unipolar depression: Further evidence for distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 1981, 138, 328-333.

Chaturvedi, S.K. and Sinha, V.K. Recurrence of hallucinations in consecutive episodes of schizophrenia and affective disorder. *Schizophrenia Research*, 1990, 3, 103-106.

Chodoff, P. The depressive personality. A critical review. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1972, 21, 666-678.

Clinical Research Center, Division of Psychiatry: The Northwick Park ECT trial: Predictors of response to real and simulated ECT. *Br. J. Psychiatry* 1984, 144:227-237.

Coccaro, E. F.; Friedman, R. A. and Siever, L. J.: Laboratory Tests in Depression and Mania, in *Depression and Mania*. Editors Georgotas, A. y Cancros, R. Elseviers Science Publishing. New York. 1988.

Contreras., J. Vallejo y cols. Estimulación de GH con GRF en pacientes melancólicos. *Anales de Psiquiatría*, vol 6, suplemento II, pag. 19, Nov. 1990a. También publicado en: *ELA* (Editorial Libro del año), Grupo Arán (1991), Tomo I, pags. 110-113, pags. 114-119.

Contreras. J. Vallejo y cols. Resultados preliminares neuroendocrinos en melancólicos. Anales de Psiquiatría, vol 6, suplemento II, pag. 19, Nov. 1990b. También publicado en ELA (Editorial Libro del año), Grupo Arán (1991), Tomo I, pags. 110-113.

Contreras, F. & Vallejo, J. Growth Hormone (GH) Response to Growth Hormone Releasing Factor (GRF) in Melancholia and Delusional Depression". Biological Psychiatry. Supplement. Volume 29, Number 11S, 1991a, pp. 536.

Contreras., J. Vallejo y cols. Estudio comparativo clínico-biológico entre pacientes melancólicos con y sin delirio. Anales de Psiquiatría, vol. 7, suplemento I, pags. 13-14. Nov. 1991b. También publicado en ELA (Editorial Libro del año) Grupo Arán (1992), pags. 453-458.

Contreras, F., J. Vallejo y cols. Valoración de la personalidad en pacientes melancólicos con y sin delirio". Publicado en el Libro de Resúmenes del III Congreso de la S.E.P.B. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. pag. 176, 1992a.

Contreras, F., J. Vallejo y cols. Correlación entre severidad de la depresión y pruebas neuroendocrinas en melancólicos delirantes y no delirantes. Publicado en el Libro de Resúmenes del III Congreso de la S.E.P.B. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. pag. 175, 1992b.

Contreras, J. M. Menchón, J. Vallejo y cols. Outcome predictors in melancholia. Anales de Psiquiatría. Vol. 8. Nov. 1992c. Suplemento 1, pag. 89.

Contreras, F.; Menchón, J.M.; Navarro, J.M.; Vallejo, J. GH response to GHRF in melancholic depressed patients and control. Publicado en las Actas Cientificas de la Asociación Mundial de Psiquiatría, 9th World Congress of Psychiatry. Rio de Janeiro. June 6th-12th 1993a. Brazil. pag. 187.

Contreras; Menchón, J.M.; Navarro, J.M.; Vallejo, J. GH response to GHRF in Psychiatry: a review. Publicado en las Actas Cientificas de la Asociación Mundial de Psiquiatría, 9th World Congress of Psychiatry. Rio de Janeiro. June 6th-12th 1993b. Brazil. pag. 188.

Contreras., Y. Osorio., J. Vallejo y cols. Suicidio: estudio comparativo en pacientes melancólicos con y sin delirio (seis meses de evolución). Annals de Medicina. Revista de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. 1993c (in press).

Contreras, M.A. Navarro, J.M. Menchon, P. Rosel, J. Serrallonga, F. Perez-Arnau & J. Vallejo. Growth hormone response to Growth hormone releasing factor in nondelusional and delusional depression and healthy controls. Psychological Medicine.(1995) (in press).

Conwell, Y., Nelson, J.C., Kim, K.M., Mazure, C.M.: Depression in late life: age of onset as marker of a subtype. *Journal of Affective disorders*, 1989, 17, 189-195.

Coryell, W., & Tsuang, M. T.: Primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions. *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39, 1181-1184.

Coryell, W., Pfohl, B., & Zimmerman, M.: The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984a, 172, 521-528.

Coryell, W., Lavori, P., Endicott, J., Keller, M., & VanEerdewegh, M.: Outcome in schizoaffective, psychotic, and nonpsychotic depression (course during a 6 to 24 month follow-up). *Archives of General Psychiatry*, 1984b, 41, 787-791.

Coryell, W., Endicott, J., Keller, M., & Andreasen, N. C.: phenomenology and family history in DSM-III psychotic depression. *Journal of Affective Disorders*, 1985a, 9, 13-18.

Coryell, W., y Tsuang, M.: Major depression with mood-congruent or mood-incongruent psychotic features: outcome after 40 years. *Am. J. Psychiatry*, 1985b, 142, 479-482.

Coryell, W., Zimmerman, M., y Pfohl, B.: Outcome at discharge at six months in major depression, the significance of psychotic features. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1986, 174, N° 2, 92-96.

Coryell, W., Endicott, J., y Keller, M.: The importance of psychotic features to major depression: course and outcome during a 2 year follow-up. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1987, 75, 78-83.

Coryell, W., Keller, M., Lavori, P., Endicott, J.: Affective syndromes, psychotic features, and prognosis. I. Depression. Arch Gen Psychiatry, 1990, vol 47, July, 651-657.

Davidson, J., McLeod, M., Kurland, A., y White, H.: Antidepressant drug therapy in psychotic depression. Br. J. Psychiatry, 1977, 131, 493-496.

DeCarolís, V., Giberti, F., Roccatagliata, G., et al.: Imipramina ed elettroshock nella terapia delle depressioni: Analisi clinico-statistica dei risultati in 437 casi. Sist Nerv, 1964, 16, 29-42.

De la Cuba y J. Vallejo.: Depresión psicótica en: Vallejo, J. y Gastó, C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Salvat Editores. Barcelona. España. 1990.

Deleon-Jones, F., Maas, J.W., Dekirmerijian, H. and Sanchez, J. Diagnostic subgroups of affective disorders and their urinary excretion of catecholamine metabolites. Amer. J. Psychiat., 1975, 132, 1141-1148.

Devanand, D.P., Bowers, M.B., Hoffman, F.J., Nelson, J.C.: Elevated plasma homovalinic acid in depressed females with melancholia and psychosis. Psychiatry Res; 1985, 15:1-4.

Dieguez, C., Page, M.D., Scanlon, M.F.: Growth hormone neuroregulation and its alterations in disease states. Clin. Endocrinol. 1988, 28, 109-143.

Dinan, T.O., Yatham, L.N., Okeane, V., Barry, S.: Blunting of noradrenergic stimulated growth hormone release in mania. Am. J. of Psychiatry 1991, 148:7, 936-938.

Dreyfus, G. L. Die Melancholia. Jena: Fischer, 1907.

Dugas, M., Halfon, O., Badoual, A., y cols.: Le syndrome de Cotard chez l'adolescent. Neuropsychiatr. Enfance, 1985, 33 (11- 12), 493-498.

Eagles, J.: Delusional depressive inpatients 1892 to 1982. Br. J. Psychiatry, 1983, 143, 558-563.

Edelstein, S.B. and Breakefield, X.O.: Dexamethasone selectively increases monoamine oxidase type A in human skin fibroblasts. Biochem. Biophys. Res. Comm. 1981, 98, 836-843.

Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 773-779.

Endicott J, Spitzer RL. Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. Am J Psychiatry 1979; 136: 52-56.

Endicott, J., Nee, J., Coryell, W., Keller, M., Andreasen, N. and Croughan, J.: Schizoaffective, Psychotic, and Nonpsychotic depression: differential familial association. Comprehensive Psychiatry, 1986, vol. 27, n° 1, pp 1-13.

Eriksson, E., Balldin, J., Lindstedt, G., Modigh, K.: Growth hormone responses to the alpha-2-adrenoceptor agonist guanfacine and to growth hormone releasing hormone in depressed patients and controls. Psychiatry Research, 1988, 26, 59-67.

Euler, J. S., Meites, J. and Riegler, G.D.: Effects of acute stress on serum LH and prolactin in intact, castrate and dexamethasone-treated male rats. Endocrinology 1975, 96, 85-92.

Ey, H.: Estados depresivos y crisis de melancolía, pag. 246, en: Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch.: Tratado de Psiquiatría. 6ª edición. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1974.

Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: Hodder and Stoughton, 1964.

Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton, 1975. (Traducción española: EPQ-Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A), 3ª edic. Madrid: Tea Ediciones, 1984).

Evans, D.L., Burnett, G., Nemeroff, C.B.: The dexamethasone suppression test in the clinical setting. Am J Psychiatry; 1983, 140:586-589.

Extein, I., Pottash, A. L. C., Gold, M. S. Relationship of TRH test and dexamethasone suppression test abnormalities in unipolar depression. Psychiatry Research, 1981, 4: 49-51.

Fähndrich, E., Haug, H. J.: Delusional Depression - A distinct illness ?. Pharmacopsychiat. 1988, vol: 21(6), 407-409.

Feighner, J.P, Robins E., Guze, S.B., Woodruff, R., Winokur, G., Munoz, R.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arc Gen Psychiatry; 1972, 26:57-63.

Fenning, S., Bromet, E., and Jandorf, L.: Gender Differences in clinical characteristics of first-admission psychotic depression. Am J Psychiatry 1993, 150:11, 1734-1736.

Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. pags. 62-100. Fondo de Cultura Económica. México. 1967.

Frances, A., Brown, R., Kocsis, J., y Mann, J.: Psychotic depression: A separate entity?. *Am. J. Psychiatry*, 1981, 132, 6, 831-836.

Frances, A., Oldham, J. Unsuccessful treatment of a 45-year-old man with delusions of somatic disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, (1986), vol. 37, n° 10, 993-994.

Frangos, E., Athanassenas, G., Tsitourides, S., Psilolignos, P., & Katsanou, N.: Psychotic depressive disorder. A separate entity?. *Journal of Affective Disorders*, 1983, 5, 259-265.

Friedman, C., DeMowbray, M. S., & Hamilton, V.: Imipramine (tofranil) in depressive states. *Journal of Mental Science*, 1961, 107, 948-953.

Gastó, C. y Vallejo, J.: Biología de los trastornos afectivos, en: *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Vallejo, J., y Gastó, C. (dir). Salvat Edit. Barcelona, 1990.

Geller, B., Cooper, T.B., Farooki, Z.Q., and Chestnut, E.C. Dose and plasma levels of nortriptyline and chlorpromazine in Delusionally depressed adolescents and of Nortriptyline in nondelusionally depressed adolescents. *Am J Psychiatry*, 1985, 142:3, 336-338.

Georgotas, A., McCue, R.E.: Relapse of depressed patients after effective continuation therapy. *J. A. disorders*, 1989, 17, 159-164.

Glassman, A. H., Kantor, S. J., & Shostak, M.: Depression, delusion, and drug response. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132, 716-719.

Glassman, A. H., Kantor, S., y Shostak, M.: More on the treatment of delusional depressed patient. Letters to the editor. Am. J. Psychiatry, 1975, 132, 12, 1332-1333.

Glassman, A. H., Perel, J.M., Shostak, M., Kantor, S.J., Fleiss, J.L.: Clinical implications of imipramine plasma levels for depressive illness. Arch Gen Psychiatry; 1977, 34:197-204.

Glassman, A. H., & Roose, S. P.: Delusional depression: A distinct clinical entity? Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 424-427.

Glassman, A. H., & Roose, S. P.: Delusional depression: tricyclic response (letter). A. G. Psychiatry, 1986, vol. 43:1014.

Guidotti, A. Synaptic mechanisms in the actions of benzodiazepines. In: Lipton M.A., DiMascio, A., Killam, K.F., eds. Psychopharmacology: a generation of progress. New York: Raven Press (1978).

Guillemin, R., Brazeau, P., Böhlen, P., Esch, F., Ling, N., Wehrenberg, W.B.: Growth hormone-releasing factor from a human pancreatic tumor that caused acromegaly. Science, 1982, 218, 585-587.

Guze, S., Woodruff, R., y Clayton, P.: The significance of psychotic affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 1975, 32, 1147-1150.

Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32: 50-55.

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

Healy, D., O'Halloran, A., Carney, P., y Leonard, B.: Platelet 5-HT uptake in delusional and non delusional depressions. *J. Affective Disord.*, 1986, 10, 233-239.

Helms, P. M., & Smith, R. E.: Recurrent psychotic depression: Evidence of diagnostic stability. *Journal of Affective Disorders*, 1983, 5, 51-54.

Himmelhoch, J., Coble, P., Kupfer, D., e Ingenito, J.: Agitated psychotic depression associated with severe hypomanic episodes: A rare syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 1976, 133, 7, 765-771.

Hirschfeld, R.; Klerman, G.; Clayton, P., y Kellet, M.: Personality and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40, 993-998.

Hoch, A., & MacCurdy, J. T.: The prognosis of involutionary melancholia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1922, 7, 1-17.

Hoff, H.: Indications for electro-shock, tofranil and psychotherapy in the treatment of depressions. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1959, 4 (Suppl.), 55-64.

Horder, A., Holt, N. F., Burt, C. G., & Gordon, W. F.: Amitriptyline in depressive states. Phenomenology and Prognostic consideration. *British Journal of Psychiatry*, 1963, 109, 815-825.

Horder, A., Burt, C. G., & Holt, N. F.: Depressive States: A Pharmacotherapeutic Study. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 1965.

Howarth, B. G., & Grace, M. G. A.: Depression, drugs, and delusions. Archives of General Psychiatry. 1985, 42, 1145-1147.

Huston, P. E. & Locher, L. M.: Involutional psychosis. Archives of Neurology and Psychiatry, 1948a, 59, 385-394.

Huston, P. E. & Locher, L. M.: Manic-depressive psychosis. Archives of Neurology and Psychiatry, 1948b, 60, 37-48.

Hudson, J.I., Lipinski, J.F., Keck, P.E., Aizley, H.G., Lukas, S.E., Rothschild, A.J., Waternaux, C.S., Kupfer, D.J. (in press): Polysomnographic characteristics of young manic patients: comparison with unipolar depressed patients and normal control subjects. Arch Gen Psychiatry.

Jacoby, R. J., Levy, R., & Bird, J. M.: Computed tomography and the outcome of affective disorder: A follow-up study of elderly patients. British Journal of Psychiatry, 1981, 139, 288-292.

Janicak, P., Pandey, G., Davies, J., y cols.: Response of psychotic and nonpsychotic depression to phenelzine. Am. J. Psychiatry, 1988, 145, 93-95.

Jaspers, K; Hoening, J., Hamilton, M.W., trans. General Psychopathology. Cicago, III: University of Chicago Press; (1946/1963).

Johnson, J., Horwath, E., Weissman, M.M.: The validity of major depression with psychotic features based on a community study. Arch Gen Psychiatry, (1991), 48:1075-1081.

Kaiya, H., Takeda, N.: Sulpiride in the treatment of delusional depression (letter). J. Clin. Psychopharmacol. (1990). vol 10/No 2, 147.

Kalinowsky, L. B. Failures with electric shock therapy. In P. H. Hoch (Ed), Failures in psychiatric treatment, (pp. 161-169). New York: Grune & Statton. (1948)

Kantor, S. J., & Glassman, A. H.: Delusional depressions: Natural history and response to treatment. British Journal of Psychiatry, (1977), 131, 351-360.

Kashani, J.H., F.R.P.C., Ray, J.S.: Major depression with delusional features in a preschool-age child. Child adol psychiat.,(1987), 26,1:110-112.

Kendell, R., y Discipio, W.: Obsessional symptoms and obsessional personality traits in patients with depressive illnesses. Psychol. Med.,(1970), 1, 65-72.

Kendler, K.S. Mood-incongruent psychotic affective illness. A historical and empirical review. Arch Gen Psychiatry. 1991, vol.48, 362-369, April.

Keshavan, M.S., Moodley, P., Eales, M., Joyce, E. and Yeragani, V.K. Delusional depression following benzodiazepine withdrawal. Can. J. Psychiatry, 1998, vol. 33, October.

Kettering, R., Harrow, M., Grossman, L., y Meltzer, H.: The prognosis relevance of delusions in depression: A follow-up study. Am. J. Psychiatry, (1987), 144, 1154-1160.

Khan, A., Noonan, C. and Healey W. Is a single tricyclic antidepressant trial an active treatment for psychotic depression ?. Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiat. (1991). vol. 15, 765-770.

Kivelä, S.L. and Pahkala, K. Delusional depression in the elderly: a community study. *Z Gerontol* 1989, 22:236-241.

Klein, M. (1934\1948). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In *Contributions to psychoanalysis, 1921-1945* (pp 282-310). London: Hogarth Press.

Kocsis, J. H., Davis, J. M., Katz, M. M., Koslow, S. H., Stokes, P. E., Casper, R., & Redmond, D. E.: Depressive behavior and hyperactive adrenocortical function. *American Journal of Psychiatry*, (1985), 142, 1291-1298.

Kocsis, J., Katz, M. M., Croughan, J. L., Secunda, S., Butler, T. P., & Bowden, C. L. Psychotic depression: Clinical/biological studies (abstract). CME Syllabus, American Psychiatric Association Meeting, Washington, DC, May 10-16. (1986).

Kocsis, J.H., Croughan, J.L., Katz, M.M., Butler, T.P., Secunda, S., Bowden, C.L., Davis, J.M.: Response to treatment with antidepressants of patients with severe or moderate nonpsychosis depression and of patients with psychotic depression. *Am J Psychiatry*; (1990), 147:621-624.

Koslow, S. H., Maas, J. W., Bowden, C. L., Davis, J. M., Hanin, I., & Javaid, J.: CSF and urinary biogenic amines and metabolites in depression and mania: A controlled univariate analysis. *Archives of General Psychiatry*, (1983) 40, 999-1010.

Kraepelin, E; A. R. Diefendorf, transl. *Clinical Psychiatry: A Textbook for students and Physicians*. New York: Macmillan Co. (1907).

Kraepelin, E. Barclay, R.M., transl. Manic-depressive insanity in paranoia (E.S. Livingston, Edinburgh, Scotland)(1921).

Kraus, R. P., Remick, R. A.: Dexamethasone Supression Test results in delusional versus nondelusional depression: preliminary evidence of distinct clinical entities. J Clin Psychiatry 1985, 46: 188-190.

Krishnan, K.R.R., Manepalli, A.N., Ritchie, J.C. Rayasam, K., Melville, M.L., Daughtry, G., Thorner, M.O., Rivier, J.E., Vale, W.W., Nemeroff, Ch.B. and Carroll, B.J.: Growth hormone-releasing factor stimulation test in depression. American Journal of Psychiatry (1988), 145,90-92.

Kroessler, D.: Relative efficacy rates for therapies of delusional depression. Convulsive Therap., (1985), 1 (3), 173-182.

Kuhs, H.: Depressive delusion. Psychopathology, (1991), 24: 106-114.

Kupfer, D.J., Reynolds, Ch.F., Grochocinski, V. J., Ulrich, R. F., and McEachran, A.: Aspects of short REM latency in affectives states: a revisit. Psychiatry Research,(1986), 17, 49-59.

Kupfer, D.J., Reynolds, Ch.F., Elders, C.L.: Comparison or EEG sleep measures among depressive subtypes and controls in older individuals. Psychiatry Res:(1989), 27:13-21.

Leckman, J.F., Weissman M.M., Prusoff, B.A.: Subtypes of depression: family study perspective. Arch Gen Psychiatry, (1984), 41: 833-838.

Leonard, B.E. Biochemical aspects of therapy-resistant depression. *British Journal of Psychiatry* (1988), 152, 453-459.

Lesch, K.P., Laux, G., Erb, A., Pfüller, H. and Beckmann, H.: Attenuated growth hormone response to growth hormone-releasing factor in Major depressive disorder. *Biol. Psychiatry* 1987a, 22, 1491-1495.

Lesch, K.P., Laux, G., Pfüller, H., Erb, A., Beckmann, H.: Growth hormone (GH) response to GH-releasing hormone in depression. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 1987b, Vol. 65. No 6, 1278-81.

Lesch, K.P., Laux, G., Erb, A., Pfüller, H., Beckmann, H.: Neuroendocrine Regulation of Growth Hormone Secretion in Major Depressive Disorder. *Pharmacopsychiat.* (1988a), 21, 440-442.

Lesch, K.P., Laux, G., Erb, A., Pfüller, H., Beckmann, H.: Growth hormone (GH) and prolactin responses after gh-releasing hormone in major depressive disorder: relationship to somatomedin C levels and Dexamethasone suppressibility of cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 1988b, vol.13, No. 3, pp. 255-263, .

Lesch, K.P., Rupprecht, R., Müller, U., Pfüller, H.: Comparison of GH responses after human GHRH-44 Amide Administration and TRH-induced TSH release in depressed patients. *Biol. Psychiatry*, 1989, 25: 235-238.

Levy, A. B. & Stern, S. L.: DST and TRH stimulation test in Mood disorder subtypes. *Am J Psychiatry*; (1987), 144:472-475.

- Lewis, A. J.: Melancholia: A historical review. Journal of Mental Science, 1934a, 80, 1-42.
- Lewis, A. J.: Melancholia: a clinical survey of depressive states. J. ment. Sci. (1934b), 80:277-378.
- Lewis, A. J. Melancholia: Pronostic study and case material. Journal of Mental Science, (1936); 82, 488-558.
- Lieb, J., y Collins, C. Treatment of delusional depression with tranylcypromine. J. Nerv. Ment. Dis., (1978), 166, 1, 805-808.
- Linnoila, M., Karoum, F., y Potter, W.: Effects of antidepressant treatment on dopamine turnover in depressed patients. Arch. Gen. Psychiatry, (1983), 40, 1015-1017.
- Lloyd, C. Life Events and depressive disorder reviewed. Arch Gen Psychiatry, 1980, vol. 37, 529-534.
- Loosen, P.T.; Prange, A.J.: Thyrotrophin releasing hormone (TRH): a tool for psychoneuroendocrine investigation. Psychoneuroendocrinology, 1980, 5, 63-80.
- Loosen, P.T.; Prange, A.J.: Serum thyrotropin response to thyrotropin-releasing hormone in psychiatric patients: A review. American Journal of Psychiatry. 1982, 139, 405-416.
- Lorr, M.: Multidimensional scale for rating psychiatric patients. Veterans Administration technical bulletin, (1953), Nov. 16, TB 10-507.
- Lowenthal M, Haven C. Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. An Soc Review 1986; 33: 20-30.

Lu, R.B., Ho, S.L., Huang, H.C., Lin, Y.T.: The specificity of the dexamethasone suppression test in endogenous depressive patients. *Neuropsychopharmacology*, (1988) 1: 157-162.

Luchins, D.J., Meltzer, H.Y.: Ventricular size and psychosis in affective disorder (letter). *Biol Psychiatry*; (1983) 18:1197-1198.

Lund, Ch. Psychotic depression: Psychoanalytic psychopathology in relation to treatment and management. *British Journal of Psychiatry* (1991), 158, 523-528.

Lykouras, E., Chritodoulou, G. N. & Malliaras, D.: Type and content of delusions in unipolar psychotic depression. *Journal of Affective Disorders*, (1985), 9, 249-252.

Lykouras, E., Malliaras, D., Christodoulou, G.N., Papakostas, Y., Voulgari, A., Tzonou, A., Stefanis, C.: Delusional depression: phenomenology and response to treatment: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*; (1986a), 73:324-329.

Lykouras, E., Malliaras, D., Christodoulou, G.N., Moussas, G., Christodoulou, D., Tzonou, A.: Delusional depression: phenomenology and response to treatment. *Psychopathology* (1986b) 19:157-164.

Lykouras, E. and Vassilopoulos, D. Recurrence risk for the relatives of delusional depressed patients. *Acta Psychiat. Bel.*, 1986c, 86, 485-490.

Lykouras, E., Markianos, M., Malliaras, D., y Stefanis, C.: Neurochemical variables in delusional depression. *Am. J. Psychiatry*, (1988), 145, 214-217.

Lykouras, L., Vassilopoulos, D., Voulgari, A., Stefanis, C., Malliaras, D.: Delusional depression. Further evidence for genetic contribution. *Psychiatry Research*, (1987)21, 277-283.

Lykouras, L., Markianos, M., Hatzimanolis, J., Malliaras, D., Stefanis, C.: Hormonal Responses to clonidine and urinary MHPG in delusional and Nondelusional melancholic patients: a placebo-controlled study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 1991, 241:77-81.

Maas, J. W., Koslow, S. H., Katz, M. M., Bowden, C. L. Gibbons, R. L., Stokes, P. E., Robins, E., & Davis, J. M.: Pretreatment neurotransmitter metabolite levels and response to tricyclic antidepressant drugs. *American Journal of Psychiatry*, (1984)141, 1159-1171.

Maj, M., Arena, F., Lover, N., Pirozzi, R., Kemali, D. Factors associated with response to lithium prophylaxis in DSM III major depression and bipolar disorder. *Pharmacopsychiatry*. (1985); 18:309-313.

Maj, M., Pirozzi, R., Di Caprio E.L.: Major depression with mood-congruent psychotic features: a distinct diagnostic entity or a more severe subtype of depression ?. *Acta Psychiatr Scand*, (1990), 82: 439-444.

Markey, K.A., Towle, A.C. and Sze, P.Y.: Glucocorticoid influence on tyrosine hydroxylase activity in mouse locus ceruleus during postnatal development. *Endocrinology* (1982), 111, 1519-1523.

Martin, J.B.: Neuroendocrine regulation of growth hormone secretion. In Laron (ed). *Pediatric and Adolescent Endocrinology*, vol 12. Basel: Karger, pp 1-24.

Matussek, N., Ackenheil, M., Hippins, H., Muller, F., Schroder, H.T., Schultes, H. and Wasilewski, B.: Effect of clonidine on growth hormone release in psychiatric patients and controls. *Psychiatr. Res.* 1980, 2, 25-36.

Maudsley, H. *The pathology of mind.* London, MacMillan, 1879.

Mazure, C.M., Bowers, M.B., Hoffman, F., Miller, K.B., Nelson, J.C.: Plasma catecholamine metabolites in subtypes of major depression. *Biol Psychiatry*; (1987), 22:1469-1472.

Medalie J, Goldbourt V. Angina pectoris among 10,000 men. II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five-year incidence study. *Am J of Med* 1976; 60: 910-921.

Meltzer, H. Y., Cho, H. W., Carroll, B. J., & Russo, P.: Serum dopamine-beta-hydroxylase activity in the affective psychoses and schizophrenis. *Archives of General Psychiatry*, (1976), 33, 585-591.

Meissner, W.W.: Teorías de la personalidad y psicopatología: psicoanálisis clásico, en: Kaplan, H.I., Sadock, J.: *Tratado de Psiquiatría.* Salvat Editores, S.A. 2ª edición, Barcelona, 1989.

Mendelson, M.: Perspectivas psicoanalíticas de la depresión, en: Wolman, B.B., Stricker, G.: *Trastornos depresivos: Hechos, teorías y métodos de tratamiento.* Ed. Ancora, S.A. Barcelona, 1993.

Mendlewicz, J., Charles, G., & Franckson, J. M.: The dexamethasone suppression test in affective disorder: Relationship to clinical and genetic subgroups. *British Journal of Psychiatry*; (1982), 141, 464-470.

Mendlewicz, J., Linkowski, P., Kerkhofs, M., Desmedt, D., Golstein, J., Copinschi, G. and Wan Canter, E.: Diurnal hypersecretion of growth hormone in depression. *J. Clin. Endocrinolol. Metab.* 1985, 60, 505-512.

Metcalfe, M., Johnson, K., Coppen, A.: The Marke-Nyman temperament scale in depression. *Brit. J. Psychiatry*, (1975), 126, 41-48.

Meyers, B., y Greenberg, R.: Late life delusional depression. *J. Affective Disord.* (1986), 11, 133-137.

Meyers, B.S.: Late-life depression and delusions. *Hospital and Community Psychiatry*, (1987), vol.38, No. 6:573-574.

Miller, F.T., Chabrier, L.A.: Delusional and nondelusional unipolar depression: further evidence for distinct subtypes. *Hospital and Community Psychiatry*, (1986), vol. 37, No. 11:1157-58.

Miller, F.T., Chabrier, L.A.: The relation of delusional content in psychotic depression to life-threatening behavior. (1987), Vol. 17(1), Spring. *The American Association of suicidology*.

Miller, F.T., Chabrier, L.A.: Suicide attempts correlate with delusional content in major depression. *Psychopathology*, (1988), 21:34-37.

Minter, R., y Mandel, M.: The treatment of psychotic major depressive disorder with drug and electroconvulsive therapy. *J. Nerl. Ment. Dis.*, (1979), 167, 12, 726-733.

Minter, R., y Mandel, M.: A prospective study of the treatment of psychotic depression. *Am. J. Psychiatry*, (1979), 136, 11.

Mod, L., Rihmer, Z., Magyar, I., Arato, M., Alfoldi, A., Bagdy, G.: Serun DBH activity in psychotic vs nonpsychotic unipolar and bipolar depression. *Psychiatry Res.*; (1986), 19:331-333.

Morton, M.J.: Delusional depression in Nineteenth century Scotland. *B. J. of Psychiatry*, (1988), 153, 710-711.

Murphy, E.: The prognosis of depression old age. *Br. J. Psychiatry*, (1983), 142, 111-119.

Nelson, J. C., & Bowers, M. B., Jr.: Delusional unipolar depression: Description and drug response. *Archives of General Psychiatry*, (1978), 35, 1321-1328.

Nelson, J., Bowers, M., y Sweeney, D.: Exacerbation of psychosis by tricyclic antidepressants in delusional depression. *Am. J. Psychiatry*, (1979), 136, 4, 574-576.

Nelson, J.C., Price, L.H., Jatlow, P.I.: Neuroleptic dose and desipramine concentrations during combined treatment of unipolar delusional depression. *Am. J. Psychiatry*, (1986)143:9, 1151-1154.

Nelson, J.C., Conwell, Y., Kim, K., Mazure, C.: Age at onset in late-life delusional depression. *Am J Psychiatry*; (1989), 146:785-786.

Nelson, W.H., Khan, A., Orr, W.W. Jr. : Delusional depresión: phenomenology, neuroendocrine function, and tricyclic antidepressant response. *J. Affective Disord*; (1984), 6:297-306.

Neuhauser, H., Laakmann, G.: Stimulation of growth hormone by GHRH as compared to DMI in depressed patients. *Pharmacopsychiat*. 1988, 21, 443-444.

Okeane, V., O'Flynn, K., Lucey, J., Dinan, T.G.: Pyridostigmine-induced growth hormone responses in healthy and depressed subjects-evidence for cholinergic supersensitivity in depression. *Psychological Medicine* 1992, 22:1, 55-60, feb.

Organización Mundial de la Salud. ICD-10. Trastornos Mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid. 1992.

Orvaschel, H., Thompson, W.D., Belanger, A., Prusoff, B.A., and Kidd, K.K. Comparison of the family history method to direct interview. *Journal of Affective Disorders*, 1982, 4, 49.

Opjordsmoen, S.: Unipolar delusional depression. Outcome in reactive versus endogenous types. *Psychopathology*, (1991), 24: 260-269.

Pai, M., White, A., y Deane, A.: Lithium augmentation in the treatment of delusional depression. *Br. J. Psychiatry*, (1986), 148, 736-738.

Pande, A.C., Grunhaus, L.J., Haskett, R.F., Greden, J.F. Electroconvulsive therapy in delusional and non-delusional depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, (1990), 19, 215-219.

Parker, G., Hadzi-Paulovic, D., Hickie, I., Boyce, P., Mitchell, P., Wilhelm, K. and Brodaty, H.: Distinguishing psychotic and non-psychotic melancholia. *Journal of Affective Disorders*, (1991a), 22, 135-148.

Parker, G., Hadzi-Paulovic, D., Hickie, I., Mitchell, P., Wilhelm, K., Brodaty, H., Boyce, P., Eysers, K. and Pedic, F.: Psychotic depression: a review and clinical experience. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; (1991b), 25:169-180.

Parker, G., Roy, K., Hadzi-Paulovic, D., and Pedic, F.: Psychotic (delusional) depression: a meta-analysis of physical treatments. Journal of Affective disorders, (1992), 24, 17-24.

Patten, S.B.: The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. Canadian Journal Psychiatry, 1991, vol. 36, 706-711.

Paykel, E.: Depressive typologies and response to amitriptyline. Br. J. Psychiatry, (1972), 120, 147-154.

Peabody, C.A., Warner, M.D., Markoff, E., Hoffman, A.R., Wilson, D.M., Csernansky, J. G.: Growth hormone response to growth hormone releasing hormone in depression and schizophrenia. Psychiatry Res. 1990 Sep, Vol 33 (3), pp 269-76.

Pearlson, G. D., & Veroff, A. E.: Computerised tomographic scan changes in manic-depressive illness. Lancet, (1981), 2, 470.

Perris. C.: Personality patterns in patients with affective disorders. Acta Psychiatr. Scand. 1971, (Suppl. 221), 43, 51.

Perry, P. J., Morgan, D. E., Smith, R. E., & Tsuang, M. T.: Treatment of unipolar depression accompanied by delusions. Journal of Affective Disorders, (1982), 4, 195-200.

Pope, H.G., Lipinski, J.F.: Diagnosis in schizophrenia and manic- depressive illness: a reassessment of the specificity of "schizophrenic" symptoms in the light of current research. Arch. Gen. Psychiatry. (1978); 35:811-828.

Popescu, C., Ionescu, R., Christodorescu, D., Jipescu, I., Popa, S. Personality traits of psychotic and nonpsychotic depressive patients. Rev. Roum. Med. Neurol. Psychiat. (1989), 27, 147-162.

Porras, S., Vidal, C.: Respuesta de la hormona del crecimiento a la estimulación con GRF, como marcador clínico en los trastornos de angustia. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna., 1992, 19, 6, 243-250.

Price, L. H., Nelson, J. C., Charney, D. S. & Quinlan, D. M.: Family history in delusional depression. Journal of Affective Disorders, (1984), 6, 109-114.

Quitkin, F., Rifkin, A., & Klein, D. F.: Imipramine response in deluded depressive patients. American Journal of Psychiatry, (1978), 135, 806-811.

Rabins, P.V., Pearlson, G.D., Aylward, E., Kumar, A.J. and Dowell; K. Cortical magnetic resonance imaging changes in elderly inpatients with major depression. Am. J. Psychiatry 1991, 148:5, 617-620, May.

Rapaport, M., Risch, S., Guillin, J., Golshan, S., and Janowsky, D.: Blunted growth hormone response to peripheralinfusion of human growth hormone-releasing factor in patients whith panic disorder. Am. J. Psychiatry 1989, 146, 92-95.

Rich, Ch. L., Spiker, D. G., Jewell, S. W., Neil, J. F., and Phillipson, M.: ECT response in Psychotic versus nonpsychotic unipolar depressives. *J Clin Psychiatry* (1986), 47: 123-125.

Rihmer, Z., Bagdy, G., Arato, M.: Serum dopamine-beta-hidroksilaza activity in female manic-depressive patients. *Biol Psychiatry*; (1984), 19:423-427.

Risch, S.C., Kalin, N.H. and Murphy, D.L.: Neurochemical mechanisms in the affective disorders and neuroendocrine correlates. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 1981, 1, 180-185.

Rivier, J., Spiess, J., Thorner, M., Vale, W.: Characterization of a growth hormone-releasing factor from a human pancreatic islet tumour. *Nature* (London), 1982, 300, 276-278.

Robinson, A.D.T.: A century of delusions in South West Scotland. *B. J. of Psychiatry*, (1988), 153, 163-167.

Robinson, A.D.T.: Delusional depression in 19th century Scotland. *B. J. of Psychiatry*, (1989), 154, 573-4.

Robinson, D.G., Spiker, D.G.: Delusional depression: a one year follow-up. *J. Affective Disord*; (1985), 9:79-83.

Rockland, L.H. A Psychoanalytic view of the relationship between delusional depression and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, (1985), 142:3, 396.

Roose, S. P., Glassman, A. H., Walsh, B. T., Woodring, S., & Vital-Herne, J.: Depression, delusions, and suicide. *American Journal of Psychiatry*, (1983), 140, 1159-1162.

Roose. S. P., Glassman, A. H.: Delusional depression, in Depression and Mania. Editors Georgotas, A. and Cancro, R. Elsevier Science Publishing. New York. (1988).

Rosenthal, S.: Involutional Depression. En Arieti, R: American Handbook of Psychiatry, (1974), vol. 3, cap. 30, 694-709, 2ª ed.

Rothschild, A. J., Schatzberg, A. F., Rosenbaum, A. H., Stahl, J. B., & Cole, J. O.: The dexamethasone suppression test as a discriminator among subtypes of psychotic patients. British Journal of Psychiatry, (1982), 141, 471-474.

Rothschild, A. J., Schatzberg, A. F., Cole, J. O. and Bird, E.D.: Dexamethasone elevates dopamine in human plasma and rat brain. Presented at American College of Neuropsychopharmacology, Annual Meeting, San Juan, Puerto Rico.(1983).

Rothschild, A. J., Langlais, P., Schatzberg, A. F., Walsh, F.X., Cole, J.O., Bird, E.D.: Dexamethasone increases plasma free dopamine in man. J. Psychiatr Res; (1984), 18:217-223.

Rothschild, A. J., Langlais, P., Schatzberg, A. F., Miller, M.M., Solomon, M.S., Lerbinger, J.E., Cole, J.O., Bird, E.D.: The effects of a single acute dose of dexamethasone on monoamine and metabolite levels in rat brain. Life Sci;(1985), 36:2491-2501.

Rothschild, A. J.: Delusional depression: A review of the literature and current perspectives. Mclean Hospital Journal, (1985), 10, 68-83.

Rothschild, A. J., Schatzberg, A. F., Langlais, P., y cols.: Psychotic and nonpsychotic depression. I. Comparisons of plasma catecholamines and cortisol measures. *Psychiatry Res.*, (1986), 20, 143-153.

Rothschild, A. J., Benes, F., Hebben, N., Woods, B., Luciana, M., Bakanas, E., Samson, J.A., Schatzberg, A. F.: Relationships between brain CT scan findings and cortisol in psychotic and nonpsychotic depressed patients. *Biol Psychiatry*; (1989), 26:565-575.

Rothschild, A. J., Schatzberg, A. F., Samson, J.A., Schildkraut, J.J., Luciana, M., Letson, M. .: Cortisol and outcome in depression, in New Research Program and Abstracts, 143rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Washington, DC, APA. (1990).

Rothschild, A. J., Samson, J.A., Bessette, M. P., and Carter-Campbell, J. T.: Efficacy of the combination of Fluoxetine and Perphenazine in the treatment of psychotic depression. *J Clin Psychiatry*; 1993, 54:338-342.

Rubin, A. L., Charney, D. S., Price, L. H., and Heninger, G. R.: Rapid improvement of delusional depression following drug-induced seizures: case report. *J Clin Psychiatry* (1985), 46:146-147.

Rudorfer, M. V., Hwu, H. G., & Clayton, P. J.: Dexamethasone suppression test in primary depression: Significance of family history and psychosis. *Biological Psychiatry*, (1982)17, 41-48.

Ruegg, R.G., Zisook, S. and Swerdlow, N.R. Depression in the Aged. An overview. *Psychosis and Depression in the elderly. Psychiatric clinics of North America*. 1988, vol.11, n° 1, 83-99, March.

Ruiz Ogara, C.: Psicopatología de los delirios, pag. 409, en Ruiz Ogara, C., Barcia Salorio, D. y López-Ibor Aliño, J.J. y cols.: Psiquiatría. Ed: Toray, 1ª edición, Barcelona, 1982.

Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. J Consult Clin Psychol 1978; 46: 932-946.

Schatzberg, A. F., Rothschild, A. J., Stahl, J.B., Bond, T. C., Rosenbaum, A.H., Lofgren, S.B., McLaughlin, R.A., Sullivan, M.A., Cole, J.O.: The dexamethasone suppression test: identification of subtypes of depression. Am J Psychiatry; (1983), 140:88-91.

Schatzberg, A. F., Rothschild, A. J., Bond, T. C., & Cole, J. O.: The DST in psychotic depression: Diagnostic and pathophysiologic implications. Psychopharmacological Bulletin (1984), 20, 362-364.

Schatzberg, A. F., Rothschild, A. J., Langlais, P. J., Bird, E. D., & Cole, J. O.: A corticosteroid/dopamine hypothesis for psychotic depression and related states. Journal of Psychiatric Research, (1985), 19, 57-64.

Schatzberg, A. F., Rothschild, A. J., Langlais, P., y cols.: Psychotic and Nonpsychotic depressions. II. Platelet MAO activity, plasma catecholamines, cortisol and specific symptoms. Psychiatry Res., (1987), 20, 155-164.

Schatzberg, A. F., Rothschild, A. J.: The roles of glucocorticoid and dopaminergic systems in delusional (psychotic) depression. Ann. N. Y. Acad. Sci.(1988), vol., 537:462-471.

Schatzberg, A. F., Rothschild, A. J.: Psychotic (delusional) mayor depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV ?. Am J Psychiatry (1992a), 149:6, June.

Schatzberg, A. F., Rothschild, A. J.: Serotonin activity in psychotic (delusional) major depression. J Clin Psychiatry (1992b), 53.(10, suppl) 52-55.

Schlegel, S., Kretzschmar, K.: Computed tomography in affective disorders, part 1: ventricular and sulcal measurements. Biol Psychiatry; (1987), 22:4-14.

Siever, L.J., Uhde, T.W., and Silverman, E.K.: Growth hormone response to clonidine as a prove of noradrenergic-responsiveness in affective disorder patients and controls. Psychiatr. Res. 1982, 6, 171-183.

Simkó, A.: Nuevas aportaciones a la Psicopatología de las depresiones delirantes de culpabilidad. Fortschr. Neurol. Psychiat. (1983), 249-254.

Sinha, V.K. and Chaturvedi, S.K. Consistency of delusions in schizophrenia and affective disorder. Schizophrenia Research, (1990), 3, 347-350.

Solan, W., Arifulla, K., Avery, D., y Cohen, S.: Psychotic and nonpsychotic depression: Comparison of response to ECT. J. Clin. Psychiatry, (1988), 49, 97-99.

Solyom, L., Gibson, R.E.: Fluoxetine in refractory depression. (letter). Biol. Psychiatry, (1990), 27:461-462.

Solomon, J.: ECT in the treatment of recurrent psychotic depression. South. Med. J., (1978), 71, 12, 1516-1518.

Spiker, D.: Schizoaffective disease and atypical psychosis. Presented at a meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, San Juan, Puerto Rico, December 12. (1979).

Spiker, D. G., Weiss, J. C., Dealy, R. S., Griffin, S. J., Hanin, I., Neil, J. F., Perel, J. M., Rossi, A. J., & Soloff, P. H.: The pharmacological treatment of delusional depression. American Journal of Psychiatry, (1985a), 142, 430-436.

Spiker, D. G., Stein, J., y Rich, C.: Delusional depression and electroconvulsive therapy: one year later. Convulsive Ther., (1985b), 1 (3), 167-172.

Spiker, D. G., Perel, J. M., Hanin, I., Dealy, R. S., Griffin, S. J., Soloff, P.H., Weiss, J. C.: The pharmacological treatment of delusional depression: part II. Journal of conical psychopharmacology. (1986), vol. 6, No. 6:339-342.

Spiker, D. G., Dealy, R. S., Hanin, I., Weiss, J. C., and Kupfer, D. J.: Treating delusional depressives with amitriptyline. J Clin Psychiatry (1986), 47: 243-246.

Spiker, D. G., y Kupfer, D.: Placebo response rates in psychotic and nonpsychotic depression. J. Affective Disord., (1988), 14, 21-23.

Spitzer, R.L. and Endicott, J., The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, 1978.

Spitzer, R.L., Endicott, J. and Robins, E.: Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders, 3rd edn. Biometrics Research Division. New York State Psychiatric Institute, New York, NY. (1978).

Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders, 2nd ed. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1975.

Spitzer RL, Endicott J. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS), 2nd ed. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1975.

Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. Archives of General Psychiatry 1978; 35: 773-782.

Stokes, P. E.: Psychoendocrinology of depression and mania, in : Depression and Mania. Editors Georgotas, A. y Cancro, R. Elseviers Science Publishing. New York.(1988).

Strober, M., Green, J., y Carlson, G.: Phenomenology and subtypes of major depressive disorder in adolescence. J. Affective Disord. (1981), 3, 281-290.

Strober, M., Carlson, G.: Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation. Arch. Gen. Psychiatry, (1982), 39:549-555.

Sweeney, D., Nelson, C., Bowers, M., Maas, J., & Heninger, G.: Delusional versus nondelusional depression: Neurochemical differences. Lancet, 1978, 8, 100-101.

Targum, S. Neuroendocrine interrelationship in major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, (1982), 139, 3, 282-286.

Targum, S. D., Rosen, L. N., & Citrin, C. M.: Delusional symptoms associated with enlarged cerebral ventricles in depressed patients. *Southern Medical Journal*, (1983), 76, 985-987.

Tarver, J., Berkowitz, B. and Spector, S.: Alterations in tyrosine hydroxylase and monoamine oxidase activity in blood vessels. *Nature: New Biol.*(1973), 231, 2152-253.

Tennant, C., Bebbington, P. and Hurry, J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine*, 1980, 10, 289-299.

Thase, M.E., Kupfer, D.J., Ulrich, R.F.: Electroencephalographic sleep in psychotic depression. A valid subtype ?. *Arch Gen Psychiatry*, (1986), 43: 886-893.

Thase, M. E., & Kupfer, D. J.: EEG sleep studies in psychotic depression (abstract No. 98D, p. 177). *CME Syllabus*, American Psychiatric Association Meeting, Washington, DC, May 10-16.(1986).

Thomas, R., Beer, R., Harris, B., Jhon, R., and Scanlon, N., GH responses to growth hormone releasing factor in depression *J. of Affec. Disor.* 1989, 16, 133-137.

Tölle, R., Wefelmeyer, T.: Wahn bei melancholic; in Olbbrich H. (ed); *Halluzinationen und Wahn*. Berlin, Springer.(1987).

Tollefson, G.: Delusional hypochondriasis, depression, and amoxapine. *Am J Psychiatry* (1985), 142; 12: 1518-1519.

Tsuang, D., Coryell, W.: An 8-year follow-up of patients with DSM-III-R Psychotic depression, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Am J Psychiatry*; (1993), 150:1182-1188.

Uhde, T.W., Tancer, M.E.; Rubinow, D.R., Roscow, D.B., Boulenger, J.P., Vittone, B., Gurguis, G., Geraci, M., Black, B., Post, R.M.: Evidence for hypothalamo-growth hormone dysfunction in panic disorder-profile of growth hormone (GH) responses to clonidine, yohimbine, caffeine, glucose, GRF and TRH in panic disorder patients versus healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology*, 1992, 6:2, 101-118, feb.

Urretavizcaya, M., F. Contreras, J. Vallejo y cols. Six-month prospective study of outcome after discharge in 51 melancholic patients. *Anales de Psiquiatria*. Vol. 8. Nov. 1992. Suplemento 1, pag. 89.

Van den Bossche, B., Maes, M., Brussaard, C., Schotte, C., Cosyns, P., De Moor, J., De Schepper, A.: Computed tomography of the brain in unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, (1991), 21: 67-74.

Vilardell, E.: Generalidades. Endocrinología. en: Farreras, P., Rozman, C.: *Medicina Interna*. Vol. II. Ediciones Doyma. Undécima edición. Barcelona. 1988.

Waziri, R., Mott, J., y Wilcox, J.: Differentiation of psychotic from non psychotic depression by a biological marker. *J. Affective Disord.*, (1985), 9, 175-180.

Weissman, M.: Psychiatric illness in relatives of probands with delusional depression. American College of Neuropsychopharmacology. Annual Meeting, San Juan, Puerto Rico. (1983).

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., & Merikangas, K. R.: Is delusional depression related to bipolar disorder?. *American Journal of Psychiatry*, (1984), 141, 892-893.

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., & Merikangas, K. R.: Dr. Weissman and Associates reply. *Am J Psychiatry*, 1985, 142:3, 396.

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., & Leckman, J. F.: Delusional depression: A family study. Abstract in CME Syllabus, APA Meeting, (1986), No. 98A, p. 176.

Weissman, M. M., Warner, V., John, K., Prusoff, B. A., Merikangas, K. R., Wickramaratne, P., Gammon, G.D.: Delusional depression and bipolar spectrum: evidence for a possible association from a family study of children. *Neuropsychopharmacology*, (1988), vol. 1, No. 4:257-264.

Winokur, A., Amsterdam, J.D., Oler, J., Mendels, J., Snyder, P.J., Caroff, S.N., Brunswick, D.J.: Multiple hormonal responses to protirelin (TRH) in depressed patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40, 525-531.

Winokur, G., Scharfetter, C., and Angst, J.: A family study of psychotic symptomatology in schizophrenia, schizoaffective disorder, unipolar depression, and bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1985a, 234:295-298.

Winokur, G., Scharfetter, C., and Angst, J.: Stability of psychotic symptomatology (delusions, hallucinations), affective syndromes, and schizophrenics symptoms (thought disorder, incongruent affect) over episodes in remitting psychoses. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1985b, 234:303-307.

Winokur, G., Black, D.W. and Nasrallah, A. DST nonsuppressor status: relationship to specific aspects of the depressive syndrome. *Biol Psychiatry*; 1987, 22:360-368..

Wittenborn, J., y Kiremitci, N.: A comparison of antidepressant medications in neurotic and psychotic patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, (1975), 32, 1172-1176.

Wolfersdorf, M., Keller, F., Steiner, B., Hole, G.: Delusional depression and suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* (1987), 76:359-363.

Wolfersdorf, M., Hole, G., Steiner, B., Keller, F.: Suicide risk in suicidal versus nonsuicidal depressed inpatients. *Crisis* (1990), 11/2, 85-97.

Wolkowitz, O.M., Sutton, M., Loula, M., Labarca, R., Wilkinson, L., Doran, A., Pickar, D., Crawley, J.: Chronic corticosterone administration in rats: behavioral and biochemical evidence of increased central dopaminergic activity. *Eur J Pharmacol*; (1986), 122:329-338.

Zemiti, A.: Délires mélancoliques et indications des sismothérapies. *Sem. Hôp. Paris*, (1984), 60, 43, 3045-3047.

Zerssen, D.: *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Pirámide. Madrid. 1985.

VIII. APENDICE

En este apartado mostramos los instrumentos originales de valoración de las diferentes variables empleadas en el estudio.

Historia Clinica del Servicio de Psiquiatría del Hospital
"Prínceps d'Espanya". Ciudad Sanitaria y Universitaria de
Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.



1.00 Núm. de registre

1.01 Equip mèdic

Història clínica

1. Filiació - Identificació

1.1 Primer cognom

Segon cognom

Nom

1.2 NHC

1.3 Sexe: 1 home 2 dona

1.4 Edat

1.5 Estat civil:

- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1. Solter | 6. Matrimoni anul·lat |
| 2. Casat | 7. Cèlibe |
| 3. Vidu | 8. Religiós |
| 4. Separat | 9. Parella no legalitzada |
| 5. Divorciat | |

1.6 Canvis de residència

Últim canvi de residència en els dos darrers anys

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. Sense canvi (urbana) | 4. D'urbana a rural |
| 2. Sense canvi (rural) | 5. De rural a rural |
| 3. D'urbana a urbana | 6. De rural a urbana |

1.7 Nombre total de canvis de residència

1.8 Població

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Calaf | 18. St. Just Desvern |
| 2. Capellades-Piera | 19. St. Sadurní d'Anoia |
| 3. Castelldefels | 20. St. Vicenç dels Horts |
| 4. Cornellà de Llobregat | 21. Sta. Margarida i els Monjos |
| 5. Esparreguera | 22. Sitges |
| 6. Esplugues de Llobregat | 23. Vallirana |
| 7. Gavà | 24. Viladecans |
| 8. L'Hospitalet de Llobregat | 25. Vilafranca del Penedès |
| 9. Igualada | 26. Vilanova del Camí |
| 10. Martorell | 27. Vilanova i la Geltrú |
| 11. Molins de Rei | 28. Barcelona (capital) |
| 12. Olesa de Montserrat | 29. Barcelona (província) |
| 13. El Prat de Llobregat | 30. Catalunya |
| 14. St. Andreu de la Barca | 31. Estat espanyol |
| 15. St. Boi de Llobregat | 32. Estranger |
| 16. St. Feliu de Llobregat | 33. Desconeguda |
| 17. St. Joan Despi | |

INFORMACIÓ GENERAL

2.1 Procedència del pacient

- | | | |
|--------------|-------------------------------|----------------|
| 1. Urgències | 2. Interconsulta hospitalària | 3. Programació |
| 4. CAP | 5. Hospital psiquiàtric | 6. Altres |

2.2 Motiu de l'ingrés

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Intent o risc d'autoagressió | 4. Recaiguda (reinici dels símptomes abans de 6 mesos) |
| 2. Situació conflictiva | 5. Intent o risc d'agressió |
| 3. Trastorn patològic actual | 6. Altres..... |

2.3 Data d'ingrés

3. BIOGRAFIA

3.1 Llengua materna

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| 1. Català | 3. Una altra de l'Estat espanyol |
| 2. Castellà | 4. Llengua estrangera |

☐

3.2 Lloc on es va criar (fins als 16 anys)

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. Gran urbs | 4. Ciutat petita |
| 2. Afores de la gran urbs | 5. Medi rural |
| 3. Gran ciutat | 6. A diferents llocs |

☐

3.3 Tipus de convivència actual

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Viu sol | 4. Viu en una col·lectivitat |
| 2. Viu amb la família d'origen | 5. Viu amb altres familiars i amics |
| 3. Viu amb la família pròpia | 6. Altres |

☐

3.4 Nombre de persones (inclòs el pacient)

☐

3.5 Nombre de fills

☐

3.6 Nivell socio-econòmic

- | | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 1. Alt | 3. Mitjà | 5. Baix |
| 2. Mitjà-alt | 4. Mitjà-baix | 0. No se sap |

☐

3.7 Nivell d'instrucció

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. No sap llegir ni escriure o ho fa amb dificultat | 6. Formació professional de 2n. grau |
| 2. Primària incompleta | 7. Batxillerat superior, BUP o COU |
| 3. Primària/EGB 1a. etapa completa | 8. Títol de grau mitjà |
| 4. Batxillerat elemental/EGB 2a. etapa completa | 9. Títol de grau superior |
| 5. Formació professional de 1r. grau | 10. No se sap |

☐

3.8 Actual o última activitat laboral

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Tasques domèstiques | 6. Treballador especialista qualificat |
| 2. Professió liberal | 7. Treballador no qualificat |
| 3. Empresari | 8. Estudiant |
| 4. Funcionari | 9. Altres |
| 5. Administratiu | 0. No se sap |

☐

3.9 Situació laboral principal:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Servei militar | 8. Jubilat, retirat, pensionista |
| 2. Feina fixa remunerada | 9. Viu de rendes, dividends |
| 3. Feina eventual remunerada | 10. Estudiant |
| 4. Empresa familiar/pròpia | 11. Feines de la llar |
| 5. Busca feina per primer cop | 12. Incapacitat permanent |
| 6. Aturat sense subsidi | 13. Incapacitat transitòria |
| 7. Aturat amb subsidi | 14. Una altra situació |
| | 15. No se sap |

☐

3.10 Causa de la baixa

- | | | |
|-----------------|--------------|---------------------|
| 1. Psiquiàtrica | 2. Una altra | 3. No està de baixa |
|-----------------|--------------|---------------------|

☐

3.11 Temps d'inactivitat laboral

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1. 0-1 mes | 4. 6-12 mesos |
| 2. 1-3 mesos | 5. 1-2 anys |
| 3. 3-6 mesos | 6. Més de dos anys |
| | 7. No està de baixa |

☐

HISTÒRIA INFANTIL

3.12 Part

1. Eutòcic

2. Distòcic

3. Prematur

4. No se sap

☐

3.13 Antecedents psicopatològics infantils

1. Trastorn per dèficit d'atenció

7. Trastorns psicomotors

2. Trastorn de la conducta

8. Trastorns del llenguatge

3. Trastorn per ansietat

9. Trastorns del son

3.13.1

☐

4. Trastorn per evitació

10. Trastorns en el control d'esfínters

3.13.2

☐

5. Autisme i trastorns psicòtics

11. Altres

6. Trastorn de la conducta alimentària

12. No hi ha trastorns

3.13.3

☐

3.14. Retard mental

1. No

4. Intens (20-34)

2. Lleu (50-70)

5. Profund (<20)

3. Moderat (35-49)

☐

3.15. Ambient familiar

1. Satisfactori

2. Conflictiu

3. Disgregat

☐

3.16. En cas de separació dels pares: edat (anys) del pacient

(00: no hi ha separació; 99: abans de néixer)

☐

3.17. En cas de mort del pare: edat (anys) del pacient

(00: no és mort; 99: abans de néixer; 98: no se sap)

☐

3.18. En cas de mort de la mare: edat (anys) del pacient

(00: no és morta; 98: no se sap)

☐

3.19. Nombre de germans (inclòs el pacient)

☐

3.20. Ordre en el nombre de germans

☐

4. ANTECEDENTS

4.1. Familiars (consigneu-hi el més important)

00. Desconeguts

07. Trastorns afectius bipolars

01. Trastorns psíquics lleus

08. Alcoholisme

(sense consulta psiquiàtrica)

09. Altres toxicomanies

02. Neurosi: trastorns de la personalitat

10. Subnormalitat

03. Conducta antisocial

11. Demència

04. Trastorns psicossomàtics

12. Altres

05. Esquizofrènia i altres psicosis

13. No hi ha trastorns

06. Trastorns afectius unipolars.

14. No té familiars

4.1.1. Pare

☐

4.1.2. Mare

☐

4.1.3. Germans

☐

4.1.4. Fills

☐

4.1.5. Cònjuge

☐

4.1.6. Altres

☐

4.2 Suïcidi en familiars

1. Intent

2. Consumat

3. No hi ha antecedents

4. No té familiars

— Del pare

☐

— De la mare

☐

— Dels fills

☐

— Dels germans

☐

— Del cònjuge

☐

— D'altres

☐

ANTECEDENTS PERSONALS

4.3. Personalitat (cluster DSM III)

- 1,A (t. paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípic)
- 2,B (t. antisocial, t. límit, t. histriònic, t. narcisista)
- 3,C (t. evitació, t. dependència, t. obsessiu comp., t. passivo-agressiu, t. un altre trastorn)
- 4, No té cap trastorn

☐

4.4. Tòxics

- 0. No se sap
- 1. Consum regular
- 2. Abús
- 3. Dependència
- 4. Consum regular en el passat
- 5. Abús en el passat
- 6. Dependència en el passat
- 7. No en consumeix
- 1. Tabac
- 2. Alcohol
- 3. Estimulants
- 4. Sedants
- 5. Cannabis
- 6. Al.lucinògens
- 7. Opiacis
- 8. Abús de medicaments
- 9. Altres

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4.5. Intents de suïcidi

- 4.5.1. Nombre
- 4.5.2. Gravetat 1. Sí 2. No 3. No en té antecedents
- 4.5.3. Temps transcorregut des de l'últim intent (dies)

☐☐

Dies Mesos Anys

☐

4.6. Tractaments psiquiàtrics anteriors

- 1. Sí 2. No
- 4.6.1. Ambulatori
- 4.6.2. Hospitalització (HCE)
- 4.6.3. Hospitalització (HME)
- 4.6.4. Hospitalització (HLE)
- 4.6.5. Hospital de dia
- 4.6.6. Taller
- 4.6.7. Altres

☐☐☐☐☐☐☐

4.7. Nombre d'ingressos psiquiàtrics prevls

☐

4.8. Temps transcorregut des de l'últim Ingrés (dies):

Dies Mesos Anys

☐

5. MALALTIA ACTUAL

5.1. Episodi actual

5.1.1. Temps transcorregut des de l'inici (dies):

Dies

Mesos

Anys

--	--	--	--	--

5.1.2. Factors desencadenadors

1. Sí

2. No

3. Dubtós

— Previ 3 mesos

— 3-6 mesos

— 6-12 mesos

☐☐☐

5.1.3. Curs:

1. Progressiu

5. Tendència a millorar

2. Progressiu (tract. correcte)

6. Tendència a millorar (tract. correcte)

3. Estacionari

7. Canviant

4. Estacionari (tract. correcte)

☐

5.2. Història de la malaltia

5.2.1. Edat d'inici

--	--

5.2.2. Temps d'evolució (dies)

--	--	--	--	--

5.2.3. Factors desencadenadors

1. Sí

2. No

3. Dubtós

— Previ 3 mesos

— 3-6 mesos

— 6-12 mesos

☐☐☐

5.2.4. Evolució

1. Fàscica

4. Episòdica

2. Brots amb remissió total

5. Crònica

3. Brots amb remissió parcial

6. Díficil de precisar

☐

5.2.6. Mutacions sindròmiques en la simptomatologia

1. No

2. Sí

☐

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Centre d'Estudis i Recerca en
la Malaltia

Departament de Neurologia

6. TRACTAMENTS

Claus:

- Tipus: 01. Psicoteràpia
02. T. de conducta
03. Psicoanàlisi
04. Ansiolítics
05. Hipnòtics
06. Antidepressius heterocíclics
07. Antidepressius IMAOS
08. Antipsicòtics
09. Sals de liti
10. Anticomicials
11. TEC
12. Altres
13. Sense tractament
00. No se sap

- Dosi
1. Baixa
2. Mitjana
3. Alta
- Tolerància
1. Bona
2. Dolenta
- Resultat
1. Bo
2. Regular
3. Nul

6.1. Tractament actual (incloeu-hi els tractaments no psicofarmacològics)

	Tipus	Durada	Dosi	Tolerància	Resultat	Observacions

6.2 Dies d'estada

7. DIAGNÒSTIC

- 7.1. DSM III-R
- EJE I
- EJE II
- EJE III
- EJE IV
- EJE V

7.2 ICD-10

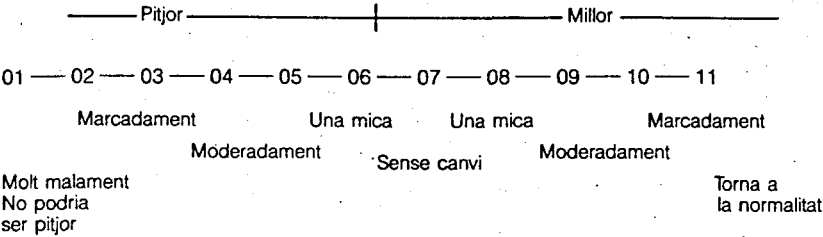
7.3. Diagnòstic (text lliure)

8.1. Resultats GAS

8.1.1. Any previ

8.1.2. GAS actual

9. Progrés global del pacient



9.1. Des del començament d'aquest tractament el meu progrés global és (malalt)

9.2. Des del començament d'aquest tractament del pacient és (metge)

9.3. Des del començament d'aquest tractament el progrés del pacient és (infermeria)

10. Esdeveniments vitals (episodi actual)

10.1. Valor global (González de Rivera)

11. Suport social

11.1. Escala de Lowenthal-Haven-Kaplan

11.2. Escala de Medalie-Goldourt

12. Derivació al alta:

Derivació al alta:

- 1. C.A.P. xarxa assistencial
- 2. Consultas Externas
- 3. C.A.S.
- 4. Hospital psiquiàtric
- 5. Altres

Criterios dagnósticos DSM-III-R.

USING THE FOLLOWING INFORMATION TO COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION

1. The following information is to be used to complete the following information

Copyright © 1994 by the American Psychiatric Association
11-11-94
All rights reserved.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)

1. Estado de ánimo deprimido ☐
 2. Notable disminución del placer o interés ☐
 3. Aumento o pérdida (5%) de peso sin régimen ☐
 4. Insomnio o hipersomnio casi cada día ☐
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día ☐
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día ☐
 7. Sentimientos excesivos o inadecuados de irritabilidad o culpa. ☐
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse ☐
 9. Ideas de muerte, suicidio o intento ☐
-

1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave, sin síntomas psicóticos
 4. Con síntomas psicóticos congruentes
 5. Con síntomas psicóticos no congruentes
 6. En remisión parcial
 7. En remisión completa ☐
-

DEPRESION TIPO MELANCOLICO

1. Pérdida de interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades ☐
2. Falta de reactividad ante estímulos agradables ☐
3. Depresión más intensa por la mañana ☐
4. Despertar precoz por la mañana (mínimo dos horas) ☐
5. Enlentecimiento o agitación psicomotora ☐
6. Anorexia significativa o pérdida de peso ☐
7. No alteración de la personalidad previa al ler. EDM ☐
8. Uno o más EDM previos seguidos de remisión completa ☐
9. Buena respuesta previa a una terapia adecuada (ADT, IMAOS, TEC, LITIO.) ☐

Escala de depresión de Hamilton.

Escala de depresión de Hamilton.

Escala de depresión de Hamilton.

Escala de depresión de Hamilton.

Escala de valoración psiquiátrica
de Hamilton para la depresión.

Enfermo Fecha
..... Valoración n.º
Edad Natural de Sexo
Estado Profesión (indicar si está o no jubilado)
Tratamiento Dosis

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente. Sensaciones no comunicadas verbalmente — es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).
4. Insomnio precoz	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche — cualquier ocasión de levantarse de la cama clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
6. Insomnio tardío	0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo — manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad en el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si puede realizar éstas sin ayuda.
8. Inhibición (Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muere los labios, etc.

10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Temores expresados sin preguntarle.	
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales — boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares — palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios — hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.	
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.	
14. Síntomas genitales	0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.
15. Hipocondría	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.	
16. Pérdida de peso (Especificar)	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración). 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g. en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g. en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg. en una semana.	Por término medio.
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo.	
18. Variación diurna	0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
19. Despersonalización y falta de realidad	0. Ausente. 1. Ligera. Como: Sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave. 4. Incapacitante.	
20. Síntomas paranoides	0. Ninguno. 1. } Sospechosos. 2. } 3. Ideas de referencia. 4. Delirios de referencia y de persecución.	
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.	
22. Otros síntomas (Especificar)	0. Ausentes 1. Ligeros 2. Graves	

Suma total puntuaciones

--	--

Escala de ansiedad de Hamilton.

Study No	Random No	Testcode	Semana		Dia de examen	
		1 2 0	0 1	9 9 9	5	
1-5	6-10	11-13	14-15	16-18	19-20	21-25

Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (semana 0)

El periodo de tiempo a evaluar es los últimos siete días. *Abajo hay una lista describiendo ciertos síntomas que puede padecer una persona. Evalúe al paciente encontrando la respuesta que mejor describa la magnitud o intensidad con que él/ella sientan este síntoma. Elija una de las respuestas para cada una de las catorce preguntas*.		0=not present 1=mild 2=moderate 3=severe 4=very severe	
1.	Humor ansioso Preocupado. Espera lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.	27	☐
2.	Tensión Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar.	28	☐
3.	Miedos A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales. Al tránsito callejero. A la multitud.	29	☐
4.	Insomnio Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños. Pesadillas. Terrores nocturnos.	30	☐
5.	Funciones intelectuales Dificultad de concentración. Mala memoria.	31	☐
6.	Humor depresivo Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día.	32	☐
7.	Síntomas somáticos (musculares) Dolores y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos musculares. Sacudidas dónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura, aumento del tono muscular.	33	☐
8.	Síntomas somáticos (sensoriales) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo.	34	☐
9.	Síntomas cardiovasculares Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Sensación de desmayo, de pérdida de latidos.	35	☐
10.	Síntomas respiratorios Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Disnea.	36	☐
11.	Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia: Dolor abdominal. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Náuseas. Vómitos. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Constipación.	37	☐
12.	Síntomas genito urinarios Micciones frecuentes, urgencia en la micción, amenorrea, metrorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.	38	☐
13.	Síntomas del sistema nervioso autónomo Sequedad de la boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Hiperpilación.	39	☐
14.	Comportamiento durante la entrevista Intranquilo, inquieto o incómodo. Le tiemblan las manos, oseo arrugado, facies tensa, suspira o respira más rápido, palidez facial, está tragando frecuentemente.	40	☐
Total score		41	☐

Initials of rater

Cuestionario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia. SADS.

HOJA DE VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO DE TRASTORNOS AFECTIVOS

7 ESQUIZOFRENIA (SADS)

Tarjeta No: 1
(1-2)

Nombre del entrevistado _____

No de Identif. del sujeto

____ (3-10) + ____

Si es familiar,
Nombre del sujeto _____

Estudio No _____ Nombre del _____ No del _____
(11-12) + Evaluador Evaluador (13-14)

El evaluador es: Entrevistador - 1 Edad del _____ Sexo del Varón - 1
Observador - 2 sujeto (16-17) sujeto: Hembra - 2
(15) (18)

Condición del sujeto: Paciente interno - 1 Fecha de
Paciente externo - 2 Evaluación _____
Otro tipo de (20-25)
paciente - 3
No paciente - 4
Otros - 5
(19)

Código de Grupo _____ Tipo de Evaluación: Ingreso - 1 No identifi.
del hospital _____
(26-27) Seguimiento - 2 (28-30)
Otros - 5
(28)

Protocolo No 83
(79-80) + (31)

Instrucciones para el uso de la hoja de valoración del CTAB: Tal vez algunos investigadores prefieran utilizar una hoja de valoración en lugar de un protocolo por paciente. En este caso resulta imprescindible acudir al protocolo del CTAB en busca de todas las definiciones e instrucciones para juzgar los ítems, y para reflejar la información. Las abreviaciones de los ítems que se utilizan en esta hoja de valoración no son adecuadas para pasar el cuestionario.

CTAB - PARTE I

ESTADO ACTUAL

Clasificación ...	0	1	2	3	4	5	...	213
Duración	0	1	2	3	4	5	6 7 8 9 ...	214
Inicio	0	1	2	3	4	5	6 7 8 9 ...	215
Inicio/stress ...	Na	1	2	3	4	5	6 7 ...	216
Asociado con								
Embarazo	SI							217
Menstruación	SI							218
Medicación	SI							219
Enfermedad Física	SI							220
Muerte	SI							221
Muecas estresantes	0	1	2	3	4			222

TRATAMIENTO

Externo	0	1	2	3	.....	223			
Hospital psiquiátrico ...	0	1	→ 2	Pasar a	226 ..	224			
Nº Hospitalizaciones ...	1	2	3	4	5	6	7	8	225

Tratamiento recibido

Electroshock .....	—	.....	226
Litio .....	—	.....	227
Antidepresivos .....	—	.....	228
Tranquilizantes men. ....	—	.....	229
Tranquilizantes may. ....	—	.....	230
Otros .....	—	.....	231
Psicoterapia .....	—	.....	232

Periodo de tiempo	1	2	3	4	5		233
-------------------------	---	---	---	---	---	-------	-----

AFECTO DISFORICO Y SINTOMAS ASOCIADOS

Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7...	234
Semana Pasada	0	1	2	3	4	5	6	7..	235
Dist.cual.Afecto	0	1	2	3	4	.....			236
Depr/preocupaciones ..	0	1	2	3	4	.....			237
Preocupaciones	0	1	2	3	4	5	6	.....	238
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	.....	239
Autorenproche	0	1	2	3	4	5	6	.....	240
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	.....	241
Valorac.negat.	0	1	2	3	4	5	6	.....	242
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	.....	243
Desaliento	0	1	2	3	4	5	6	.....	244
Pasada semana	0	1	2	3	4	5	6	.....	245
Tendencias suic.	0	1	2	3	4	5	6	7	246
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	7	247
Nº intentos	0	1	2	3	4	5	6	7	8 9 248

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Disnea .....	—	.....	252
Palpitaciones .....	—	.....	253
Dolor pecho .....	—	.....	254
Asfixia .....	—	.....	255
Lareo .....	—	.....	256
Picorcs .....	—	.....	257
Desmayos .....	—	.....	258
Sudores .....	—	.....	259
Temblores .....	—	.....	260
Miedo a morir .....	—	.....	261

Niëdo a morir										261
Nº semanas consec.	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	262
Ansiedad Somática	0	1	2	3	4	5	6	....		263
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	....		264
Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4	5	6	....		265
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	....		266
Fobia	0	1	2	3	4	5	6	....		267
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	....		268
Tipo de fobia		1	2	3	4	....				269
Obses./Compuls.	0	1	2	3	4	5	6	....		270
Semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	....		271
Insomnio	0	1	2	3	4	5	6	....		272

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Manifestac. públicas	...	369	b= 1
Indiscrec. financieras	...	370	b= 1
Asume tareas	...	371	
Conducta antisocial	...	372	
Excesos sexuales	...	373	
Embriaguez	...	374	
Conducta bizarra	...	375	
Capac. juic. dismin.	...	413	b= 1
Duración	...	414	
Abuso de alcohol	0 1 2 3 4 5 6	415	b= 1
Abuso de drogas	0 1 2 3 4 5 6	416	b= 1
Conducta antisocial	0 1 2 3 4 5 6	417	
Desconfianza	0 1 2 3 4 5 6 7	418	
Semana pasada	0 1 2 3 4 5 6 7	419	
Id.ref.no delir.	0 1 2 3	420	

DELIRIOS

Si no hay evidencia, marcar aquí	—	y pasar a 441	421*
Delir.ref.	0 1 2 3		422 b= 1
Ser control.	0 1 2 3		423 b= 1
Gente lee pens.	0 1 2 3		424 b= 1
Retransmis. pens.	0 1 2 3		425 b= 1
Inserc. pens.	0 1 2 3		426 b= 1
Retirada pens.	0 1 2 3		427 b= 1
Persecución	0 1 2 3		428 b= 1
Celos	0 1 2 3		429 b= 1
Culpab. o pecado	0 1 2 3		430 b= 1
Grandeza	0 1 2 3		431 b= 1
Somáticos	0 1 2 3		432 b= 1

CARACTERISTICAS DE LOS DELIRIOS, CUALQUIERA QUE SEA SU TIPO

Severidad	0 1 2 3 4 5 6	433 b= 1
	→ Pasar a 441	
Semana pasada	0 1 2 3 4 5 6	434 b= 1
Sensorio	0 1 2 3	435
Otros delirios	0 1 2 3	436
Consist. con afecto	0 1 2 3	437
Cualidad bizarra	0 1 2 3 4 5 6	438
Delirios múltiples	0 1 2 3	439
Fragmentarios	0 1 2 3	440

ALUCINACIONES

Si no hay evidencia, marcar aquí	—	y pasar a 450	441*
Auditivas	0 1 2 3		442 b= 1
Comentarios	0 1 2 3		443 b= 1
2 o más Voces	0 1 2 3		444 b= 1
Verb. no afect.	0 1 2 3		445 b= 1
Visuales	0 1 2 3		446 b= 1
Olfatorias	0 1 2 3		447 b= 1
Tactiles	0 1 2 3		448 b= 1
Tipo grand./ persec.	0 1 2 3		449 b= 1

CARACTERISTICAS DE LAS ALUCINACIONES, CUALQUIERA QUE SEA SU TIPO

Severidad	0 1 2 3 4 5 6	450 b= 1
	→ Pasar a 450	
Semana pasada	0 1 2 3 4 5 6	451 b= 1

Nota: Algunos items se perforan como 1 cuando están en blanco. Est
están marcados b= 1. Al rodear con un círculo el 1.

Consist. con afecto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453	1454	1455	1456	1457	1458	1459	1460	1461	1462	1463	1464	1465	1466	1467	1468	1469	1470	1471	1472	1473	1474	1475	1476	1477	1478	1479	1480	1481	1482	1483	1484	1485	1486	1487	1488	1489	1490	1491	1492	1493	1494
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Estado civil	0	1	2	3	4	5	.....	540
Trabajo últ.5 años	0	1	2	3	4	5	6 7 8 9	541
Tratam.Ext.	0	1	2	3	4	.....		542
Edad 1er.tratam.ext. ..	—	.....						543-544
Nº hospitaliz.psiquiat. —	.....							545-546
Edad 1ª hospitaliz. ....	—	.....						547-548
Tiempo total hospitaliz.	0	1	2	3	4	5	6 7	549

EPISODIOS DE SINDROME MANIACO

Criterio I 0 1 2 3 550
 No Hay → Pasar a 644

Criterio II Inform. NO SI
 Activo X 1 2 551
 Hablador X 1 2 552
 Fuga ideas X 1 2 553
 Grandeza X 1 2 554
 Menos sueño X 1 2 555
 Vulnerab.distrac. X 1 2 556
 Juicio X 1 2 557
 Nº síntomas 558

(eufórico = 2; irritable = 3)

Si no se ajusta al criterio II, marcar aquí — y
 pasar a 644 559

Criterio III
 Trast. adaptac. 0 1 2 560
 → Pasar a 644

Nº total epis. Maníaco... 561-562
 No hay evidencia, marcar aquí — y pasar a 569 563

DURANTE AL MENOS UN PERIODO DE SINDROME MANIACO

	No Hay Inform.	NO	SI		
Delir.ser control.	X	1	2	564	
aluc. no-afect.	X	1	2	565	
Aluc. audit.	X	1	2	566	
Delir.y aluc. 1 semana	X	1	2	567	
Trast.formal pens.	X	1	2	568	
Otras Características	MANIACO		ESQUIZO		
Nº episodios	—	569-670	—	571 - 572	
Edad 1er.episodio	—	573-574	—	613 - 614	
Edad últ. episodio	—	615-616	—	617 - 618	
Durac. en semanas	—	619-621	—	622 - 624	
Hospitalizado	SI	625	SI	626	
Electroshock	SI	627	SI	628	
Medicación	SI	629	SI	630	
Deprimido	SI	631	SI	632	
Delirios	SI	633	SI	634	
Alucinaciones	SI	635	SI	636	
Incapacitado	SI	637	SI	638	
Int.suicidio	SI	639	SI	640	
Consec. tratam.somat. .	SI	641	SI	642	
Episodio esquizo/afect.	0	1	2	3 4	643

EPISODIOS DE SINDROME DEPRESIVO MAYOR

Criterio I 0 1 2 644
 Criterio II 0 1 2 645
 → Pasar a 746

Criterio III	No hay Informac.	NO	SI	
Apetito	X	1	2	646
Trast.sueño	X	1	2	647
Falta energía	X	1	2	648
Falta interés	X	1	2	649
Culpa, autorrepro	X	1	2	650
Concentración	X	1	2	651
Suicidio	X	1	2	652
Agitac./enlentec.	X	1	2	653
Nº de síntomas				654
Si no se ajusta al criterio III, marcar aquí — y pasar a 746				
Nº Total episocios ...				656-657

Si no hay evidencia, marcar aquí — y pasar a 665 658

	No hay inform.	NO	SI	
Delir.ser control.	X	1	2	659
Aluc. no-afect.	X	1	2	660
Comentarios	X	1	2	661
Delir.yaluc. 1 mes ...	X	1	2	662
Preocupac.delir./aluc.	X	1	2	663
Trast.formal pens. ...	X	1	2	664
Otras Características	DEPRES. MAYOR		ESQUIZO/AFFECT.	
Nº episodios	665 - 666		667 - 668	
Edad 1er.episodio	669 - 670		671 - 672	
Edad últ. episodio ...	673 - 674		713 - 714	
Duración en semanas ..	715 - 716		717 - 718	
Hospitalizado	SI 721		SI 722	
Electroshock	SI 723		SI 724	
Medicación	SI 725		SI 726	
Maniaco/hipomaniac. ..	SI 727		SI 728	
Delirios	SI 729		SI 730	
Alucinaciones	SI 731		SI 732	
Incapacitado	SI 733		SI 734	
Int.suicidio	SI 735		SI 736	
Embarazo	SI 737		SI 738	
Menopausia	SI 739		SI 740	
Consec.Tratam.somát. .	SI 741		SI 742	
Enfermedad física	SI 743		SI 744	
Episodio esquizo/afect. 0 1 2 3 4				745

PSICOSIS NO AFECTIVAS NO ORGANICAS

Si no hay evidencia, marcar aquí — y pasar a 857 ... 746

Número total de episocios 747-748

	No hay inform.	NO	SI	
Retransmis.pens.	X	1	2	749
Delir.cont.múlt.biz...	X	1	2	750
Delir.no persecut.	X	1	2	751
Delir.y aluc.1 semana	X	1	2	752
Alucinac. auditivas ..	X	1	2	753
Alucinac.verb.no afect.	X	1	2	754
Alucinac. y mes	X	1	2	755
Trast.formal pens. ...	X	1	2	756
Por lo menos 4 síntoma		1	2	758
Pasará a 762				
Al menos 2 semanas	0	1	2	759

Otras características	ESQUIZO	NO ESPECIFICADA
Nº episodios	760-761	762-763
Edad 1er.episodio	764-765	766-767
Edad últ. episodio ...	768-769	770-771
Duración en semanas ..	772-774	813-815
Hospitalizado	SI 816	SI 817
Trastam.somático	SI 818	SI 819
Delirios	SI 820	SI 821
Delir.persect.	SI 822	SI 823
Delir. no persecut. ..	SI 824	SI 825
Delir.cont.múlt.biz...	SI 826	SI 827
Delir.y aluc. 1 semana	SI 828	SI 829
Alucinaciones	SI 830	SI 831
Alucinaciones, 1 mes	SI 832	SI 833
Alucinac. visuales ...	SI 834	SI 835
Alucinac. auditivas ..	SI 836	SI 837
Comentarios	SI 838	SI 839
Alucinac.verb.no afect.	SI 840	SI 841
Retransmis.pens.	SI 842	SI 843
Trast.formal pens. ...	SI 844	SI 845
Catatónico	SI 846	SI 847
Cond.bizarras	SI 848	SI 849
Int. suicidio	SI 850	SI 851
Incapacitado	SI 852	SI 853
Asoc. embarazo	SI 854	SI 855
Episodio esquizo.	0 1 2 3 4	856

ALCOHOLISMO

	No hay inform.	NO	SI	
Bebió demasiado	X	1	2	857
Reproches	X	1	2	858
No podía dejar de beber	X	1	2	859
Si no hay evidencia, marcar aquí ☐ y pasar a			921	860
Antes desayuno	X	1	2	861
Problemas trabajo	X	1	2	862
Perdió trabajo	X	1	2	863
Dif. interpers.	X	1	2	864
Divorcio o separac....	X	1	2	865
Faltó varios días.....	X	1	2	866
Violento.....	X	1	2	867
Tráfico	X	1	2	868
Policía	X	1	2	869
Amnesia	X	1	2	870
Temblores	X	1	2	871
Delirium tremens	X	1	2	872
Alucinaciones	X	1	2	873
Convulsiones	X	1	2	874
Síntomas físicos	X	1	2	875
Al menos 2 síntomas ..		☐ 1	2	913
Abuso alcoh.sup.1 mes		☐ 1	2	914
			↳ Pasar a 921	
Se ajusta 2 criterios	SI	.....	915	
Problema actual	SI	.....	916	
Edad comienzo .....	—	.....	917-918	
Edad terminación .....	—	.....	919-920	

ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS

Grado abuso ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 921

↳ Pasar a 935

Narcóticos .....	.....	922
Anfetaminas o simil ..	.....	923
Cocaína .....	.....	924
Sedantes, hipnót., tranquiliz.	.....	925
Deriv. cannabis .....	.....	926

HOSPITAL
INIC
OVINCIAL
BARCELONA

PSIQUIATRIA

Alucinógenos .....	_____	.....	927
Disolventes .....	_____	.....	928
Puntuación 4 o más	☐ 1 2 .....	.....	929
→ Pasar a 935			
Problema actual	SI .....	.....	930
Edad comienzo .....	_____	.....	931-932
Edad terminación .....	_____	.....	933-934

PSICOPATOCLOGIA NO ASOCIADA CON EPISODIOS DESCRITOS ANTERIORMENTE

Esquizo. subcrón.o crón.

o Trast.esquizo/afect... marcar aquí ☒ y pasar a 1230..935

EPISODIOS HIPOMANIACOS

2 o más epis. maníacos, marcar aquí ☐ y pasar a 954-936

Criterio I

☐ 0 ☐ 1 2 3

→ Pasar a 954

Criterio II

No hay
inform.

NO

SI

Activo X 1 2 938

Hablador X 1 2 939

Fuga de ideas X 1 2 940

Grandeza X 1 2 941

Menos sueño X 1 2 942

Vulnerab. distrac. X 1 2 943

Juicio X 1 2 944

Nº de síntomas _____ 945

Se ajusta 2 criterios ☐ 1 2 946

→ Pasar a 954

Nº epis. hipomaniacos _____ 947-948

Edad 1er.epis.hipoman. _____ 949-950

Duración máxima _____ 951-953

PERSONALIDAD CICLOTIMICA

Criterio I ☐ 0 ☐ 1 2 954

Criterio II ☐ 0 ☐ 1 2 955

Criterio III ☐ 0 ☐ 1 2 956

→ Pasar a 958

Se ajusta 3 criterios . SI 957

TRASTORNO DE ERIQUET

Criterio I ☐ 0 ☐ 1 2 958

→ Pasar a 968

Criterio II

No hay
inform.

NO

SI

Enfermizo X 1 2 959

Reacc.conv.o disoc. X 1 2 960

Dolor abdominal X 1 2 961

Trast. menstruales X 1 2 962

Indif. sexual X 1 2 963

Dolores X 1 2 964

Mujeres - Se ajusta

criterios SI 965

Hombres - Se ajusta

criterios SI 966

Se ajusta 2 criterios SI pasar a 1053 967

Se ajusta criterios

pers.ciclotímica, marcar aquí ☐ y pasar a 1053 ... 968

PERSONALIDAD LABIL

Criterio I ☐ 0 ☐ 1 2 969

→ Pasar a 1016

Pag.

Criterio II	No hay inform.	NO	SI	
Decepcionado	X	1	2	970
Reacc. excesiva	X	1	2	971
Impulsivo	X	1	2	972
Se siente inferior	X	1	2	973
Dificult. interspers. ..	X	1	2	974
Preocupado	X	1	2	975
Al menos 3 síntomas ...		1	2	1013
Criterio III	0	1	2	1014
Se ajusta 3 criterios.....				1015
Pasará a 1016				

TRASTORNO DEPRESIVO MENOR

2 o más epis. Trast. Depres. Mayor, marcar aquí ☐ y
Pasará a 1044 1016

Criterio I	0	1	2	1017
Criterio II	0	1	2	1018

Criterio III	No hay inform.	NO	SI	
Apetito	X	1	2	1019
Trast. sueño	X	1	2	1020
Perd. energía	X	1	2	1021
Perd. interés	X	1	2	1022
Culpable, indigno	X	1	2	1023
Concentración	X	1	2	1024
Muerte/suicidio	X	1	2	1025
Agitac./retardo	X	1	2	1026
Llanto	X	1	2	1027
Pesimista	X	1	2	1028
Dar vueltas	X	1	2	1029
Inferior	X	1	2	1030
Resentido	X	1	2	1031
Dependencia	X	1	2	1032
Autocompasión	X	1	2	1033
Molestias físicas	X	1	2	1034
Al menos 2 síntomas ...		1	2	1035

Se ajusta 3 criterios 1 -Sí 2 -Sí, ☐ Pasará a 1044
episódico crónico 1036
Nº episodios 1037-38
Edad 1er. episodio 1039-40
Duración máxima 1041-43

TRASTORNO DEPRESIVO INTERMITENTE

Criterio I	0	1	2	1044
Criterio II	0	1	2	1045
Criterio III	0	1	2	1046
Criterio IV	0	1	2	1047

Se ajustó 4 criterios SI 1048
Edad 1a. manifestac. ... 1049-50
Duración en años 1051-52

TRASTORNO DE PANICO

Criterio I	No hay inform.	NO	SI	
Disnea	X	1	2	1053
Palpitaciones	X	1	2	1054
Dolor pecho	X	1	2	1055
Sensac. ahogo	X	1	2	1056
Mareos	X	1	2	1057

Pág.

	No hay inform.	NO	SI	
Hormigueo	X	1	2	1058
Sudores	X	1	2	1059
Desmayos	X	1	2	1060
Temblores	X	1	2	1061
Miedo a morir	X	1	2	1062
Miedo y más de 2 sínt		1	2	1063
Criterio II	0	1	2	1064
Criterio III	0	1	2	1065
Criterio IV	0	1	2	1066

Se ajustó 4 criterios ☒ SI ☒ SI 1067
 Edad en que se ajustó
 por la. vez 1068-69
 Duración máxima 1070-72
 Situación estimular ... 1 2 3 1073
 Si presenta trastorno de Briquet, marcar aquí ☐ y
 pasar a 1126 1074

TRASTORNO DE-ANSIEDAD GENERALIZADA

Criterio I	0 1 2			1075
Criterio II	No hay inform.	NO	SI	
Insomnio inicial	X	1	2	1113
Sudores	X	1	2	1114
Tensión muscular	X	1	2	1115
Preocupaciones	X	1	2	1116
Agitación	X	1	2	1117
Al menos 1 síntoma		1	2	1118
Criterio III	0	1	2	1119

Se ajustó 3 criterios SI 1120
 Edad en que se ajustó
 por la. vez 1121-22
 Duración máxima 1123-24

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Criterio I	0 1 2			1126
Criterio II	0 1 2			1127

Se ajustó 2 criterios SI 1128
 Edad en que se ajustó
 por la. vez 1129-30
 Duración máxima 1131-33
 Síntoma predominante .. 0 1 2 1134

TRASTORNO FOBICO

Criterio I	0 1 2			1135
Criterio II	0 1 2			1136

Se ajustó 2 criterios SI 1137
 Edad en que se ajustó
 por la. vez 1138-39
 Duración máxima 1140-42
 Tipo de fobia 1 2 3 4 1143

PERSONALIDAD ANTISOCIAL

	No hay inform.	NO	SI	
Criterio I				
Cambió ocupaciones	X	1	2	1144
No trabajó	X	1	2	1145

JANUO
 CLIN
 INGENIERO
 AERONAUTICA

	inform.	NO	SI	
Faltó al trabajo	X	1	2	1146
Al menos 1 síntoma		1	2	1147
		→ Pasar a 1169		
Criterio II	No hay inform.	NO	SI	
Hacía novillos	X	1	2	1148
Expulsado	X	1	2	1149
Rendimiento acad. bajo	X	1	2	1150
Transgredir normas	X	1	2	1151
Arrestado	X	1	2	1152
Se fugó	X	1	2	1153
Mentía mucho	X	1	2	1154
Bebía mucho	X	1	2	1155
Robaba.....	X	1	2	1156
Vandalismo	X	1	2	1157
Activ.sex. tempranas ..	X	1	2	1158
Al menos 3		1	2	1159
		→ Pasar a 1169		
Criterio III	No hay inform.	NO	SI	
Arrestado	X	1	2	1160
Divorcio/separac.	X	1	2	1161
Riñas físicas	X	1	2	1162
Embriaguez	X	1	2	1163
Deudas no pagadas	X	1	2	1164
Sin resid/ sin planes	X	1	2	1165
Al menos 2		1	2	1166
Criterio IV		0	2	1167
		→ Pasar a 1169		
Se ajustó a los 4 criterios			SI	1168

RASGOS DE PERSONALIDAD

Desconfiado/suspicaaz ..	0	1	2	3	4	5	6	1169
Cbses/compuls.	0	1	2	3	4	5	6	1170
Alegre/ llena energía	0	1	2	3	4	5	6	1171

OTROS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Criterio I								
Trastorno no cubierto						SI		1172
Se sospecha trast.						SI		1173
Se desconoce						SI		1174
Información inadecuada						SI		1175
Factor orgánico conocido						SI		1213
Al menos 1 cierto		☐ 1	2					1214
Criterio II		☐ 0	1	2				1215
		→ Pasar a 1223						
Se ajustó 2 criterios						SI		1216
Edad 1er. episodio								1217-18
Episodio actual						SI		1219
Duración en semanas								1220-22

RASGOS ESQUIZOTIPICOS

	No hay inform.	NO	SI	
Ilusiones recurrentes	X	1	2	1223
Ideac. extraña	X	1	2	1224
Ideas referenc.	X	1	2	1225
Relac. inadecuada	X	1	2	1226
Comunicac. extraña	X	1	2	1227
Aislam. social	X	1	2	1228
Al menos 1 cierto			SI	1229

HOSPITAL
LINIC
PROVINCIAL
BARCELONA

2. PSIQUIATRIA

tag.

DISTINCION PRIMARIA/SECUNDARIA DENTRO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYO

No hay inform., nunca

presentó TDM .....	_____	.....	1230
1er.episodio no precedido .....	_____	.....	1232
En caso afirmat., trast.nº .....	_____	.....	1233-34
Epis.más reciente preced. ....	_____	.....	1235
En caso afirmat., trast.nº .....	_____	.....	1236-37

COMPORTAMIENTO SUICIDA

Intento de suicidio ... 0 1 2 1238

Pasará a 1242

Número de intentos	1	2	3	4	5	6	7	8+	.....	1239
Intención de suicidio ..	0	1	2	3	4	5	6	.....		1240
Peligro real	0	1	2	3	4	5	6	.....		1241

CONDUCTA SOCIAL

Relaciones sociales ...	0	1	2	3	4	5	6	7		1242
Mayor parte vida sujeto								.....	1243	
Resultado de deterioro								.....	1244	
Nivel adaptación máx.	0	1	2	3	4	5	6	.....	1245	
RECUPERACIÓN	0	1	2	3	4	.....			1246	

ACTUALM.SIN ENF.MENTAL 0 1 2 1247

NUNCA MENTALM.ENFERMO	0	1	2		1248
Fiabilidad	1	2	3	4 5	1249
Entrevista sujeto .....	_____	.....	1250		
Cuerpo clinico .....	_____	.....	1251		
Familia .....	_____	.....	1252		
Expediente .....	_____	.....	1253		
Otros .....	_____	.....	1254		
Medicación .....	_____	.....	1255		

Reflejar diagnóstico según CDI en la hoja de registro de los CDI

NOTAS:

QUESTIONARIO PARA TRASTORNOS AFECTIVOS Y ESQUIZOFRENIA
(SADS) *

12-7-71

Nº de tarjeta 1
(1-2)

Nombre del sujeto evaluado -----

Nº de identificación

(3-10) +

Estudio Nº -----
(11-12)

Nombre del
evaluador -----

Nº del -----
evaluador (13-14)

El evaluador es: entrevistador - 1
observador - 2
- (15)

Edad del -----
sujeto (16-17)

Sexo del: Varón - 1
sujeto: Hembra - 2
(18)

Situación del sujeto en el
momento de la evaluación:

interno = 1
externo = 2
otros = 3
no paciente = 4
otros = 5

(19)

Fecha de -----
evaluación (20-25)

Código del grupo -----
(26-27)

Tipo de evaluación: ingreso - 1
seguimiento - 2
otros - 3
(28)

Nº de identificación
del hospital (opcional) -----

Nº Formulario 83
(79-80) +

DATOS DE IDENTIFICACION

Este instrumento ha sido diseñado para recoger información sobre el funcionamiento y síntomas de un sujeto. Aunque contiene una guía de entrevista y sugiere que el sujeto debe ser entrevistado, los juicios deben basarse en todas las fuentes de información sobre el sujeto de que se disponga, tales como entrevistas con miembros de la familia, historial del sujeto y otras referencias que deben ser estudiadas antes de entrevistar al sujeto. En la mayor parte de ocasiones la evaluación por medio de la SADS debe ser posterior al trabajo clínico inicial. El evaluador debe hacer uso de su mejor juicio si existe algún conflicto entre las distintas fuentes de información. El entrevistador debe estar familiarizado con el propósito de la evaluación, los ítems que es juzgando, y debería modificar la entrevista cuando lo juzgue necesario para asegurar la mejor valoración. Siempre que sea posible, la evaluación por medio del SADS debe hacerse cuando el sujeto no está sometido a medicación.

La Parte I se centra en detalles del episodio actual. La Parte II se centra principalmente en información histórica, aunque algunos ítems cubren hasta el momento de la entrevista. Pueden pasarse ambas partes en una misma sesión, con un corto descanso después de la Parte I, o bien la Parte II puede pasarse más adelante, cuando el paciente pueda suministrar información más exacta sobre su historia.

Antes de utilizar el SADS, el entrevistador debe estudiar cuidadosamente el manual de instrucciones y todas las definiciones, así como las instrucciones que se encuentran a lo largo de todo el instrumento. Además, el entrevistador debe estar muy familiarizado con los criterios de diagnóstico para la investigación (RDC), que generalmente se utilizan conjuntamente con la SADS inmediatamente después de realizar la entrevista.

* -> ?

† Perforar por duplicado en cada tarjeta

Copyright 1971 by the American Psychiatric Association

COMIENZO DE LA ENTREVISTA Y ESCALAS.

El evaluador debe presentarse en primer lugar al sujeto y explicarle que la primera parte de la entrevista se centrará en los problemas o dificultades recientes del sujeto y que existen "algunas preguntas" generales que se formularán a todos los entrevistados. A continuación debe obtener, o confirmar, la información demográfica del sujeto: edad, estado civil, fecha de ingreso en el hospital o clínica, de modo que tanto el evaluador como el sujeto puedan orientarse antes de comenzar la entrevista.

El evaluador debe pedir al sujeto que le relate la enfermedad presente en una entrevista breve no estructurada, que generalmente durará de 10 a 15 minutos. Además de obtener una visión general de las dificultades que ha experimentado el sujeto, el evaluador ha de obtener también información necesaria para valorar los tres primeros ítems (clasificación del episodio actual, duración e inicio del mismo).

Si se trata de un paciente psiquiátrico:

NOTAS

Me gustaría que me hablase de sus problemas o dificultades y de qué modo le llevaron a ingresar en este (hospital, clínica, etc.).

Si un paciente se refiere a dificultades a largo plazo:

Lo que me gustaría sería centrarme en lo que le llevó a venir aquí esta vez. Después le preguntaré sobre el pasado.

Si no se trata de un paciente psiquiátrico:

Me gustaría que me hablase Vd. de cualquier tipo de problema o dificultad que pudiese Vd. experimentar en estos momentos.

Para todos los sujetos:

¿Cuándo diría Vd. que notó que algo no funcionaba bien (esta vez)?

¿Hasta qué punto estas dificultades han supuesto un cambio con respecto a como se sentía Vd. generalmente?

¿Cuánto tiempo transcurrió desde que Vd. comenzó a encontrarse mal hasta que se presentó en (el servicio al que haya acudido el paciente)?

¿Se siente Vd. mejor ahora? o ¿Se siente Vd. peor que nunca?

Si se siente mejor ahora:

¿Cuánto tiempo hace que (descripción de la situación patológica más severa en palabras del sujeto)?

¿Cuándo se sintió Vd. bien por última vez (al menos durante 2 meses)?

Clasificación del episodio actual

Un episodio de enfermedad se refiere a un período relativamente discreto de un síndrome nuevo, o ~~o~~, o síntomas que pueden distinguirse fácilmente del estado normal del sujeto. Puede superponerse a un estado crónico, en cuyo caso comienza cuando se observa un cambio notable sea en la cualidad o en la intensidad del trastorno. Si durante un período de enfermedad el sujeto ha experimentado un retorno a la situación normal, con una duración superior a 2 meses, con o sin medicación, la recuperación del trastorno debe considerarse un nuevo episodio. Períodos adyacentes de episodios maníacos o depresivos, separados por períodos inferiores a dos meses de funcionamiento normal, deben considerarse como un episodio único de trastorno afectivo o esquizo-afectivo. Para valorar este ítem se requiere una exploración considerable sobre el desarrollo del episodio actual y de la historia psiquiátrica del sujeto. En algunos casos la valoración puede cambiarse después de haber cumplimentado la parte II, si se juzga necesario.

- 0 No hay información, no está enfermo. 213*
- 1 El episodio actual de enfermedad ha durado menos de 5 años y se ha desarrollado en una persona relativamente libre de síntomas psiquiátricos al menos en los 2 meses precedentes al episodio. Puede haber habido episodios previos de enfermedad con poca psicopatología residual. Ej.: depresiones recurrentes; segundo episodio de psicosis aguda.
- 2 El episodio actual ha durado menos de 5 años y constituye un síndrome nuevo que se superpone a la psicopatología preexistente de cualquier otro trastorno. Ej.: un alcohólico crónico desarrolla una depresión. Una persona con una ligera depresión durante varios años desarrolla un episodio maníaco-depresivo.
- 3 El episodio actual ha durado menos de 5 años y aparentemente constituye la exacerbación de un estado crónico. Ej.: exacerbación aguda de esquizofrenia o alcoholismo. Persona con una depresión crónica desarrolla un episodio depresivo severo.
- 4 Condición crónica con numerosas exacerbaciones o efílicas, de modo que resulta prácticamente imposible determinar cuándo comenzó este episodio (o el episodio actual durante más de 5 años).
- 5 Sujeto con un estado esencialmente idéntico durante más de 5 años, que es ingresado o evaluado actualmente por alguna razón no relacionada con un cambio en psicopatología.
- Pasar al tratamiento. Ítem 223.

*-El número de la tarjeta y columna de cada ítem se indica a la derecha de la línea negra.

Duración.-

La estimación de la duración de este episodio hasta la fecha comprende desde los primeros signos de cambio en el estado actual hasta el momento de la evaluación.

Anotar la duración exacta en semanas.
(Esto será necesario para los RDC).

Inicio.-

Tiempo transcurrido desde las primeras manifestaciones del síndrome principal actual en cualquiera de los siguientes (síntoma que se desarrolló en primer lugar): a) delirios, alucinaciones, confusión. b) trastornos importantes en el funcionamiento social u ocupacional. c) momento de mayor trastorno hasta la fecha. Ej.: dos meses de irritabilidad y depresión creciente hasta que fue incapaz de ir al trabajo; tres días de ansiedad seguidos por alucinaciones; dos años de creciente aislamiento social, afecto deprimido, conducta excéntrica, seguidos por delirios de grandeza.

Juicio del evaluador sobre la tensión o cambio en la vida cotidiana que una persona corriente experimentaría por los sucesos o circunstancias que ocurrieron previamente al episodio actual:
Considerar tanto el número de acontecimientos como el contexto en que éstos ocurrieron. No incluir acontecimientos que no tuvieron lugar más de un año antes del episodio. No incluir la reacción idiosincrásica del sujeto a estos acontecimientos, que puede ser mayor que la de la mayor parte de las personas corrientes. El evaluador no debe dejarse influir en su valoración por su consideración del efecto de los acontecimientos vitales en el desencadenamiento del episodio.

¿Ocurrió algo antes de que Vd. (empezara a sentirse así, se pusiera enfermo)?

¿Ocurrió algún cambio importante en su vida, por ej., en su salud...situación económica...trabajo...familia?

- 0 No hay información.
- 1 Menos de 2 días.
- 2 Desde 2 días a menos de una semana.
- 3 Desde una semana a menos de dos semanas.
- 4 Desde dos semanas a menos de un mes.
- 5 Desde un mes a menos de dos meses.
- 6 Desde dos meses a menos de tres meses.
- 7 Desde tres meses a menos de un año.
- 8 Desde un año a menos de dos años.
- 9 Dos años o más.

- 0 No hay información.
- 1 Menos de dos días.
- 2 De dos días a menos de una semana.
- 3 De una semana a menos de dos semanas.
- 4 De dos semanas a menos de un mes.
- 5 De un mes a menos de dos meses.
- 6 De dos meses a menos de tres meses.
- 7 De tres meses a menos de un año.
- 8 De un año a menos de dos años.
- 9 Dos años o más.

- NA No aplicable; ej., lesión del SNC, reacción a drogas...
- 0 No hay información.
 - 1 No se aprecia ningún suceso o acontecimiento estresante.
 - 2 Mínimo; ej., vacaciones, pequeñas transgresiones de la ley, pequeño préstamo bancario...
 - 3 Ligero; ej., comenzó o terminó estudios, pelea con los vecinos o con el jefe, cambio de horas de trabajo.
 - 4 Moderado; ej., cambio de departamento en el trabajo, muerte de un amigo íntimo, embarazo, algún hijo que se va de casa.
 - 5 Severo; ej., enfermedad severa del sujeto o de algún familiar, ruina, separación marital, matrimonio, nacimiento de un hijo.
 - 6 Extremo; ej., muerte de un familiar próximo, divorcio, prisión.

214

215

216

El episodio actual va asociado con:

¿Estaba Vd. embarazada o acababa de dar a luz
(margen de dos meses)? SI 217
¿Comenzó esto cuando Vd. empezó la menopausia
o en los tres años subsiguientes? SI - 218
¿Estaba Vd. tomando alguna medicación o drogas
antes de que comenzaran estos problemas? SI 219

(Valorar SI si se estaba tomando alguna medicación o droga antes de la enfermedad y que puedan explicar la sintomatología: ej., píldoras para dejar de comer, imipramina, serpasil, cortisolona o drogas corrientes).

¿Estaba Vd. físicamente enfermo antes de que empezaran estos trastornos? SI 220
(especificar)

(Valorar SI si se trataba de una enfermedad física seria que produjo cambios importantes en la vida del paciente o de una enfermedad que se asociaba con frecuencia con síntomas psicológicos: ej., tirotoxicosis y ansiedad).

¿Murió algún íntimo suyo? SI 221
(especificar)

Convicción del sujeto de que los sucesos estresantes están causalmente relacionados con el desencadenamiento del episodio.

¿Cree Vd. que esto no tuvo nada, posiblemente, probablemente, con toda seguridad, algo que ver con lo que ocurrió?

0 No hay información o el sujeto está demasiado confuso para evaluar acontecimientos vitales reales. 222
1 El sujeto no es consciente de algún acontecimiento estresante o cree que no tuvo nada que ver con el desarrollo del episodio.
2 Posiblemente estaba relacionado.
3 Probablemente estaba relacionado.
4 La relación es casi segura.

TRATAMIENTO

Tratamiento externo durante el episodio actual (o el último año si no existe un episodio claro actualmente).

Incluir contacto con cualquier persona profesionalmente capacitada cuando el centro de atención lo ha constituido sus problemas emocionales o conductuales. Incluir también píldoras del médico de cabecera, por ej., para los "nervios".

¿Vió Vd. a algún profesional en relación con estos problemas?

0 No hay información. 22
1 Ningún contacto.
2 Consulta o más de una semana de tratamiento.
3 Más de dos semanas de tratamiento.

Hospitalización psiquiátrica durante el episodio actual o durante el último año si no existe un episodio claro (sin incluir este ingreso o el traslado de un hospital a otro).

0 No hay información. 22
1 No
2 Sí

Número de hospitalizaciones psiquiátricas durante el episodio actual o el último año si no se trata de un episodio claro (no incluir esta admisión o el traslado directo desde otro hospital).

1 2 3 4 5 6 7 8 + 22

Anotar todos los tratamientos recibidos durante el episodio actual antes de este ingreso o durante el último año si no se trata de un episodio claro.

¿Qué tipos de tratamiento recibió Vd.?

Tratamiento(s)

- Electroshock 2
- Litio 2
- Drogas antidepresivas 2
- Tranquilizantes menores 2
- Tranquilizantes mayores 2
- Otros o medicación desconocida. 2
- Algún tipo de psicoterapia 2

ESTABLECER EL PERIODO DE TIEMPO PARA EL RESTO DE LA PARTE I

Puesto que generalmente el propósito de la parte I es describir la fenomenología del episodio actual, a no ser que se especifique lo contrario, el período de tiempo bajo estudio para cada ítem será el de aquella semana, durante el episodio actual, en que el (los) síntoma(s) de que se trate fué(ron) más intenso(s). Para la mayor parte de los sujetos se tratará de una sola semana; sin embargo, algunos sujetos presentan unos síntomas durante una semana, ej., afecto deprimido, y otros síntomas durante otra semana, ej., ataques de ansiedad. Si la duración del episodio actual es superior a un año, o si no existe un episodio actual, deberá centrarse la atención en la semana durante el pasado año en la que los síntomas fueron más intensos.

Durante este tiempo (este episodio, año pasado) ¿cuándo diría Vd. que ha estado peor?

Clarificar el período de tiempo al sujeto leyéndole las instrucciones apropiadas.

El episodio actual puede o no superponerse a un estado crónico. En este caso, el estado crónico se describe también en la Parte II.

- 1 La condición del sujeto durante la pasada, o las dos pasadas semanas, ha sido la peor de este episodio.
"En esta entrevista le haré algunas preguntas sobre distintos tipos de problemas que algunas personas tienen. Si Vd. ha tenido alguno de ellos durante este período, me gustaría saber cómo fueron cuando eran más intensos".
- 2 La condición del sujeto fué peor antes de la semana o dos semanas pasadas, pero dentro del año anterior en el episodio actual.
"En esta entrevista le haré algunas preguntas sobre distintos tipos de problemas que algunas personas tienen. Si Vd. ha tenido alguno de ellos durante este período, me gustaría saber cómo fueron cuando eran más intensos".
- 3 Aunque el estado del sujeto alcanzó su peor momento hace más de un año, el período de tiempo que se tomará en cuenta será el año pasado.
"En esta entrevista le haré algunas preguntas sobre distintos tipos de problemas que algunas personas tienen. Si Vd. ha tenido alguno de ellos durante este período, me gustaría saber cómo fueron cuando eran más intensos durante el año pasado".
- 4 Si el sujeto no atraviesa un período claro, el período de tiempo considerado será la semana del año pasado durante la cual sus síntomas fueron más claros.
"Aunque las dificultades que Vd. ha tenido recientemente las ha venido experimentando desde hace muchos años, le voy a hacer unas preguntas acerca de su intensidad cuando fueron peores el año pasado".
- 5 Se utiliza para un sujeto que no busca tratamiento ni informa de una enfermedad actual.
"Le voy a hacer unas preguntas acerca de cómo se ha sentido durante el último año".

APECTO DISFORICO Y SINTOMAS RELACIONADOS

Si el sujeto se encuentra actualmente en un estado maniaco, antes de hacerle las siguientes preguntas debería explicársele: "Sé que Vd. se siente muy bien ahora; sin embargo, algunas personas pueden tener sentimientos contradictorios, de manera que voy a preguntarle sobre estos sentimientos".

Sentimientos subjetivos de depresión
basados en quejas verbales de sentirse deprimido, triste, nostálgico, apesadumbrado, vacío, faltar de interés. No incluir aspectos ideacionales como: estar desanimado, pesimismo, sentimientos de falta de valor personal, intentos de suicidio o apariencia deprimida (éstos se valorarán aparte).

¿Cómo se ha sentido Vd.? Describame su estado de ánimo.

¿Se ha sentido Vd. (deprimido, triste, nostálgico, vacío, como si a Vd. no le importase nada)? (¿Ha llorado mucho o con mucha frecuencia?) (¿Cuántas veces le ha ocurrido esto?) (¿Es algo que va y viene?) (¿Cuánto tiempo dura?)

¿Se siente Vd. muy mal cuando tiene este sentimiento? ¿Puede Vd. soportarlo?

- 0 No hay información
- 1 En absoluto. ~~DE NINGUNA MANERA~~
- 2 Ligero: ej., se siente triste sólo ocasionalmente.
- 3 Débil: ej., a veces se siente algo deprimido, triste, pesimista.
- 4 Moderado: ej., se siente deprimido la mayor parte del tiempo.
- 5 Severo: ej., se siente muy mal la mayor parte del tiempo.
- 6 Extremo: ej., la mayor parte del tiempo siente una depresión extrema que "no puede soportar".
- 7 Muy extremo: ej., sentimientos de depresión constantes y muy dolorosos.

23

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

Distinción cualitativa del afecto.

En qué medida los sentimientos depresivos experimentados por el sujeto son cualitativamente distintos de los sentimientos que ha tenido después de la muerte de alguna persona querida (no sólo los más severos o mezclados con otros síntomas, como pérdida de interés).

¿Es este sentimiento de (utilizar aquí los términos del paciente) diferente del sentimiento que Vd. ha tenido después de la muerte de alguna persona querida para Vd.? (o ¿Después de una pérdida o historia triste?)

(¿En qué se diferencia?)

→ SEMANA PASADA* 0 1 2 3 4 5 6 7 27

- 0 No hay información o el sujeto no es capaz de entender la pregunta.
- 1 No hay diferencia o es sólo más severo.
- 2 Diferencias mínimas o cuestionables.
- 3 Claramente distinto, pero sólo un poco diferente.
- 4 Muy diferente

27

→ Describir la diferencia.....

→ Pasar al ítem sobre preocupaciones: ítem ~~23~~ 338

* Algunos ítems son también valorados con respecto al nivel de severidad para la semana anterior a la entrevista. En muchos casos el nivel de severidad durante esta semana será el mismo que cuando el síntoma era más intenso. Esta información puede obtenerse bien en el curso de la entrevista preguntando si había alguna diferencia en el transcurso de la semana pasada o dejando un primer momento las cuestiones referidas a la semana pasada y volviendo a todas ellas, tomadas como grupo, al final de la Parte I. La valoración de la semana pasada nunca puede ser más severa que la correspondiente a la semana en que el síndrome fue más intenso.

Hasta qué punto los sentimientos de depresión van asociados a preocupaciones específicas.

Quando Vd. se siente así ¿sabe lo que le hace sentirse (deprimido, o simplemente se siente mal y no sabe por qué?

Preocupación, pensamientos recurrentes / ruminantes, preocupaciones dolorosas, incapacidad de quitarse de la cabeza pensamientos desagradables (puede o no estar acompañado por afecto deprimido).

¿Ha estado Vd. preocupado?
 ¿Muy preocupado?
 ¿Qué cosas le han preocupado?
 ¿Cuánto tiempo pasa Vd. en estas preocupaciones?
 ¿Es Vd. capaz de apartar de su mente de este tipo de preocupaciones?)

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

Sentimientos de autocrítica o culpa excesiva o inadecuada por cosas que se han hecho o dejado de hacer, incluyendo delirios de culpabilidad. (No incluir si se trata únicamente de una valoración negativa de sí mismo, valorada en el ítem 242).

¿Se culpa a sí mismo por cualquier cosa que Vd. haya hecho o dejado de hacer?
 ¿Se siente Vd. culpable?
 ¿Siente Vd. que ha hecho algo mal?
 ¿Cree Vd. que merece ser castigado?).
 ¿Cree Vd. que se merece todo esto por su comportamiento?

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

- 0 No hay información o el sujeto no es capaz de entender la pregunta.
- 1 Casi siempre: ej., "todo esto se debe a mi fracaso en los negocios".
- 2 La mayor parte del tiempo.
- 3 Generalmente no.
- 4 Prácticamente nunca: ej., "no existe ninguna razón para que yo me sienta así".

- 0 No hay información.
- 1 -En absoluto- DE NINGUN MODO
- 2 Ligera: ej., se preocupa ocasionalmente sobre algún problema realista.
- 3 Débil: ej., se preocupa a menudo excesivamente por un problema realista u ocasionalmente sobre algún problema trivial.
- 4 Moderada: ej., muy a menudo se preocupa excesivamente por problemas realistas o muy a menudo por algún problema trivial.
- 5 Severa: ej., la mayor parte del tiempo lo pasa preocupado o rumiando (sus ideas).
- 6 Extrema: ej., prácticamente todo el tiempo está 'rumiando' sus ideas.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto DE NINGUN MODO
- 2 Ligero: ej., sentimientos de culpabilidad o autoculpabilidad ligera.
- 3 Débil: ej., a menudo se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado exagera, tales como consecuencias de su enfermedad.
- 4 Moderado: ej., a menudo se siente culpable de acciones pasadas o tiene sentimientos de culpabilidad que no puede explicar.
- 5 Severo: ej., sentimientos muy constantes de culpabilidad intensa o sentimientos generalizados de culpabilidad en la mayor parte de las situaciones.
- 6 Extremo: ej., delirios de culpabilidad, alucinaciones en las que se ve acusado de haber hecho algo terrible o torturado por constantes sentimientos de culpa.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

Valoración negativa de sí mismo
incluyendo sentimientos de inadecuación,
fracaso, falta de valor personal.

¿Cómo se ve Vd. a sí mismo?
¿Tiene Vd. una idea negativa sobre sí mismo?
(¿Cuál es su opinión sobre sí mismo comparado con otras personas?) (¿Falta de valor?) (¿Fracasado?)
(¿Con qué frecuencia tiene estos sentimientos sobre sí mismo?

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

Desaliento, pesimismo y desesperanza.
¿Se ha sentido Vd. desalentado (pesimista, sin esperanza?
¿Qué tipo de futuro prevé Vd. para sí mismo?
(¿Cree Vd. que las cosas se van a arreglar?)
(¿Puede Vd. ver que Vd. mismo o su situación se está arreglando?)

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

Tendencias suicidas
incluyendo la preocupación con pensamientos de muerte o suicidio. (No incluir el mero miedo a morir). Cuando una persona se encuentra mal, deprimida o desalentada, puede pensar en morir o incluso en matarse. ¿Ha experimentado Vd. algo de esto?

(¿Ha pensado Vd. cómo lo haría?)
(¿Ha hablado Vd. con alguien sobre esto (sobre estos pensamientos suicidas)?)
(¿Ha llegado a hacer algo en este sentido?)

¿Cómo fué esto durante la semana pasada

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto. EN NINGUN MOMENTO
- 2 Ligero: ej., ocasionalmente tiene sentimientos de inadecuación.
- 3 Débil: ej., a menudo se siente algo inadecuado.
- 4 Moderado: ej., a menudo se siente fracasado.
- 5 Severo: ej., sentimientos frecuentes de falta de valor.
- 6 Extremo: ej., sentimientos generalizados de carecer en absoluto de valor o de ser un fracasado.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 24

- 0 No hay información.
- 1 No está en absoluto desalentado sobre el futuro.
- 2 Ligero: ej., sentimientos ocasionales de desaliento moderado sobre el futuro.
- 3 Débil: ej., a menudo se siente algo desanimado.
- 4 Moderado: ej., se siente a menudo muy pesimista sobre el futuro.
- 5 Severo: ej., sentimientos generalizados de pesimismo intenso.
- 6 Extremo: ej., delirios o alucinaciones de que está condenado o que el mundo se va a acabar.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 24

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto. EN NINGUN MOMENTO
- 2 Ligera: ej., pensamientos ocasionales sobre la muerte (sin pensamientos suicidas). Ej., "estaría mejor muerto" "desearía estar muerto".
- 3 Débil: ej., pensamientos frecuentes de que estaría mejor muerto o pensamientos ocasionales de suicidio pero no ha pensado en ningún método específico.
- 4 Moderada: ej., a menudo piensa en el suicidio o ha pensado algún método específico.
- 5 Severa: ej., a menudo piensa en el suicidio y ha pensado un plan específico o ha hecho algún gesto suicida de tipo comunicativo más que potencialmente peligroso.
- 6 Extrema: ej., ha hecho preparativos para un intento de suicidio potencialmente serio.
- 7 Muy extrema: ej., intento de suicidio con un claro intento de morir o potencialmente muy peligroso.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 7 24

Número de intentos de suicidio durante el episodio actual (hasta hace un año) o, si no existe un claro episodio actual, en el último año.

Gravedad del intento de suicidio juzgado en general, incluyendo la posibilidad de ser salvado, las precauciones que tomó el sujeto para no ser descubierto, sus acciones para conseguir asistencia durante o después del intento, el grado de planificación y el propósito aparente del intento (manipulativo o real).

(¿Qué hizo Vd.?)
(¿Cómo le encontraron a Vd.?)
(¿Quería Vd. morir realmente?)

Letalidad médica. - Amenaza real o condiciones físicas después del intento de suicidio más serio, teniendo en cuenta el método (ej., un disparo sería más serio que la herida causada por arma blanca), pérdida de conciencia en el momento en que fue rescatado, severidad de la lesión, toxicidad de las sustancias ingeridas, reversibilidad (estimada en función del tiempo necesario para restablecerse), intensidad del tratamiento requerido.

(¿Estuvo Vd. cerca de la muerte?)
(¿Estuvo Vd. inconsciente, a las puertas de la muerte?)

Ataques de pánico. - Períodos definidos de ansiedad intensa con dos síntomas físicos por lo menos (consignados a la derecha), no asociados con esfuerzo físico o con situaciones peligrosas. (No incluir si persiste la mayor parte del tiempo o si se circunscribe a estímulos fóbicos, ej., la vista de un perro).

"Algunas personas tienen ataques de pánico en los que se sienten muy asustados y tienen algunos síntomas físicos, como palpitaciones, como que les falta la respiración o dolores en el pecho."

¿Ha experimentado Vd. algo de esto?

(¿Cómo fue?)

(¿Cuándo ocurrió?)

Durante la mayor parte de estos ataques se sintió Vd. (leer la lista).

NI 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 +

→ Pasar a ataques de pánico, ítem 251.

- 0 No hay información
- 1 Obviamente no hubo intento sino simplemente gestos manipulativos.
- 2 No está seguro o sólo intento mínimo.
- 3 Intento claro pero muy ambivalente.
- 4 Intento serio.
- 5 Intento muy serio.
- 6 Extremo (claras expectativas de muerte).

- 0 No hay información
- 1 No hubo peligro: ej., no hubo efectos, simplemente cogió las pastillas en la mano.
- 2 Mínima: ej., se hizo una pequeña herida en la muñeca.
- 3 Débil: ej., tomó 10 aspirinas y se produjo una ligera gastritis. *comprometido de Lumen*
- 4 Moderada: ej., tomó 10 ~~aspirinas~~ y estuvo inconsciente durante un breve período de tiempo.
- 5 Severa: ej., se cortó el cuello.
- 6 Extrema: ej., paro respiratorio o coma prolongado.

- 0 No hay información.
- 1 Ninguno.
- 2 Es cuestionable si se trata de verdaderos ataques de pánico o de simples períodos de ansiedad intensa sin inicio claro.
- 3 Períodos de ansiedad intensa con un inicio claro y al menos dos de los síntomas que se citan a continuación:
 - Siente que le falta la respiración (disnea)
 - Palpitaciones.
 - Dolor en el pecho o molestias.
 - Sentimientos de ahogo o asfixia.
 - Mareo o como si las cosas estuviesen dando vueltas o fueran irreales.
 - Picores (parestesia).
 - Desmayos.
 - Sudores.
 - Temblores.
 - Miedo a morir, de volverse loco o de perder el control durante el ataque

→ Pasar a ansiedad somática, ítem 267.

Número mínimo de semanas consecutivas durante la enfermedad presente, en las cuales el sujeto ha tenido al menos un ataque de pánico semanal.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 +

262

¿Cuántos ataques tuvo en total?

¿Durante cuánto tiempo tuvo (S) menos un ataque semanal?

¿Estuvo Vd. nervioso o ansioso entre los ataques?

Si los ataques de pánico no han ocurrido durante el episodio actual, determinar si el ítem correspondiente de la Parte II puede ser valorado sin ninguna pregunta adicional.

¿Ha tenido Vd. alguna vez ataques de pánico?

En caso afirmativo: "Después volveré a preguntarle sobre esto".

Ansiedad somática.-

El paciente ha experimentado uno o más concomitantes fisiológicos de ansiedad distintos de los que ha sentido en un ataque de pánico. Se incluyen los ítems mencionados en los ataques de pánico, así como dolores de cabeza, ~~o náuseas~~ de estómago, diarreas o tensión muscular. Este ítem debe ser valorado independientemente de los ataques de pánico que haya podido sufrir el sujeto.

(Aparte de cuando tuvo Vd. estos ataques de pánico) ¿ha sentido algunos síntomas físicos como palpitaciones, que le falta la respiración o que tenía sudores, dolores de cabeza o ~~o náuseas~~ de estómago o tensión muscular?

En caso afirmativo determinar si existen otros síntomas así como la severidad del trastorno general.

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

Ansiedad Psíquica.-

Sentimientos subjetivos de ansiedad, miedo o aprensión, excluyendo los ataques de pánico, estén o no acompañados de ansiedad somática y estén o no ocasionados por preocupaciones específicas.

(Aparte de cuando Vd. tenía estos ataques de pánico) ¿se sentía Vd. muy ansioso, asustado, aterrorizado o aprensivo?

¿Con qué frecuencia se ha sentido Vd. así?

¿Qué intensidad alcanzan estos sentimientos?

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

0. No hay información. 263
- 1 *En absoluto (S) sólo durante ataques de ansiedad.
- 2 Ligera: ej., en ocasiones nota que le sudan las palmas de las manos en exceso.
- 3 Débil: ej., a menudo tiene uno o más síntomas físicos de intensidad débil.
- 4 Moderada: ej., a menudo tiene varios síntomas o un síntoma de intensidad considerable.
- 5 Severa: ej., muy frecuentemente se siente incomodado por uno o más síntomas.
- 6 Extrema: ej., presenta constantemente uno o varios de estos síntomas.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 264

- 0 No hay información. 265
- 1 En absoluto.
- 2 Ligera: ej., se siente ocasionalmente algo ansioso.
- 3 Débil: ej., a menudo se siente algo ansioso.
- 4 Moderada: ej., la mayor parte del tiempo se siente ~~xxx~~ ansioso.
- 5 Severa: ej., la mayor parte del tiempo se siente muy ansioso.
- 6 Extrema: ej., sentimientos generalizados de ansiedad intensa.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 266



UNIVERSIDAD DE CHILE

Centro de Estudios para el Apoyo al
la Investigación

Biblioteca de Medicina y Psicología

Fobia.-

Miedo irracional de un objeto, actividad o situación específicos que el sujeto tiene a evitar. Generalmente la evitación es considerada poco razonable por el propio sujeto. En algunos casos, sin embargo, los sujetos evitan algunas situaciones porque anticipan una gran ansiedad o alguna otra emoción intensa y, por lo tanto, mantienen que su evitación es racional. No incluir la evitación o los miedos debidos a delirios o miedos irracionales sin tendencia a evitar situaciones específicas; ej., la mayor parte de las "fobias del cáncer".

¿Tiene Vd. miedo a algunos objetos, situaciones o actividades, como a las muchedumbres, algunos animales, las alturas, encontrarse solo, estar encerrado en algún sitio, salir solo o algunos medios de transporte?

¿Desaparece la ansiedad si puede Vd. (escaparse, evitarlo...)?

¿Qué efectos ha tenido este miedo de... en su vida?

¿Cómo fue esto durante la pasada semana?

Determinar si teme salir de casa sólo debido a sus miedos. Si no teme salir de casa, determinar si la fobia es de tipo social (relativa a opiniones de otros) o bien se trata de una fobia simple no social, como a los perros, las alturas, etc.

0 No hay información.

1 * En absoluto.

2 Ligeramente más incómodo que normalmente en una o más situaciones, pero sin clara significación clínica.

3 Claramente más incómodo de lo normal en determinadas situaciones, aunque no se produce la evitación. Ej., se siente incómodo entre una muchedumbre pero no evita la situación.

4 Muy incómodo en una o más situaciones que evita, aunque sin consecuencias importantes: ej., evitar ir de compras a almacenes cuando hay mucha gente.

5 Muy incómodo en una o más situaciones que evita, causando cambios importantes en su vida: ej., es incapaz de salir de compras.

6 Clara evitación de situaciones con evidentes efectos negativos sobre su vida. Ej., es incapaz de salir de casa para ir al trabajo.

↳ Notar tipo de fobia, ítem 269

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

Tipo de fobia (señalar la más prominente).

1. Agorafobia: miedo a salir del ambiente familiar de la casa. Generalmente existen miedos múltiples, como a viajar, a las alturas, a las multitudes, a los espacios cerrados, a los grandes almacenes, con una restricción progresiva de las actividades.
2. Fobias sociales: Miedos a situaciones que involucran a otras personas no asociadas con salir de casa. Los miedos más comunes son a hablar en público, a ponerse colorado, a comer en público, a escribir delante de otros o a utilizar servicios públicos.
3. Fobias simples: fobias simples no sociales, no asociadas con miedo a salir de casa. Las más comunes se refieren a animales, particularmente reptiles, insectos o roedores.
4. Mixtas: No presente claramente las características de ninguno de los tipos anteriores.

210

* Obsesiones y compulsiones.-

Ideas, pensamientos, imágenes, sentimientos o movimientos recurrentes o persistentes, generalmente acompañados de un sentimiento de compulsión subjetiva y un deseo de ofrecer resistencia, que generalmente son reconocidos por el sujeto como extraños a su personalidad o naturaleza, es decir, "ajenos al yo".

Los pensamientos ^{recurrentes} u obsesivos que no tienen esta característica de ser ajenos al yo, deben ser valorados en el ítem "preocupación, pensamientos recurrentes, etc. (ítem. 235)".

¿Se siente Vd. molesto por pensamientos recurrentes sin sentido, de los que no puede liberarse o alejar de su mente?

¿Alguna vez ha repetido algún acto una y otra vez sin ser capaz de evitarlo ... como lavarse constantemente las manos, contar o comprobar cosas?

211

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5

Si no aparecieron obsesiones o compulsiones durante el episodio actual, determinar si los ítems correspondientes de la Parte II pueden ser valorados sin ninguna pregunta adicional.

¿Ha tenido Vd. alguna vez molestias de este tipo?

En caso afirmativo: "Volveré a preguntarle sobre esto más adelante".

212

Insomnio.-

Trastornos del sueño, incluyendo dificultades iniciales, medias y terminales. No valorar si el sujeto no siente necesidad de sueño. Tener en cuenta el número estimado de horas que el sujeto duerme así como los sentimientos subjetivos de falta de sueño. Si el sujeto está tomando medicación, preguntarle qué cree que ocurriría si no la tomara.

¿Qué tal duerme Vd.?

(¿Le cuesta dormirse?)

(...tal vez se despierta a media noche?)

(...o muy pronto por la mañana, antes de que se vaya a levantar?)

(¿Le molesta mucho?)

213

214

215

313

¿Cómo fue esto durante la pasada semana?

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5

* Ver explicación de obsesiones y compulsiones en CDI.

0 No hay información.

1 En absoluto.

2 Pensamientos obsesivos o recurrentes ocasionales, aunque su significación clínica no está clara.

3 Obsesiones o compulsiones recurrentes pero poco frecuentes y con significado poco claro sobre la adaptación del sujeto.

4 Obsesiones o compulsiones recurrentes con ciertas implicaciones en el funcionamiento social, ocupacional o en la vida cotidiana del sujeto.

5 Obsesiones o compulsiones recurrentes con una considerable influencia en el funcionamiento social, ocupacional o en la vida cotidiana del sujeto.

6 Obsesiones o compulsiones recurrentes con una influencia marcada en el funcionamiento social u ocupacional o en la vida cotidiana del sujeto.

0 No hay información.

1 En absoluto o no tiene necesidad de sueño.

2 Ligero: ej., alguna dificultad en ocasiones.

3 Débil: ej., a menudo tiene alguna dificultad significativa.

4 Moderado: ej., generalmente tiene una dificultad considerable.

5 Severo: ej., casi siempre tiene una gran dificultad.

6 Extremo: ej., casi nunca duerme y al día siguiente se siente exhausto.

Notar el (los) tipo(s):

Insomnio inicial: dificultad para dormir.

Insomnio medio: dificultad para tener el sueño o en volver a dormirse, siempre que antes y después de ese período el sujeto duerme.

Insomnio terminal: dificultad para dormir un número determinado de horas normal (más de 5) o despertar definitivamente antes de haber dormido 5 horas.

Duerme más que normalmente.

Nota: indagar este ítem aunque en el ítem Insomnio haya obtenido una valoración de 3 ó más.

- ¿Duerme Vd. más de lo que solía?
- ¿Vuelve Vd. a dormirse o a poner el despertador?
- (¿Cuántas horas más?) (¿Con qué frecuencia?)
- (¿Duerme Vd. largas siestas durante el día?)

Sentimientos subjetivos de falta de energía o fatiga. (No confundir con falta de interés). Valorar como presente aunque parezcan claramente debidos a la medicación.

- ¿Se ha sentido Vd. con menos fuerzas de las que Vd. suele tener para hacer cosas o se ha cansado Vd. más fácilmente?
- (No me refiero a su interés por las cosas sino a la energía que tiene Vd. para hacerlas).

¿Cómo fué esto durante la pasada semana?

Apetito comparado con el que suele tener el sujeto.

- ¿Cómo va su apetito comparado con el que Vd. suele tener?
- (¿Tiene Vd. que forzarle a sí mismo a comer?)
- (¿Come Vd. menos que normalmente?)
- (¿Cuánto?)

durante
¿Cómo fué esto la semana pasada ?

- 0 No hay información
- 1 En absoluto o necesidad de sueño disminuida.
- 2 En ocasiones duerme más que normalmente.
- 3 Frecuentemente duerme al menos una hora más de lo normal.
- 4 Frecuentemente duerme al menos dos horas más de lo normal.
- 5 Frecuentemente duerme al menos tres horas más de lo normal.
- 6 Frecuentemente duerme al menos 4 horas más de lo normal.

- 0 No hay información
- 1 En absoluto o más energía que normalmente.
- 2 Posiblemente menos energía que generalmente.
- 3 En ocasiones se siente claramente más cansado o con menos energía que generalmente.
- 4 A menudo se siente cansado o sin energía.
- 5 Prácticamente todo el tiempo se siente muy cansado o sin energía o pasa mucho tiempo descansando.
- 6 Sentimientos constantes de fatiga extrema o de falta de energía o pasa la mayor parte del día descansando.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

Pérdida de apetito

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto, normal o aumentado.
- 2 Ligero descenso con una significación clínica dudosa.
- 3 Disminución débil.
- 4 Disminución moderada.
- 5 No tiene apetito pero se fuerza a sí mismo a comer.
- 6 No tiene ~~pm~~ apetito y tiene que ser alimentado por otros.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

314

315

316

317

318

pérdida total de peso con respecto al peso normal del paciente, durante el episodio actual (o máximo de un año) y no debida a dieta (aunque posteriormente se haya recuperado).

¿Ha perdido Vd. algo de peso desde que...?

- 0 No hay información.
- 1 No existe pérdida de peso
- 2 Es dudosa o ha perdido hasta 2,5 kgs.
- 3 de 2,5 kgs. a 5 kgs.
- 4 de 5 a 7,5 kgs.
- 5 de 7,5 a 12,5 kgs.
- 6 más de 12,5 kgs.

319

Aumento del apetito.-

Nota: indagar aunque los items Pérdida de apetito y de peso hayan recibido una valoración de 2 ó más.

¿Ha notado Vd. un aumento de apetito?

(¿Cuánto ha venido Vd. comiendo?)

- 0 No hay información
- 1 En absoluto, normal o disminuido.
- 2 Ligero aumento, aunque de significación clínica dudosa.
- 3 Aumento débil.
- 4 Aumento moderado.
- 5 Se siente hambriento todo el día, aunque se controla.
- 6 Se siente hambriento todo el día y come sin cesar.

320

Aumento total de peso, con respecto al peso usual del paciente, durante el episodio actual (o máximo de un año), sin incluir el peso que se ha recuperado después de haberlo perdido.

¿Ha aumentado Vd. de peso desde que...?

- 0 No hay información.
- 1 No hay aumento de peso o únicamente se recuperó el peso anteriormente perdido.
- 2 Dudoso o hasta 2,5 kgs.
- 3 de 2,5 a 5 kgs.
- 4 de 5 a 7,5 kgs.
- 5 de 7,5 a 12,5 kgs.
- 6 más de 12,5 kgs.

321

Preocupación excesiva por funciones corporales o enfermedades físicas reales o imaginarias. Valorar el grado de preocupación teniendo en cuenta la intensidad de la misma, el que sea más o menos razonable y la cantidad de tiempo durante el cual se preocupa.

¿Se preocupa Vd. mucho por su salud o por cómo funciona su cuerpo?

¿Cómo se ha sentido Vd. físicamente?

¿Ha tenido Vd. molestias en alguna parte de su cuerpo?

¿Ha sentido algunos dolores o molestias?

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto o bien la preocupación está justificada por una enfermedad física real.
- 2 Solo en ocasiones se preocupa excesivamente por su cuerpo, síntomas o enfermedades físicas.
- 3 Preocupación excesiva más frecuente,
- 4 Con frecuencia está preocupado por su cuerpo o por algunos síntomas o enfermedades.
- 5 A menudo se siente absorbido por ellas.
- 6 Casi constantemente absorbido.

322

¿Cómo fué durante la semana pasada?

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 32



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Centre d'Estudis i d'Investigació
i la Investigació

Biblioteca de Medicina

Indecisión.-

Dificultad en tomar decisiones en la vida cotidiana.

¿Ha tenido Vd. dificultades en tomar algunas decisiones en su vida diaria?

¿Le ha llevado más tiempo tomar decisiones que cuando Vd. se sentía bien como, por ej., qué vestidos ponerse o qué comida hacer o adónde ir o qué comprar?

¿Hay algunas cosas que Vd. no puede hacer porque no puede decidirse?

Quejas o evidencia de capacidad disminuida para pensar o concentrarse, incluyendo pensamientos lentificados (no incluir si se debe, aparentemente, a un trastorno formal del pensamiento).

¿Tiene Vd. dificultades en concentrarse?

¿Es su pensamiento más lento?

¿Cuándo tiene Vd. problemas?

¿Qué tipo de dificultades le causa?

¿Afecta esto a su trabajo?

¿Se debe a que no puede concentrarse o es sólo que no le interesa?

Pérdida generalizada de interés o placer en el trabajo, en la familia, con los amigos, en el sexo, en las aficiones y en otras actividades de tiempo libre. La severidad se determina por el número de actividades importantes en las que el sujeto tiene menos interés o disfruta menos en relación con su nivel normal.

¿Cree Vd. que ha perdido interés o que se divierte menos en cosas en las que Vd. solía pasárselo bien como, por ej., en su trabajo, con sus amigos o familia, en el sexo, en sus aficiones, viendo la TV, comiendo?

¿En cuáles de estas cosas ha perdido Vd. interés?

¿Qué cosas le siguen interesando?

¿Hay cosas de las que Vd. disfruta tanto como antes?

¿Cómo fue esto durante la pasada semana?

0 No hay información.

1 En absoluto.

2 Ligera y de significación clínica dudosa.

3 Sentimientos subjetivos de que es más difícil tomar decisiones y de que éstas, además, le llevan más tiempo, aunque finalmente las toma?

4 El sujeto es incapaz de tomar decisiones o el proceso de tomarlas es tan prolongado que le causa dificultades.

5 Actividades importantes son postpuestas o simplemente no se llevan a cabo por dificultades en la toma de decisiones.

6 El sujeto se encuentra paralizado en muchas actividades importantes por incapacidad para decidir entre acciones alternativas.

0 No hay información.

1 En absoluto.

2 Ligera o de significación clínica dudosa.

3 El sujeto es claramente consciente de una capacidad de atención limitada, aunque ésta no le cause dificultades.

4 Interfiere con algunas actividades.

5 Interfiere con su trabajo y con la mayor parte de actividades, como ver la TV o llevar una conversación.

6 Es incapaz de llevar a cabo la tarea más simple debido a su incapacidad de concentrarse.

0 No hay información.

1 Todas las actividades son tanto o más interesantes y placenteras que normalmente.

2 Una o dos actividades son menos interesantes o le divierten menos.

3 Varias actividades son menos interesantes o le divierten menos.

4 La mayor parte de las actividades son menos interesantes o le divierten menos.

5 Prácticamente todas las actividades son menos interesantes o le divierten menos.

6 Todas las actividades son menos interesantes o le divierten menos.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

Aislamiento social.-

Disminución en el contacto social, en las relaciones con otras personas o en las situaciones sociales en relación con el nivel general del sujeto.

¿Se ha relacionado Vd. menos con la gente de lo que Vd. suele?

(¿Ha descendido su nivel de actividad en la iglesia, en el club, jugando a las cartas, etc.?)

(¿Prefiere Vd. estar solo?)

(¿Ha evitado Vd. algunas situaciones en las que sabía que se encontraría con gente?)

(¿Ha dejado Vd. de llamar a sus amigos o de responder por teléfono?)

- 0 No hay información.
- 1- En absoluto o no se aprecian cambios en relación con el nivel general del sujeto o, por el contrario, hay un aumento en el contacto social.
- 2 Menos contacto o ligera evitación, aunque de dudosa significación clínica.
- 3 Ligero; ej., han disminuido algo sus relaciones sociales (habla menos con los compañeros de trabajo o en ocasiones evita el contacto social en el que generalmente participa).
- 4 Moderado; ej., se relaciona menos con la gente o a menudo evita el contacto social en el que generalmente participa.
- 5 Severo; ej., hace esfuerzos considerables para evitar numerosas situaciones sociales en las que normalmente participa.
- 6 Extremo; ej., evita activamente todo contacto social en el que generalmente participa.

32

Despersonalización o desrealización.-

Sentimientos de estar fuera de su propio cuerpo o de que una parte de su cuerpo no le pertenece, de que se encuentra físicamente separado de la gente, como si flotara o las cosas fueran irreales, cuando el sujeto no tiene firme ni se encuentra bajo los efectos del alcohol o alguna otra droga.

¿Ha sentido en alguna ocasión como si estuviera Vd. fuera de su cuerpo, como si alguna parte no le perteneciera, como si estuviera físicamente separado de la gente, como si flotase, como si estuviera Vd. en un sueño? ¿Le han parecido las cosas irreales?

- 0 No hay información.
- 1- En absoluto.
- 2 Si ha sentido experiencias de despersonalización, éstas han sido muy pasajeras o incluso no está seguro de que se trate de una auténtica experiencia de despersonalización.
- 3 Experiencia ocasional.
- 4 Varias experiencias o una sola, larga y prolongada.
- 5 Acusada.
- 6 Frecuentes o muy prolongadas.

33

Sentimientos subjetivos de ira, resentimiento o enojo dirigidos al exterior, hayan sido expresados abiertamente o no. Valor únicamente la intensidad y duración del afecto subjetivo.

¿Se ha sentido Vd. molesto, enfadado o resentido, lo haya Vd. manifestado o no?

¿Era un sentimiento muy intenso?

(Durante cuánto tiempo se sintió Vd. así?)

- 0 No hay información.
- 1- En absoluto o claramente sin significación clínica.
- 2 Ligeramente o con dudosa significación clínica.
- 3 Débil; ej., la reacción del sujeto ha sido claramente excesiva para la situación, aunque esto sólo se ha producido ocasionalmente y nunca de modo muy intenso.
- 4 Moderado; ej., a menudo se ha sentido bastante enfadado y ocasionalmente muy enfadado.
- 5 Severo; ej., la mayor parte del tiempo se siente enfadado o a menudo muy enfadado.
- 6 Extremo; ej., casi constantemente se ha sentido muy enfadado.

33

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

3

Expresión manifiesta de irritabilidad, enojo, molestia o enfado durante un período en el que el sujeto no presentó un humor expansivo ni cualquier otro síntoma asociado con el síndrome maniaco (como necesidad de sueño disminuida, nivel de actividad aumentado o lenguaje acelerado). Generalmente esta expresión irá asociada con algún otro tipo de afecto disfórico, como depresión. No incluye los sentimientos subjetivos de estar molesto o enfadado, sin importar lo intensos que puedan ser si no se expresan abiertamente.

¿Cómo manifestaba Vd. su (enfado, disgusto, irritabilidad)?

¿Se vió Vd. envuelto en discusiones muy acaloradas? (¿Tenía estallidos de ira o tiró cosas y las rompió?)
(¿Llegó a pegar a alguien?)

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

Agitación, que duró al menos unos cuantos días (no asociada con síndrome maniaco). Incluye incapacidad para estar sentado, quieto, pasear, movimientos de labios o dedos, restregarse las manos, estirarse los vestidos, no limitado a momentos aislados en los que se está discutiendo algo molesto. No incluir meros sentimientos subjetivos de tensión o inquietud, que a menudo suelen llamarse incorrectamente agitación.

Cuando Vd. estaba (...) ¿se sentía Vd. en ocasiones incapaz de quedarse sentado quieto o tenía que estar siempre moviéndose o paseando de un lado a otro?
(¿Movía Vd. mucho las manos?)

(¿Se tocaba Vd. mucho el pelo, los vestidos, la piel u otras cosas?)

(¿En ocasiones gritaba o se quejaba en voz alta a la gente que estaba a su alrededor?)

- 0 No hay información
- 1 En absoluto, sólo fueron sentimientos subjetivos o asociados con el síndrome maniaco.
- 2 Ligera: ej., irritabilidad ocasional con una significación clínica dudosa.
- 3 Débil: ej., el sujeto tiende a discutir y expresar su malestar.
- 4 Moderada: ej., grita a menudo o tiene estallidos de cólera.
- 5 Severa: ej., tira cosas, rompe ventanas, ocasionalmente puede agredir a otros.
- 6 Extrema: ej., repetida conducta violenta contra cosas o personas.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 333

- 0 No hay información. (Pasar al ítem 341).
- 1 En absoluto, más bien lentificado o asociado con síndrome maniaco. (Pasar al ítem 341).
- 2 Ligera: ej., aumento de significación clínica dudosa. (Pasar al ítem 341).
- 3 Débil: ej., incapaz de quedarse quieto sentado en una silla.
- 4 Moderada: ej., se pasea con frecuencia de un lado para otro.
- 5 Acusada: ej., está casi constantemente moviéndose y paseando de un lado a otro.
- 6 Extremo: ej., casi constantemente moviéndose y paseando de un modo muy agitado.

Notar manifestaciones y valorar también para la semana pasada.

Manifestaciones:

Incapaz de estar quieto
Pasearse
Movimientos de manos
Estirar o frotarse el pelo, la piel, los vestidos
Estallidos de gritos, quejas,
Habla mucho, incapaz de dejar de hablar

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

PASADA SEMANA 0 1 2 3 4 5 6 341

Si el sujeto tuvo ánimo deprimido o falta de interés generalizada, completar los 3 ítems siguientes:

Reactividad.- Grado en el cual una mejora temporal en el afecto o ideación o pérdida de interés o placer se asoció a acontecimientos ambientales positivos durante la semana en que el sujeto se encontró peor.

Durante la semana en la que se encontró Vd. peor ¿dejó de sentirse mal cuando pensaba en otras cosas o cuando ocurrió algo agradable como, por ej., hablar con un amigo o tener buenas noticias o se sintió mal independientemente de lo que ocurría a su alrededor?

(Si alguien intentó animarle ¿lo consiguió?)

- 0 No hay información.
- 1 Responde mucho a acontecimientos ambientales (se sintió casi normal durante algún tiempo).
- 2 Generalmente responde.
- 3 Responde a menudo.
- 4 Responde en ocasiones, aunque sigue sintiéndose deprimido.
- 5 Raramente se sintió algo mejor.
- 6 No responde en absoluto (los acontecimientos ambientales no introducen ninguna diferencia).

Variación diurna del afecto.- Grado en el cual, al menos durante una semana, existe una fluctuación constante del afecto deprimido y otra sintomatología coincidiendo con la primera o segunda parte del día. Generalmente si el afecto es peor en una parte del día será mejor en la otra parte. Sin embargo, en algunos sujetos que están mejor por la tarde y peor tanto por la mañana como por la noche, pueden estar ambos presentes, o para otros sujetos puede haber un período en el que estaban claramente peor por la mañana y otro en el que estaban peor por la noche. Los dos ítems deben ser valorados por separado. Valorar independientemente de cambios ambientales regulares como, por ej., sentirse mejor cuando está uno trabajando.

¿Se sentía Vd. mejor o peor en algún momento del día o no encontraba Vd. ninguna diferencia?

Peor por la mañana:

- 0 No hay información.
- 1 No peor por la mañana o variable.
- 2 Mínimamente peor.
- 3 Ligeramente peor.
- 4 Considerablemente peor.

Peor por la noche:

- 0 No hay información.
- 1 No peor por la noche o variable.
- 2 Mínimamente peor.
- 3 Ligeramente peor.
- 4 Considerablemente peor.

ÍTEMES PARA DETECTAR LA PRESENCIA DEL SÍNDROME MANIACO

Los cinco ítems siguientes nos permiten determinar la presencia de conducta maniaca. Si se juzga que algunos de los ítems están presente, preguntar de un modo general para determinar cómo se comportaba el sujeto en aquel momento con preguntas como: "Cuando Vd. se sentía así ¿qué hacía; o ¿cómo pasaba Vd. el tiempo? No incluir conducta que es claramente explicable por el uso de alcohol o de drogas.

Si el sujeto sólo ha descrito afectos disfóricos, las siguientes preguntas sobre el síndrome maniaco deben ir precedidas por un comentario como: "Ya sé que Vd. se ha sentido (deprimido). Sin embargo, muchas personas tienen también otros sentimientos al mismo tiempo o también según las ocasiones, así que es importante que le pregunte a Vd. sobre estos sentimientos.

Afecto elevado o expansivo y/o actitud optimista hacia el futuro que duró al menos varias horas y que resultaba claramente desproporcionado con las circunstancias.

¿Se ha sentido Vd. muy bien en algunas ocasiones o demasiado alegre o se ha sentido como Vd. suele ser?

Si no está clara: ¿Sintió Vd., en algún momento, que podía comerse el mundo o que no había nada que no pudiera hacer?

(¿Sintió Vd., en algún momento, que todo podría ocurrir tal y como Vd. deseaba?).

La gente que estaba con Vd. en aquel momento ¿pensaba que se sentía Vd. bien o que se trataba de algo más?

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

Sueño.-

Tiene menos necesidad de sueño que generalmente (hallar el promedio para varios días cuando sentía menos necesidad de sueño).

¿Ha tenido Vd. menos necesidad de sueño que usualmente para sentirse descansado?

(¿Cuántas horas necesita dormir: generalmente?)

(¿Cuántas horas necesitaba Vd. cuando se sentía de esta forma?)

¿Cómo fué esto durante la pasada semana?

Se sintió enérgico de un modo poco común (que duró al menos varios días); más activo que generalmente sin sentirse fatigado?

¿Se ha sentido Vd. con más fuerza que normalmente para hacer cosas?

(¿Más que si se tratara únicamente de una vuelta a su nivel normal?)

(¿Parecía realmente demasiada energía?)

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

- 0 No hay información 353
- 1 En absoluto, normal o deprimido.
- 2 Ligeramente: ej., se sentía más animado que la mayor parte de la gente en sus circunstancias; pero la significación clínica no está clara.
- 3 Débil: ej., afecto claramente elevado o expansivo y demarcado optimista, en cierta medida desproporcionado con las circunstancias.
- 4 Moderado: ej., afecto y aspecto claramente desproporcionados con las circunstancias.
- 5 Severo: ej., afecto de calidad eufórica.
- 6 Extremo: ej., expresión claramente exaltada: "todo es perfecto y me siento tan bien".

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 35

- 0 No hay información. 35
- 1 No hubo cambio o necesitaba dormir más horas.
- 2 Hasta una hora menos que generalmente.
- 3 Hasta dos horas menos que generalmente.
- 4 Hasta tres horas menos que generalmente.
- 5 Hasta ~~cuatro~~ ^{cinco} horas menos que generalmente.
- 6 Cuatro horas o más horas menos que generalmente.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 35

- 0 No hay información 35
- 1 No distinto que generalmente o se sintió con menos energía.
- 2 Ligeramente más enérgico, pero con significación clínica dudosa.
- 3 Poco cambio en el nivel de actividad, pero se sintió menos cansado que generalmente.
- 4 Algo más activo que generalmente con poca o ninguna fatiga.
- 5 Mucho más activo que generalmente con poca o ninguna fatiga.
- 6 Enormemente activo a lo largo de todo el día con poca o ninguna fatiga.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 35

Aumento del nivel de actividad dirigido a algún fin, comparado con el nivel general. Considerar los cambios en nivel de actividad asociado con el trabajo, la familia, los amigos, el sexo, nuevos proyectos, nuevas actividades o intereses (ej., llamadas telefónicas, escribir cartas).

Durante algún tiempo ^{se} sintió Vd. más activo, hacía Vd. más cosas que generalmente?

(¿Cómo estuvo Vd. en el trabajo, en el trabajo de casa, con la familia, con los amigos, en la actividad sexual, distracciones, nuevos proyectos e intereses?)

(¿Cuánto tiempo al día dedicó a estas cosas?)

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

Aumento de la autoestima y de los sentimientos de valor personal, contactos, poder o conocimientos (hasta alcanzar delirios de grandeza) comparados con el nivel usual. Los delirios de persecución no deberían considerarse como evidencia de grandeza a no ser que el sujeto se sienta perseguido debido a especiales atributos propios (ej., su poder, sus conocimientos o sus contactos).

¿Ha sentido Vd. más confianza en sí mismo que generalmente?

(¿Ha sentido Vd. que es una persona particularmente importante y que posee especiales talentos o habilidades?)

(¿Tuvo planes especiales?)

¿Cómo fué esto durante la semana pasada?

CARACTERÍSTICAS DE CONDUCTA E IDEAS DURANTE UN PERÍODO QUE PODRÍA SER MANÍACO.

- ☐ Los cinco ítems previos trataban de determinar la necesidad de una mayor exploración de un posible período maníaco. Si los cinco ítems han sido puntuados 1 ó 2 y no hay otra evidencia que sugiera un período maníaco, el evaluador puede marcar aquí y pasar a Abuso de Alcohol, en el ítem 415. Si a alguno de los cinco ítems se le diera una puntuación superior a 2, se deberá cumplimentar esta sección aunque el evaluador esté convencido de que el sujeto no tuvo un período maníaco.

- 0 No hay información. 359
1 No hay cambio o disminución.
2 Ligeramente más intereses o actividades, pero de significación clínica dudosa.
3 Débil, aunque claro incremento en el nivel general de actividad en una o varias áreas: ej., limpia la casa varias veces al día, trabaja más.
4 Incremento moderado y generalizado en el nivel de actividad en diversas áreas.
5 Incremento acusado y casi constante en numerosas actividades y áreas.
6 Extremo: ej., constantemente activo en diversas actividades desde la mañana hasta la noche.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 360

- 0 No hay información 361
1 En absoluto o autoestima disminuida.
2 Ligera, es decir, más confianza en sí mismo que la mayoría de la gente en sus circunstancias, aunque la significación no está clara.
3 Débil: ej., autoestima claramente aumentada o exagera sus talentos de modo algo desproporcionado con las circunstancias.
4 Moderada, ej., autoestima aumentada y claramente desproporcionada a las circunstancias.
5 Severa: ej., claros delirios de grandeza.
6 Extrema: ej., preocupado con o actúa sobre la base de delirios de grandeza.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 362

* Nota: Algunos ítems se performan como 1 cuando están en blanco.

2 b = 1

Expresión manifiesta de irritabilidad, molestia y agresividad, en presencia de al menos otro síntoma maníaco. No se incluyen meros sentimientos subjetivos de molestia o agresividad, sin importar la intensidad de estos sentimientos, a no ser que se expresen abiertamente.

Cuando Vd. estaba (síntomas maníacos) ¿se sentía muy irritable, molesto o enfadado?

(¿Cómo mostraba Vd. esto?) (¿Se veía Vd. envuelto en discusiones muy acaloradas?)

(¿Tenía Vd. estallidos de cólera o tiraba o rompía cosas?) (¿Golpeó Vd. a alguien?)

Manifestaciones visibles de hiperactividad motora generalizada, coincidiendo al menos con otro síntoma maníaco. Asegurarse de que la hiperactividad ocurrió realmente y que no se trata de un simple sentimiento subjetivo de inquietud.

Cuando estaba (síntomas maníacos) ¿había algunas ocasiones en las que Vd. se sentía (tan animado, tan bien, tan enfadado) que le resultaba imposible sentirse tranquilo o tenía Vd. la necesidad de estar siempre moviéndose o paseando de un lado a otro?

Lenguaje acelerado, apresurado o incrementado durante un período en el que presentó al menos otro síntoma maníaco.

Cuando se sentía Vd. (síntomas maníacos) había ocasiones en las que hablaba muy rápidamente o hablaba sin parar?

Experiencias subjetivas de que el pensamiento estaba marcadamente acelerado, ocurriendo simultáneamente con otro síntoma maníaco.

Cuando Vd. se sentía (síntomas maníacos) ¿había ocasiones en que sus pensamientos parecían sucederse a gran velocidad?

¿Tenía Vd. más ideas que generalmente o más que las que Vd. podía manejar?

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto, fueron simples sentimientos subjetivos o asociados con síndrome depresivo.
- 2 Ligera: ej., ocurrencia ocasional con dudosa significación clínica.
- 3 Débil: ej., discutía más de lo corriente o estaba predispuesto a expresar su incomodidad.
- 4 Moderada: ej., frecuentemente grita o muestra su genio.
- 5 Severa: ej., tira cosas, rompe ventanas, ocasionalmente agrede a otras personas.
- 6 Extrema: ej., se comporta de modo violento contra cosas o personas.

364
b=1

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto o enlentecido.
- 2 Ligero incremento, aunque de significación clínica dudosa.
- 3 Débil: ej., incapaz de quedarse quieto en una silla.
- 4 Moderada: ej., pasea mucho.
- 5 Marcada: ej., casi constantemente moviéndose y paseando.
- 6 Extrema: ej., tan hiperactivo que se hubiera extenuado si no se le hubiese retenido.

365
b=1

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto o lenguaje enlentecido.
- 2 Ligero incremento de significación clínica dudosa.
- 3 Débil: ej., hablaba claramente más de lo normal, pero la conversación no resultaba forzada.
- 4 Moderado: ej., hablaba tanto que la conversación se veía forzada.
- 5 Acelerado: ej., tan rápido que la conversación es difícil de mantener.
- 6 Extremo: ej., hablaba rápidamente o continuamente y no puede ser interrumpido.

366
b=1

- 0 No hay información.
- 1 Ex. absoluto.
- 2 Presumible o probable.
- 3 Clara.

36
b=

Otros trastornos de la conducta en estado maniaco (no presentes anteriormente).

Cuando Vd. estaba (síntomas maníacos) ¿hizo Vd.?

...algo que llamó la atención y que causó algún trastorno?

...algunas locuras con el dinero?

...tomó algunas ocupaciones o responsabilidades para las que no estaba Vd. preparado o no podía manejar o que no le importaban en absoluto?

...hizo Vd. algo que habría representado un problema para Vd. si le hubiesen atrapado?

...tuvo Vd. alguna actividad sexual poco usual para Vd.?

...se emborrachó Vd.?

Capacidad de juicio disminuida. Involucrarse en actividades sin reconocer las consecuencias potencialmente peligrosas (ej., comprar en exceso, indiscreciones sexuales, inversiones financieras poco razonables, conducir de modo peligroso, simultáneamente con al menos otro síntoma maníaco).

Cuando Vd. estaba (síntomas maníacos) ¿hizo Vd. algo que supuso algún problema para Vd., para su familia... o para sus amigos?

¿Hizo algo que pudo haber supuesto un problema?

Mirando hacia atrás ¿cree Vd. que algo de lo que Vd. hizo mostraba un juicio disminuido?

Duración de la conducta maníaca

- ☐ Conducta indiscreta, provocadora, exigente, manipulativa, simultánea con otro síntoma maníaco. 368
- ☐ Causa problemas por manifestar en público su afecto maníaco (ej., canta en un cine). 369
- ☐ Indiscreciones financieras: ej., compras excesivamente cuantiosas, cheques en blanco, reparte dinero, invierte dinero en proyectos poco razonables. 370
- ☒ Asume tareas o responsabilidades para las que no estaba preparado, es incapaz de manejar o que no le conciernen. 371
- ☐ Conducta antisocial: ej., robar, conducir de modo peligroso, engañar a los socios. 372
- ☐ Excesos sexuales (ej., promiscuidad, relaciones extramaritales, hipersexualidad). 373
- ☐ Embriaguez. 374
- ☐ Conducta bizarra, aparentemente no explicable por el afecto maníaco (ej., oler las heces). 375

- 0 No hay información. 415
- 1 *En absoluto. b = 1
- 2 Ligera: ej., llama a amigos a horas intempestivas.
- 3 Débil: ej., compra cosas que no necesita y que no puede permitirse.
- 4 Moderada: ej., bajo un impulso momentáneo vuela a otra ciudad sin dinero o sin equipaje o sin planes concretos.
- 5 Severa: ej., intenta seducir a la hija de 15 años de su jefe.
- 6 Extrema: ej., gasta los ahorros familiares en especulaciones financieras no productivas.

- 0 No hay información. 416
- 1 Menos de tres días.
- 2 Menos de una semana.
- 3 de una a dos semanas.
- 4 dos o más semanas.

Abuso de alcohol.- Grado en el cual el uso de alcohol resulta excesivo o compulsivo, causa síntomas físicos o problemas sociales o de algún otro modo tiene influencias notables en su vida. (Preguntar las cuestiones relativas al diagnóstico de los RDC).

¿Cuánto bebió Vd. durante este período.
(¿Tiene Vd. que beber para sentirse bien?).
El hecho de que Vd. beba ¿qué efectos tiene sobre su trabajo, su familia, su salud?

Si actualmente no presenta ningún problema de alcohol, determinar si la sección sobre Alcohol en la Parte II puede ser valorada sin ninguna pregunta adicional.

¿Ha tenido Vd. alguna vez problemas con el alcohol?
En caso afirmativo: "Volveré a preguntarle sobre esto más adelante".

Abuso de drogas.- Hasta qué punto el uso de alguna sustancia no alcohólica es excesiva o compulsiva, causa síntomas físicos o una alteración del afecto o la conducta o interfiere con la ejecución de rutinas o deberes diarios. (Incluir medicamentos prescritos si la dosis no es proporcional con la necesidad médica. No incluir el uso de drogas limitado a intentos de suicidio. (Preguntar por el diagnóstico de los RDC).

Durante este tiempo ¿tomó Vd. algo por su cuenta para dormir o para levantarse el ánimo o para pensar mejor, como Dexedrina, amfetaminas o algún otro barbitúrico? ¿Ha tomado Vd. marihuana, narcóticos, LSD o alguna otra cosa?
(¿Ha utilizado algo más para animarse o para perder peso o para mantenerse despierto?).
(¿Ha intentado dejar de tomar drogas sin conseguirlo?).
(¿Tuvo Vd. síntomas de abstinencia o ha tenido que ser ingresado en un hospital debido a...?).
(En caso de que haya tomado algo: ... ¿le produjo confusión, oyó voces, vió cosas o tuvo ideas extrañas?)

Si no hay actualmente problemas en este sentido, determinar si la sección sobre Abuso de Drogas en la Parte II puede ser valorada sin otras preguntas adicionales.

¿Ha utilizado alguna cosa de éstas en el pasado?
En caso afirmativo: "Más adelante le preguntaré sobre esto".

- 0 No hay información o si existe no es clara.
- 1 En absoluto o clínicamente insignificante.
- 2 Ocasionalmente necesita alcohol para sentirse bien, relajarse o para dormirse.
- 3 Hay algunas interferencias mínimas en su funcionamiento o a menudo necesita alcohol para sentirse bien, para relajarse o para dormir.
- 4 Interferencias importantes en el trabajo o en el funcionamiento social o familiar. Ej., con frecuencia no puede ir al trabajo.
- 5 Interferencias muy importantes en el trabajo o en el funcionamiento social o familiar: ej., no puede ir a trabajar en absoluto.
- 6 La mayor parte de sus actividades se relacionan con la bebida y es prácticamente incapaz de llevar a cabo roles sociales u ocupacionales.

- 0 No hay información o si existe no es clara.
- 1 En absoluto.
- 2 Clínicamente no significativo: ej., uso ocasional de marihuana o amfetaminas para mantenerse despierto.
- 3 Pequeñas interferencias con el funcionamiento normal o no puede sentirse a gusto sin recurrir a alguna droga.
- 4 El uso de drogas produce modificaciones importantes en su vida: toma a menudo la droga a la que es adicto o tiene síntomas de abstinencia.
- 5 El uso de drogas produce importantes cambios en su vida o frecuentemente toma una droga a la que es adicto: ej., ha sido hospitalizado debido al uso de drogas.
- 6 El uso de drogas produce trastornos importantes en su vida: ej., las principales actividades se centran en la obtención de drogas.

Conducta antisocial.- En qué medida el sujeto miente, roba o amenaza o engaña a otros o tiene otras actividades ilegales, sean menores o graves. No incluir si se ha producido solamente en estado maniaco.
(Preguntar por el diagnóstico de los RDC).

¿Ha hecho Vd. algo que pudiera suponerle algún problema si se le atrapaba?

(¿Ha tenido Vd. que mentir mucho para conseguir lo que quería?)

(¿Se saltó Vd. algunas normas cuando tuvo ocasión?)

(¿Suele Vd. echar la culpa a otras personas?)

(¿Ha tratado Vd. con drogas?) (¿Ha robado en algunos almacenes?) (¿Ha conducido de modo peligroso?) (¿Ha firmado cheques sin fondos?)

(¿Se sentía Vd. en muy buena forma cuando hacía estas cosas?)

De ligera desconfianza a suspicacia y delirios de persecución. No incluir sentimientos o creencias que están completamente justificadas por la situación.

¿Qué tipos de problemas tiene Vd. con la gente?

(¿Vd. cree que tiene que estar en guardia con la gente?)

(¿Alguien ha estado contra Vd., le ha hecho pasar malos ratos o ha acusado a Vd. de alguna cosa?)

(¿Es la gente demasiado crítica con Vd.?)

(¿Ha sentido que la gente hablaba de Vd. a sus espaldas, se ocupaba demasiado de Vd. o se reía de Vd.?)

(¿Ha sentido Vd. desconfianza de otros o ha tenido miedo de que pudiesen aprovecharse de Vd.?)

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

Ideas de referencia no delirantes.- La idea que el sujeto reconoce como errónea de que algunos comentarios, objetos o acontecimientos, aparentemente sin importancia, se refieren a él. (Los delirios de referencia se evalúan más adelante).

¿Ha sentido Vd. que han sucedido a su alrededor cosas que tenían un significado especial o que la gente intentaba transmitir a Vd. algún mensaje?
(¿Cree que esto era imaginación suya?)

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto.
- 2 Ocasionalmente irresponsable o adopta conductas cuestionables o antisociales, pero el significado clínico no es claro.
- 3 Ocasionalmente lleva a cabo actos antisociales de importancia menor.
- 4 Frecuentemente lleva a cabo actos antisociales de importancia menor u ocasionalmente actos antisociales más graves.
- 5 Frecuentemente lleva a cabo actos antisociales graves.
- 6 Su principal actividad está constituida por actos antisociales graves.

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto o la reacción estuvo totalmente justificada por la situación.
- 2 Ligeros sentimientos de desconfianza, que pueden ser realistas y tienen un significado clínico dudoso.
- 3 La suspicacia no estaba claramente justificada por la situación, pero fue sólo ocasional y de intensidad débil: ej., a menudo se siente que se aprovechan de él.
- 4 A menudo suspicaz o desconfiado, pero claramente sin una convicción delirante o se trata de ideas transitorias de referencia, que reconocen como imaginaciones suyas.
- 5 Suspicion generalizada o sentimientos persecutorios de intensidad delirante límite: ej., no está seguro si existe un plan contra él.
- 6 Delirios persecutorios claros, ideas patológicas de referencia o alucinaciones de persecución.
- 7 Como el 6, pero preocupado por los delirios, alucinaciones o conducta enormemente influenciada por éstos.

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 7

- 0 No hay información.
- 1 Ausente.
- 2 Presumible o probable.
- 3 Claro.

DELIRIOS

Los delirios son convicciones que casi con seguridad no son ciertas y que no se comparten con los miembros del subgrupo cultural o religioso del sujeto. Pueden ser más o menos transitorios, en cuanto que el sujeto ha considerado reales sus creencias únicamente durante un breve período de tiempo, o pueden ser permanentes. La conducta manifiesta del sujeto puede o no verse influenciada por la creencia delirante. Será apropiada una valoración de "presumible" cuando el evaluador sospecha, pero no está seguro, de que el sujeto tiene un delirio particular.

En esta evaluación los delirios se registran sólo si ocurren cuando el sujeto no estaba en estado febril ni bajo la influencia del alcohol o de alguna otra droga o sustancia tóxica.

Si no existe evidencia en el historial del caso o de otros informantes o de la propia entrevista que sugieran delirios, se hacen las siguientes preguntas y cu quiere de las preguntas referidas a delirios específicos de esta sección que r dan juzgarse apropiadas.

¿Cree Vd. que su imaginación le ha jugado malas pasadas de algún modo?

¿Ha pensado Vd. algunas cosas que otras personas pueden tener dificultad en entender?

Si no existe ninguna evidencia que sugiera delirio, marcar aquí y pasar al ítem 441.

Delirios de referencia.-Creencias delirantes de que algunos comentarios o acontecimientos u objetos, al parecer sin importancia, pueden referirse al sujeto. No valorar si se limita a ideas de referencia que no son delirantes.

- 0 No hay información
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claros.

42

42
b=

¿Le parece a Vd. que la gente le echa algunas indirectas o dice cosas con doble sentido o hace cosas de modo especial para transmitir algún mensaje?

¿Le ha parecido que algunas cosas estaban preparadas de antemano?

Delirios de ser controlado (o influenciado).-Experiencia de que sus sentimientos, impulsos, pensamientos o acciones no son propios y creencia de que éstos son impuestos por alguna fuerza externa. No incluye la mera convicción de que está actuando como agente de Dios, que ha sido objeto de una maldición, que es víctima del destino, no es suficientemente asertivo o que alguien está intentando controlarlo. Este síntoma es valorado a menudo como presente cuando de hecho el requisito esencial, es decir, que el sujeto experimente su voluntad, sus pensamientos o sus sentimientos reemplazados por alguna fuerza externa, está ausente. Ej.: Un hombre ~~que~~ *creyente* que sus palabras no eran suyas sino de su padre. Un estudiante creía que sus acciones estaban bajo el control de un yogui. Un ama de casa creía que estaban introduciendo sentimientos sexuales en su cuerpo.

- 0 No hay información
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claros.

42
b=

¿Ha tenido Vd. la sensación de que era Vd. controlado por alguna fuerza o poder ajeno a Vd.?

¿Como si fuese Vd. un robot y no tuviese voluntad propia?

¿O que se veía Vd. forzado a hacer algunos movimientos o a decir algunas cosas sin su voluntad?

¿O pensar cosas o tener impulsos que no eran propios?

Delirios de que otros pueden leer o conocer sus pensamientos.

- 0 No hay información
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claros.

42
b=

¿Puede saber la gente lo que Vd. está pensando (de algún modo extraño?)

¿No sólo por su expresión facial?

* Nota: algunos ítems son perfectados como 1 cuando están en blanco.

b = 1

Difusión de pensamiento.- Creencia o experiencia de que los pensamientos son transmitidos de su cabeza al mundo externo de modo que otros pueden oírlos. Este fenómeno puede ocurrir en forma de delirio y/o alucinación. Cuando adopta la forma de alucinación, el sujeto oye su pensamiento en el exterior y no dentro de su propia cabeza. Ej.: un hombre creía que sus pensamientos son captados por un micrófono oculto y emitidos por televisión.

¿Sintió Vd. alguna vez que sus pensamientos eran transmitidos o hechos públicos y que otras personas sabían lo que Vd. estaba pensando?

Inserción de pensamiento.- La experiencia de que algunos pensamientos, que no son propios, son insertados en su mente. Este síntoma, que a menudo se valora, incorrectamente, como presente, no debe ser confundido con la creencia de que se ha visto obligado a tener pensamientos poco corrientes (ej., malos pensamientos causados por el diablo) que, no obstante, son sus propios pensamientos. No incluir a los sujetos con un afecto expansivo que pueden hablar como si su pensamiento proce-
cediera de Dios (en tales casos el sujeto sabe que son sus propios pensamientos). Ej.: un hombre creía que estaban introduciendo pensamientos en su cabeza por medio de radar.

¿Tuvo Vd. la sensación de que estaban poniendo pensamientos en su cabeza que no eran suyos propios?

Robo del pensamiento.- Creencia de que los pensamientos han sido sustraídos de la cabeza resultando en un número disminuido de pensamientos. Este síntoma es extremadamente raro y solamente debe ser valorado cuando el evaluador esté plenamente convencido de su presencia.

¿Tuvo Vd. la sensación de que alguna fuerza externa le sustraía sus pensamientos?

Delirios de persecución.- Creencias delirantes de que el sujeto o personas próximas a él han sido o pueden ser atacadas, extorsionadas, perseguidas u objeto de una conspiración.

¿Alguien le ha hecho la vida difícil o deliberadamente le causó problemas o ha intentado hacerle daño?

¿Hay algún grupo interesado en ello?

Delirios de culpabilidad o pecado.- Creencia delirante de que ha hecho algo terrible o es responsable de algún acontecimiento que ha tenido consecuencias desastrosas.

¿Tiene Vd. la sensación de haber cometido un crimen o de haber hecho algo tan terrible que merece castigo?

Delirios de grandeza.- El sujeto afirma que posee poderes, conocimientos o identidad que superan toda credibilidad.

¿Ha tenido Vd. la sensación de que era una persona particularmente importante o tiene especiales poderes o habilidades?

Delirios de celos.- Sin evidencia de peso, está convencido de que su pareja le ha sido infiel

- 0 No hay información.
- 1 Ausente.
- 2 Presumible o probable.
- 3 Claro.

425
b=1

- 0 No hay información.
- 1 Ausente.
- 2 Presumible o probable.
- 3 Claro.

426
b=1

- 0 No hay información.
- 1 Ausente
- 2 Presumible o probable.
- 3 Claro.

427
b=1

- 0 No hay información.
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claros.

428
b=1

- 0 No hay información.
- 1 Ausentes
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claros.

429
b=1

- 0 No hay información
- 1 Ausentes
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claros.

431
b=1

- 0 No hay información
- 1 Ausentes
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claros.

429
b=1

Delirios somáticos.- Creencias delirantes de que la apariencia o un órgano o ~~conjunto~~ de órganos está enfermo o ha sufrido modificaciones: ej., el cerebro se está pudriendo, la sangre se está convirtiendo en hielo. No valorar una preocupación somática excesiva.

Dijo Vd. que tenía molestias en parte del cuerpo. ¿Qué cree Vd. que le ocurre realmente?
(¿Ha cambiado su apariencia?)

Las siguientes preguntas pueden ser formuladas para explorar otros tipos de delirios no mencionados de modo específico pero que deben ser considerados al describir las características de los delirios descritos a continuación:

¿Ha notado Vd. que ha ocurrido algo terrible o que puede llegar a ocurrir (delirios nihilistas?)

¿Es Vd. una persona muy religiosa? (¿Ha tenido Vd. algunas experiencias religiosas extraordinarias?)

CARACTERÍSTICAS DE LOS DELIRIOS DE CUALQUIER TIPO

Los ítems siguientes caracterizan los delirios de cualquier tipo, hayan o no especificados anteriormente o no. Serán valorados para el período en que el sujeto estaba delirante.

Veracidad de los delirios de cualquier tipo (considerar la convicción del delirio, la preocupación y el efecto sobre su conducta.

(¿Pensó Vd. alguna vez que eran imaginaciones suyas?)
(¿Hizo Vd. algo en relación con...?)

- | | | |
|---|--|----|
| 0 | No hay información. | 43 |
| 1 | Claramente no delirante. | b= |
| 2 | Presumiblemente. | |
| 3 | Delirios claramente presentes aunque en ocasiones el sujeto cuestiona sus falsas creencias. | |
| 4 | Generalmente está convencido de sus falsas creencias aunque el delirio tiene poca o ninguna influencia sobre su conducta. | |
| 5 | Los delirios tienen un efecto significativo sobre su conducta: ej., a menudo pide a la familia que le perdone sus pecados o está preocupado por la creencia de que es un nuevo Mesías. | |
| 6 | Las acciones basadas en sus delirios tienen un impacto importante sobre sí mismo o sobre otros. Ej., deja de comer porque cree que la comida está envenenada. | |

→ Pasar a Alucinaciones, ítem 441

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6 43
b=

Sensorio durante los delirios.- Se valora el punto si el paciente ha sufrido delirios con un ~~sensorio claro~~ estado de

(¿Cuando creía ...estaba Vd. confuso sobre donde estaba o tenía Vd. algunos problemas de memoria?)

- | | | |
|---|---|----|
| 0 | No hay información. | 43 |
| 1 | Los delirios se produjeron con el sensorio aparentemente claro, es decir, sin trastornos en la orientación, memoria o atención. | |
| 2 | Perplejo o ligeramente confuso. | |
| 3 | Siempre tuvo trastornos claros en la orientación, en la memoria o en la atención en el momento de los delirios. | |

Delirios somáticos, de grandeza, religiosos, nihilistas o de otro tipo sin contenido persecutorio o celoso, con una duración mínima de una semana.

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 0 | No hay información. | 43 |
| 1 | Ausentes. | |
| 2 | Presumibles o probables. | |
| 3 | Claros. | |

¿Durante cuánto tiempo creyó Vd. que...?

Grado en que el contenido de los delirios (sean éstos presumibles o claros) es consistente con el afecto eufórico, irritable o deprimido.

¿Por qué cree Vd. que ocurría...?

En qué medida el contenido de cualquiera de las creencias delirantes (sean probables o claras) tienen una cualidad bizarra o fantástica.

(Nota: todos los delirios son ilógicos en algún grado. Valorar sólo la cualidad bizarra del delirio).

Al juzgar si un delirio es bizarro, considerar el grado en que la creencia es patentemente absurda, fantástica o implausible. Ej.: los delirios de que la gente habla a espaldas de él o que el sujeto huele o que sus intestinos se están pudriendo, no son bizarros ni fantásticos porque, aunque son poco probables, estas creencias podrían ser ciertas. Por otra parte, la creencia de que la gente que está hablando de él son de otro mundo o huele porque alguien le ha introducido ácido en su sangre o que sus intestinos se están pudriendo porque una serpiente se los está comiendo, tienen una cualidad fantástica o bizarra porque, aun sin otra información adicional, estas ideas son patentemente absurdas. No incluir como bizarros delirios que constituyen una elaboración de algunas ideas comunes implausibles de ciertas creencias subculturales, tales como la comunicación con Dios, el diablo, con espíritus o antepasados o estar bajo la influencia de maldiciones, magia, vudu o hipnosis.

0. No hay información o el sujeto no se encontraba eufórico, irritable o deprimido. 437

1. En absoluto: ej., delirio paranoide que no conlleva la sensación de ser perseguido debido a pecado, culpa o a atributos de grandeza.

2. Posiblemente se percibe una conexión entre el delirio y el afecto deprimido o eufórico, aunque esto no es claro: ej., una mujer que se siente culpable cree que los socios de su marido le están persiguiendo, pero no relaciona su culpabilidad con la persecución de su marido.

3. Totalmente: ej., se cree perseguido porque no puede actuar de modo normal, ha pecado o merece castigo; o la gente intenta robarle inventos con los cuales podría ganar billones de pesetas.

0. No hay información. 438

1. En absoluto: ej., la gente le mira porque nota que está nervioso, alguien está intentando matarle para quitarle el dinero.

2. Ligera. 3. Débil: ej., la gente le mira porque su nariz está creciendo.

4. Moderada. 5. Severa: ej., están inyectando un gas verde por las paredes de la habitación.

6. Extrema: ej., rayos eléctricos hacen que su cerebro se pudra y su hígado se convierta en plomo; mientras duerme ~~xxxxxxx~~ le roban sus inventos de su mente por medio de aparatos de EEG.

Delirios múltiples.— Valorar como presente cuando existan al menos dos creencias delirantes distintas que no constituyen la elaboración de un único tema. Los delirios múltiples pueden ser todos de un mismo tipo, como paranoide. Ej., una mujer sentía que las enfermeras se dirigían a ella con intenciones homosexuales, que los pacientes eran realmente enfermeras y doctores disfrazados para asistirle y que la gente podía leer su mente simplemente mirando sus manos.

Ej. de un delirio no múltiple que es meramente la elaboración de un único tema: un hombre creía que alguna fuerza desconocida había confabulado a su familia, amigos y socios en un plan para matarlo y que ellos envenenaban su comida e intervenían su teléfono.

Delirios fragmentarios con contenido no organizado en un tema coherente. Ej.: el paciente cree que la gente está disfrazada, sus intestinos se están pudriendo, que la mujer no le es fiel, pero sin aparente conexión o elaboración.

- 0 No hay información. 42
1 Ausentes
2 Presumibles o probables.
3 Claros.

- 0 No hay información. 42
1 Ausentes.
2 Presumibles o probables.
3 Claros.

ALUCINACIONES

Las alucinaciones son percepciones en ausencia de una estimulación externa identificable. Con vistas a esta valoración, las alucinaciones se consideran presentes sólo si ocurren cuando el sujeto está totalmente despierto y no se encuentra en estado febril ni bajo la influencia de alcohol o alguna otra droga. Las alucinaciones no deben ser confundidas con ilusiones, en las cuales un estímulo externo está mal percibido, o con procesos de pensamiento normal excepcionalmente vívidos. En cualquier caso se debe hacer que el sujeto describa la percepción con detalle. Una valoración de "presumible" indica que el examinador sospecha que el sujeto ha tenido algún tipo particular de alucinación, aunque no está seguro de ello. Ej.: no está claro si el sujeto está describiendo una ilusión o una alucinación real. Si la alucinación ocurrió como parte de una "experiencia religiosa", preguntar con el fin de determinar si ésta es una percepción esperada o bien idiosincrásica del sujeto. * *

* Si no existe evidencia del historial, de otros informantes o de la propia entrevista que sugiera alucinaciones, hacer las siguientes preguntas y cualquier otra de la sección de Alucinaciones que se consideren apropiadas:

- ¿Ha notado Vd. que las cosas tengan un aspecto poco usual o suenen de modo distinto o huelan de modo distinto?
¿Ha oído Vd. voces u otras cosas que no estaban presentes o que otra gente no podía escuchar o visto cosas que otra gente no podía ver?

☐ Si no existe todavía evidencia que sugiera alucinaciones, notar aquí y pasar a Conducta Bizarra, del ítem 458.

Alucinaciones auditivas de voces, ruidos, música... (No incluir si se limita a oír el nombre propio).

Los sonidos (voces) que Vd. dijo que oía ¿las oía Vd. fuera de su cabeza, con sus oídos o venían de dentro de su cabeza?

¿Podía Vd. oír lo que la voz estaba diciendo?
(¿Hablaban sobre Vd. o repetía sus pensamientos?)
¿Oyó Vd. alguna otra cosa? ¿Oyó algún ruido?

Alucinaciones auditivas en las que una voz hace comentarios sobre la conducta del sujeto o sus pensamientos a medida que van ocurriendo.

¿Describió Vd. la voz o comentó lo que Vd. estaba haciendo o pensando?

Alucinaciones auditivas en las que dos o más voces conversan entre ellas.

¿Oyó Vd. dos o más voces que hablaban entre sí?

- 0 No hay información. 4
1 Ausentes
2 Presumibles o probables.
3 Claros.

- 0 No hay información 4
1 Ausentes
2 Presumibles o probables.
3 Claros

- 0 No hay información 4
1 Ausentes
2 Presumibles o probables.
3 Claros.

* * Ver nota al pie de la pág. siguiente

* Nota: Algunos tests son pe-
raos 1 cuando están en el
co. b = 1

Alucinaciones verbales no afectivas dirigidas al sujeto. El sujeto oye una o varias voces que le hablan directamente a él y cuyo contenido no se relaciona con el afecto deprimido o eufórico del sujeto (aunque pueda sentirse deprimido o eufórico en algún momento). Considerar ausente si se limita a voces que dicen sólo una o dos palabras: ej., una mujer oía voces diciéndole que iba a tener un hijo y debía ir a un hospital. Un hombre oía una voz que le decía que estaba siendo espiado por sus vecinos en busca de algún signo de perversión.

- 0 No hay información;
1 Ausentes
2 Presumibles o probables.
3 Claras.

445
b=1

* Alucinaciones visuales.

¿Ha tenido Vd. visiones o ha visto cosas que otras personas no ven?

- 0 No hay información.
1 Ausentes.
2 Presumibles o probables
3 Claras.

446
b=1

* Alucinaciones olfatorias. (No incluir delirios en los que el propio sujeto huele*).

¿Ha notado Vd. algún olor extraño o poco común que otra gente no notó?

- 0 No hay información
1 Ausentes
2 Presumibles o probables
3 Claras.

447
b=1

* Alucinaciones somáticas o táctiles (ej., electricidad, cosas que se arrastran, serpientes dentro del cuerpo).

¿Ha notado Vd. alguna sensación extraña en su cuerpo?

- 0 No hay información.
1 Ausentes.
2 Presumibles o probables
3 Claras.

448
b=1

Alucinaciones de cualquier tipo con un contenido de grandeza o persecutorio. Ej.: voces que le insultan, voces que le alaban o rayos eléctricos que le torturan.

- 0 No hay información.
1 Ausentes.
2 Presumibles o probables
3 Claras.

4
b=

CARACTERISTICAS DE LAS ALUCINACIONES DE CUALQUIER TIPO

Los siguientes items deben ser valorados para el período en que el sujeto ha tenido las alucinaciones.

Severidad de las alucinaciones de cualquier tipo. (Puede incluir también alucinaciones no mencionadas anteriormente). Considerar la convicción de la realidad de las alucinaciones, la preocupación y los efectos sobre la conducta del sujeto.

(¿Pensó Vd. en algún momento que...
...era producto de su imaginación?
(¿Qué hizo Vd. con respecto a...)

- 0 No hay información.
1 Claramente no tuvo alucinaciones.
2 Presumibles o probables.
3 Claramente presentes, aunque el sujeto se da cuenta generalmente de que son producto de su imaginación y generalmente consigue ignorarlas.
4 Generalmente cree en la realidad de las alucinaciones, pero éstas influyen nada o muy poco sobre su conducta.
5 Está convencido de que su alucinación es real y tiene un efecto significativo sobre sus acciones: ej., cierra la puerta con llave para defenderse de los perseguidores, a los cuales oye.
6 Las acciones basadas en las alucinaciones tienen un impacto importante para él mismo u otras personas: ej., conversa con voces de tal forma que es incapaz de trabajar.

450
b=1

¿Cómo fué esto la semana pasada?

PARA A SEMANA PASADA 0 1 2 3 4 5 6

451
b=

* Si el sujeto informa sólo de alucinaciones visuales (puntos, flashes...) o auditivas (ruidos, timbres, motores en marcha) poco configuradas o solamente en forma de alucinaciones somáticas o táctiles, el evaluador deberá ser muy prudente en la valoración del síntoma como presente. Tales fenómenos pueden ser reacciones a drogas o una ilusión más que una alucinación. En tales casos, el síntoma será valorado como probable, a no ser que el evaluador esté muy seguro de que se trata de una alucinación real.

En qué medida el contenido de todas las alucinaciones de cualquier tipo (sean éstas probables o claras) es consistente con el afecto, sea eufórico, irritable o deprimido. Frecuentemente es necesario preguntar al sujeto el significado de las alucinaciones en el momento en que las tuvo.

¿Por qué cree Vd. que estas voces le dicen....?

Alucinaciones fragmentarias con contenido no organizado en un tema coherente. Ej., oye voces que no puede entender.

Sensorio durante la alucinación.

Cuando Vd. estaba.... ¿se sentía confundido sobre dónde se encontraba o tuvo algunos problemas de memoria?

Las alucinaciones (de cualquier tipo) han estado acompañadas por delirios (de cualquier tipo) al menos durante una semana.

Alucinaciones de cualquier tipo a lo largo del día, durante varios días, o de modo de intermitente al menos durante un mes.

Alucinaciones no afectivas de cualquier tipo, a lo largo del día, durante varios días o de modo intermitente a lo largo de un período de una semana. Se incluyen aquí las alucinaciones de cualquier modalidad cuyo contenido no tiene relación aparente ni con depresión ni con euforia. Ejemplos de alucinaciones afectivas que no se incluyen son: ver a la madre en un estuche; oír que Dios le alaba; o un hombre deprimido siente cómo el cáncer crece dentro de su cuerpo.

- 0 No hay información o el paciente no se muestra eufórico, irritable ni deprimido. 452
- 1 En absoluto; oye las voces discutiendo sobre problemas filosóficos.
- 2 Completamente existe una conexión entre las alucinaciones y el afecto deprimido o eufórico; pero éste no es claramente aparente. Ej., un hombre deprimido oye voces que le dice que vaya al hospital.
- 3 Totalmente: ej., un hombre que se siente culpable oye voces que le acusan de sus pecados.

- 0 No hay información. 45
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claras.

- 0 No hay información. 45
- 1 Aparentemente claro: ej., no hubo trastorno en la orientación, en la memoria ni en la atención.
- 2 El sujeto se encuentra ligeramente perplejo o confundido.
- 3 Claros trastornos en la orientación, la memoria o la atención.

- 0 No hay información. 45
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claras.

- 0 No hay información. 45
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claras.

- 0 No hay información. 45
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Claras.



UNIVERSITY OF MEDICINE AND HEALTH SCIENCES

Centre de Recerca i Desenvolupament
i la Investigació

Biblioteca de Medicina

Conducta bizarra que no resulta común en simples síndromes depresivos o maníacos o debida a alcohol, drogas o a daño cerebral. La información de este ítem procederá generalmente de otras fuentes distintas de la entrevista.

¿Hizo Vd. algo que llamara la atención como, por ej., vestirse de un modo especial o actuar de un modo especial?

Conducta Motora Catatónica.-Estos síntomas son muy raros actualmente y sólo lo deben considerarse presentes cuando son obvios y han sido observados directamente por el evaluador o por algún otro profesional.

Trastornos en la memoria o en la orientación. Un trastorno en la memoria reciente se manifiesta cuando el sujeto narra la presente enfermedad. Pueden requerirse preguntas adicionales para evaluar la memoria remota. (No incluir amnesia, períodos de pérdida de conciencia; los trastornos se deben a tratamiento ej., electroshock).

Para determinar si el trastorno estaba presente anteriormente durante este mismo episodio:

- 33
- 0 No hay información
 - 1 En absoluto, o se trata de conductas que se encuentran a menudo en simples síndromes depresivos o maníacos o debida a alcohol, drogas o cualquier otro tipo de lesión cerebral.
 - 2 Conductas raras, pero de significación clínica dudosa; ej., maneras muy poco comunes.
 - 3 Conducta extraña pero no abiertamente "loca"; ej., vestirse de un modo excéntrico.
 - 4 Al menos un ejemplo de conducta claramente "loca"; ej., adoptar posiciones de yoga en el lugar del trabajo.
 - 5 Algunos ejemplos de conducta claramente "loca."
 - 6 Gran parte de su conducta puede considerarse como "loca" e incomprensible

- 458
- ☐ Estupor catatónico. Disminución marcada en la reactividad al medio y reducción de los movimientos y la actividad espontáneos. El paciente puede no ser consciente de la naturaleza de su ambiente.
- 459
- ☐ Rigidez catatónica. Mantiene una postura rígida a pesar de los esfuerzos para moverle.
- 460
- ☐ Flexibilidad cerea. Mantiene posturas en las que es colocado durante un tiempo mínimo de 15 segundos.
- 461
- ☐ Excitación catatónica. Se trata de actividad motora, aparentemente sin propósito y estereotipada, no influenciada por estímulos externos.
- 462
- ☐ Postura catatónica. Asunción voluntaria de posturas inapropiadas o bizarras.

- 463
- 0 No hay información.
- 1 En absoluto.
- 2 Ligero o de dudoso significado clínico.
- 3 Débil: ej., claramente incierto sobre la orientación con respecto al lugar o tiempo, o algún trastorno claro en algunos aspectos de la memoria reciente o remota.
- 4 Moderado: ej., confundido sobre dónde se encuentra o no puede recordar algunos acontecimientos importantes de su vida.
- 5 Severo: ej., muy confuso en cuanto a la orientación o un fuerte trastorno en la memoria.
- 6 Extremo: ej., muy confuso en cuanto a la fecha y dónde se encuentra o incapaz de recordar numerosos acontecimientos importantes de su vida.
- 464

Trastornos en la adaptación debidos a psicopatología cuando el sujeto se encontraba más incapacitado. Este es un juicio complejo que evalúa hasta qué punto el sujeto es capaz de llevar a cabo su rutina y las actividades que debía realizar cuando se encontraba más incapacitado: ej. la ejecución en roles ocupacionales (trabajo, estudio, labores domésticas), cuidando de sí mismo, comer de modo adecuado, manejar dinero, llegar a los sitios a tiempo y la ausencia de cualquier restricción autoimpuesta en varias formas de transporte. No se trata tanto de la molestia subjetiva sino más bien del grado de incapacitación en llevar a cabo la tarea y del grado de inconveniencia o de trastornos causados en su vida. No incluir las restricciones en la autonomía impuesta por otros, tales como ser confiado por intentos de suicidio o por comportarse de modo violento. Incluir únicamente restricciones que son consecuencia directa de la psicopatología del sujeto: ej., no podía llevar a cabo la tarea aunque lo intentaba. Si el sujeto estaba hospitalizado en el momento de encontrarse más afectado, estimar el grado de trastorno en caso de que hubiese estado viviendo en la comunidad y hubiese tenido que llevar a cabo sus responsabilidades habituales.

En los momentos en que Vd. se encontraba peor:

¿tuvo Vd. alguna dificultad en llevar a cabo su trabajo o en hacer cosas, como decidir qué ropa iba a ponerse, comer como es debido, viajar, desplazarse, salir de casa o llegar a los sitios a tiempo? (¿Estaba Vd. bien organizado?) (¿Había alguna cosa que Vd. era incapaz de hacer o al menos no podía hacerlo tan bien como normalmente?).

¿Cómo fue esto durante la semana pasada?

OTROS ÍTEMES CONDUCTUALES

Las conductas en el resto de los ítems frecuentemente no pueden ser descritas por el propio sujeto de modo adecuado. La información procederá generalmente de observaciones llevadas a cabo por el evaluador o, en algunos casos, de informes de otros miembros de la familia o de personal profesional. Los ítems no deben ser valorados como presentes de no existir una fuerte evidencia de que ocurrieron, ya sea a partir del informe del sujeto o de otras fuentes de información.

Fuga de ideas.- Lenguaje acelerado con cambios abruptos de un tema a otro, generalmente basados en asociaciones comprensibles, en estímulos distractores o en juegos de palabras. Al valorar la severidad, considerar la velocidad de las asociaciones, la incapacidad de exponer sus ideas de modo adecuado y de sostener la atención sobre un fin. Cuando este síntoma es severo, las asociaciones pueden ser tan difíciles de entender que pueden estar presentes también asociaciones laxas e incoherencia (la medicación puede enlentecer el ritmo del lenguaje). Un ejemplo extremo de este trastorno sería el siguiente: Uno tiene que estar

- 0 No hay información
- 1 No hubo trastorno aparente; puede incluir sentimientos subjetivos de que es más difícil hacer las cosas, pero sin indicaciones objetivas de falta de eficacia o de fracaso en llevar a cabo las tareas.
- 2 Sólo efectos menores sobre su vida: ej., le lleva un poco más de tiempo el vestirse, llega a veces tarde a las citas debido a rituales de comprobación u olvida pintarse los labios por que está preocupado.
- 3 Efectos significativos sobre la vida: ej., llega al trabajo media hora más tarde debido a sus rituales, olvida llevar dinero encima, tiene un aspecto desaseado o un alcohólico deja alguna comida sin hacer.
- 4 Modificaciones importantes en su vida: ej., necesita compañía a menudo para salir de casa; no acude a una cita importante debido a indecisiones sobre qué ropa ponerse.
- 5 Modificaciones muy importantes en su vida: ej., raramente sale solo, de casa, rehusa manejar dinero, es incapaz de llevar a cabo cualquier trabajo doméstico o de ir al trabajo. (No incluir meros rechazos para llevar a cabo algunas tareas).
- 6 Los trastornos en su vida son muy importantes/ ej., incapaz en absoluto de dejar la casa, tiene que ser alimentado por otros u otros tienen que vestirle.

PASADA SEMANA 0 1 2 3 4 5 6 46

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto o algún otro trastorno de pensamiento o lenguaje.
- 2 Ligero: ejemplos ocasionales de significación clínica dudosa.
- 3 Débil: ejemplos ocasionales de cambios abruptos en el tema, aunque esto no impide la comprensibilidad.
- 4 Moderado: ejemplos frecuentes con algún trastorno de la comprensibilidad.
- 5 Severo: ejemplos muy frecuentes con efecto claro sobre la comprensibilidad.

silencioso para estar triste. Todo lo que tiene algo que ver con la "s" es silencioso: sentarse, sollozar, suspirar, sentimientos, susurro, sagrado amor de madre y salvación. Este es mi primer caso. Soy una especie de abogado o embaucador; demasiado honesto para ser abogado, así que tuve que ser embaucador.
Ref: pág. 33: KOLE, etc.

Afecto inapropiado.- El afecto es incongruente con el contenido del lenguaje, por ej., se ríe mientras está discutiendo las razones de la hospitalización. No incluir cuando simplemente el sujeto se encuentra confundido o bajo los efectos de una emoción intensa, como cuando llora al discutir alguna desilusión de menor importancia.

Afecto aplanado.- Deficit en contacto emocional no explicable por un carácter no severo del afecto o preocupación: ej., a pesar de los esfuerzos adecuados por parte del entrevistador para establecer un contacto emocional, apropiado, el sujeto no devuelve signos de respuesta emocional como, por ej., sonrisas ocasionales, lágrimas, risa o contacto visual con el entrevistador. En el nivel moderado, o por encima de él, se aprecia una total ausencia de afecto indicada por una voz monótona y una expresión facial sin signos de emoción.

Vulnerabilidad a la distracción.- La atención se dirige muy fácilmente a otros estímulos externos, no importantes o irrelevantes. Ej., el paciente se da cuenta y hace algún comentario sobre el ruido que procede del aire acondicionado.

Auto-compasión.- La conducta o los comentarios indican una disposición a centrarse en sus propias tristezas, problemas o desgracias. Al juzgar la severidad, notar hasta qué punto el sujeto manifiesta lo siguiente: (1) El sufrimiento se comunica directamente sin ningún tipo de freno con objeto de despertar la simpatía de los demás. (2) Los problemas personales son considerados únicos o más severos que los que sufren otros. (3) Siente que otros no le ayudan o que no le entienden.

6 Extremo: ej., la mayor parte del lenguaje consiste en cambios de tema tan rápidos que resultan imposibles de seguir

0 No hay información.
1 En absoluto.
2 Ligero: algunos ejemplos de significación clínica dudosa.
3 Débil: ejemplos emocionales.
4 Moderado: ejemplos frecuentes.
5 Severo: muy frecuente.
6 Extremo: la mayor parte del tiempo.

0 No hay información.
1 En absoluto o explicable por un afecto deprimido.
2 Ligero: o de significación clínica dudosa.
3 Débil: claramente presente.
4 Moderado: cierta indiferencia del afecto.
5 Severo: con una indiferencia considerable del afecto.
6 Extremo: una indiferencia profunda del afecto.

0 No hay información.
1 En absoluto.
2 Ligero: o de significación clínica dudosa.
3 Débil: claramente presente.
4 Moderada: interfiere algo con la conversación o con la tarea que está llevando a cabo.
5 Severa: interferencias frecuentes con la conversación o tarea.
6 Extrema: prácticamente imposible mantener la atención del sujeto o que la centre en una tarea.

0 No hay información.
1 En absoluto.
2 Ligera: o de significación clínica dudosa.
3 Débil.
4 Moderada.
5 Severa.
6 Extrema.

Actitud exigente.- El sujeto busca una asistencia, alabanza o aprobación por parte de otros, excesivos; ej., le pide a la mujer que conduzca el coche, frecuentemente pide el consejo o las opiniones de otros o repetidamente pide al personal del centro que le ayude.

- 0 No hay información
- 1 En absoluto.
- 2 Ligera: o de significación clínica dudosa.
- 3 Débil.
- 4 Moderada.
- 5 Severa.
- 6 Extrema.

472

Aspecto deprimido.- Manifestaciones no verbales de afecto deprimido, como lágrimas, cara triste o el descuido en la apariencia personal.

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto.
- 2 Ligera: o de significación clínica dudosa.
- 3 Débil/ ej., claramente su aspecto es algo triste.
- 4 Moderada: ej., en ocasiones llora, o generalmente su aspecto es triste.
- 5 Severa: ej., llora con mucha frecuencia, su aspecto es descuidado, la cara triste es persistente.
- 6 Extrema: ej., está continuamente llorando y prácticamente no responde (estupor depresivo).

473

SUBTIPOS SELECCIONADOS DE TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO.

No existe una definición de desorden formal del pensamiento generalmente aceptada. Aquí el término se usa para describir diversas formas de trastorno en el lenguaje o en el pensamiento fácilmente identificables y no mutuamente excluyentes. El trastorno en el lenguaje o en el pensamiento no debe tomarse como evidencia de un trastorno formal del pensamiento si puede ser explicado por un afecto fuerte y transitorio (ej., agresividad o miedo), sarcasmo, humor, inteligencia o educación limitadas o diferencias lingüísticas o culturales. Los bloqueos u otras formas de lenguaje que se toman generalmente como indicativos de trastorno formal del pensamiento, no se incluyen aquí debido a la poca fiabilidad general de los juicios clínicos de estos fenómenos y porque resulta poco probable que ésta fuese la única manifestación de dicho trastorno.

Existe una tendencia a valorar demasiado a menudo el trastorno de pensamiento cuando un sujeto no es muy claro, conciso y lógico. El evaluador no debería valorar como presente ninguno de estos tipos de trastorno formal del pensamiento a no ser que pueda dar ejemplos específicos del propio lenguaje del sujeto.

Comprensibilidad del lenguaje disminuida.- Puede deberse a cualquier combinación de lo siguiente: falta de conexiones lógicas o significativas entre palabras, frases u oraciones; uso excesivo de oraciones incompletas cuando no forman parte de un entrecimiento psicológico; irrelevancias excesivas o cambios abruptos de un tema a otro; gramática o sintaxis distorsionadas; utilización de frases vacías, repetitivas, estereotipadas u oscuras.

No incluir trastornos debidos a déficit cultural, dialecto o afasia u otras causas no psicopatológicas. Notar que muchos pacientes son capaces de describir los delirios de modo que el interlocutor entiende el contenido aunque éste sea patentemente falso; de modo similar, un detalle excesivo en la forma de expresarse no interfiere en y por sí mismo en la comprensibilidad.

- 0 No hay información.
- 1 No existe trastorno o éste es debido a una razón no psicopatológica: ej., déficit cultural.
- 2 Ejemplos ocasionales que son de significación clínica dudosa.
- 3 Algunos ejemplos claros de trastorno aunque éstos nunca son demasiado importantes.
- 4 Trastornos marcados en la comprensibilidad debidos a frecuentes ejemplos en los que no se puede entender al sujeto.
- 5 Trastornos severos en la comprensibilidad porque la mayor parte del tiempo resulta difícil o imposible entender de qué está hablando el sujeto.
- 6 Trastorno extremo en la comprensibilidad debido a que la mayor parte del tiempo resulta imposible entender de qué está hablando el sujeto.

474

Anteriormente este ítem se llamaba incoherencia, término generalmente reservado para las alternativas superiores de esta escala. Tal como actualmente se define la escala, corresponde, a grandes rasgos, a una evaluación sumaria de la severidad del trastorno formal de pensamiento.

Ejemplo: "No me doy cuenta. Sé que uno a la derecha y otra a la izquierda usan las dos manos, pero no puedo comprender el sistema que está funcionando. Se supone una idea en cierta forma, pero no es la forma como yo entiendo la vida.

Ref: pág. 35: MAYER, etc.

Los trastornos en la comprensibilidad durante la SEMANA PASADA se registran en la pág. _____, ítem 476.

Pérdida de las asociaciones, (descarriamiento). - El sujeto dice muy a menudo cosas en yuxtaposición sin una relación claramente comprensible o cambian de un marco de referencia a otro de un modo idiosincrático. Ejs.: "Estoy cansado. Todas las personas tienen ojos". "Como soy bajo quiero que me den el alta".

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto. Puede ser difícil entenderle debido a detalles innecesarios, déficit cultural o que se va por las ramas u otros impedimentos de naturaleza patológica que le impiden comunicarse claramente o por una simple fuga de ideas que es totalmente comprensible.
- 2 Ejemplos ocasionales que son de significación clínica dudosa.
- 3 Ejemplos ocasionales de lenguaje distorsionado o idiosincrático, aunque influyen poco en la comprensibilidad.
- 4 Ejemplos frecuentes con cierto efecto sobre la comprensibilidad.
- 5 Ejemplos muy frecuentes con una influencia muy clara sobre la comprensibilidad.
- 6 La mayor parte del lenguaje está distorsionado de modo que resulta prácticamente incomprensible de comprender.

Trastornos en la comprensibilidad disminuida durante la SEMANA PASADA (según definición ítem 474).

Pensamiento ilógico (se incluyen aquí aspectos distintos de los recogidos en los delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida de asociaciones, fobias o compulsiones). Pensamiento en el cual los hechos resultan oscurecidos, distorsionados o excluidos o pensamiento que contiene claras contradicciones internas o en el cual una premisa no se sigue a la otra. Es necesario un juicio complejo y sutil que generalmente requiere un conocimiento de los procesos de razonamiento del sujeto. Ej.: el paciente rehusa sentarse en la silla porque ésta es amarilla. El paciente explica que daba a su familia tarjetas de IBM que perforaba en un esfuerzo para superar las dificultades de comunicación con ellos. Al contestar una pregunta sobre su primera hospitalización el paciente dice: "Podía haber sido unos cuantos años antes o después de nacer".

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 0 | No hay información. | | | | | | |
| 1 | En absoluto o trastornos debidos a alcohol, depresión, etc. | | | | | | |
| 2 | Ejemplos ocasionales de significación clínica dudosa. | | | | | | |
| 3 | Pensamiento que resulta extraño y algo ilógico, pero en general no gravemente desviado. | | | | | | |
| 4 | Defectos claros en el pensamiento lógico. | | | | | | |
| 5 | Acusados defectos en el pensamiento lógico. | | | | | | |
| 6 | Gran parte del pensamiento es totalmente ilógico. | | | | | | |

Pobreza de contenido del lenguaje.- El lenguaje es adecuado en cantidad pero aporta poca información debido a vaguedad, a salirse del tema, a repeticiones vacías y al recurso a frases estereotipadas u oscuras. No incluye pobreza en la cantidad del lenguaje. Como señala WING: "Este síntoma puede reconocerse muy fácilmente en algunos de nuestros colegas, por lo que deberá valorarse como presente únicamente cuando es clara la pobreza patológica". Ej.: al preguntar a un paciente cómo se sentía en el hospital, contestó: "Bueno, esto...no es exactamente lo mismo que, esto...no sé muy bien qué decir, cómo decirlo. No es lo mismo estar en el hospital que...trabajar, esto...el trabajo no es exactamente lo mismo que...muy parecido; pero, por supuesto, no es exactamente lo mismo".

Ref: pág. 36, JOHN A. WING...

- 0 No hay información.
- 1 En absoluto u otro tipo de trastorno de pensamiento o de lenguaje.
- 2 Ligeró: ejemplos ocasionales que son de significación clínica dudosa.
- 3 Débil: ejemplos claros.
- 4 Moderada: ejemplos frecuentes.
- 5 Severa: en la mayor parte de sus comentarios.
- 6 Extrema: típico de la mayor parte de los comentarios.

514

*Neologismos.- Distorsión de palabras, nuevas palabras inventadas por el sujeto o palabras comunes que el sujeto utiliza con un nuevo significado. Pueden ser inventadas para designar una experiencia que queda fuera de la experiencia normal. Ej.: "me acusaron de midigación". SIGNIFICANDO que había sido acusada de contravenir las leyes.

- 0 No hay información
- 1 Ausentes.
- 2 Presumibles o probables.
- 3 Presentes.

515

ITEMS ESPECIALES RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO O SUBCLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS ESQUIZO-AFECTIVOS.

Estos items, que deberán considerarse independientemente, podrán parecer redundantes. Sin embargo, las diferencias sutiles que se han introducido son importantes para el diagnóstico y subtipos de los trastornos esquizo-afectivos.

Si ha tenido un síndrome maniaco o depresivo, tal como se describe en los RDC, que se superpuso temporalmente, con al menos uno de los siguientes trastornos: delirios o alucinaciones claros, trastornos formales del pensamiento acentuados, conducta bizarra. No incluir si se deben claramente a consumo de drogas. Asegurarse de que la exploración realizada es suficiente para aclarar los items siguientes. No se han incluido preguntas específicas.

- 0 No hay información o no es aplicable.
- 1 No
- 2 Sí. Cumplimentar los items siguientes.

Pasar a la B. de Evaluación Global (Items 525 a 530).

516

Si presentó un síndrome maniaco averiguar si durante el período de enfermedad transcurrió más de una semana sin síntomas prominentes depresivos o maniacos, presentando, en cambio, delirios o alucinaciones.

- 0 No hay información. No es maniaco.
- 1 No.
- 2 Sí.

517

Si ha presentado un síndrome maniaco, averiguar si durante el período de enfermedad transcurrió más de una semana sin síntomas maniacos prominentes, presentando, en cambio, varios ejemplos de trastorno formal del pensamiento.

- 0 No hay información. No es maniaco.
- 1 No.
- 2 Sí.

518

* Este item no aparecía en versiones anteriores de los RDC, SADS o SADS-L.

Si ha presentado síndrome depresivo, averiguar si durante más de un mes no presentó síntomas depresivos prominentes; pero sí, en cambio, delirios o alucinaciones. (No incluir los típicos delirios depresivos tales como: delirios de culpabilidad, pecado, pobreza, nihilismo o auto-depreciación o alucinaciones con un contenido similar).	0 No hay información. No es depresivo.	519
	1 No.	
	2 Sí.	
Si presentó un síndrome depresivo, manifestó preocupaciones relativas a delirios o alucinaciones en ausencia de otros síntomas. (No incluir delirios de culpabilidad, pecado, pobreza, nihilismo o auto-depreciación o alucinaciones con contenido similar).	0 No hay información. No es depresivo.	520
	1 No.	
	2 Sí.	
Claros trastornos formales del pensamiento, delirios o alucinaciones durante al menos una semana, en ausencia de síndromes maníaco o depresivo (RDC, principalmente esquizofrénico).	0 No hay información.	521
	1 No.	
	2 Sí.	
Antes del inicio de los síndromes maníacos o depresivos, el sujeto manifestó las siguientes características, que muy a menudo están asociadas con esquizofrenia: aislamiento social, inadaptación en el funcionamiento ocupacional, conducta excéntrica o pensamientos o experiencias perceptuales raros. (RDC principalmente esquizofrénico).	0 No hay información. NA	522
	1 No.	
	2 Sí.	
Los síntomas de tipo esquizofrénico, trastorno formal del pensamiento, alucinaciones o delirios se desarrollaron simultáneamente con, o después, de síntomas maníacos o depresivos y que nunca estuvieron presentes, durante al menos una semana, en ausencia de síndrome maníaco o depresivo. (RDC principalmente afectivo).	0 No hay información. NA	523
	1 No.	
	2 Sí.	
Claros trastornos formales del pensamiento con alucinaciones o delirios presentes de modo más o menos continuo durante... (Marcar 0 para NA si no se ha presentado ninguno de estos síntomas).	0 No hay información. NA	524
	1 menos de tres meses	
	2 " " seis "	
	3 " " un año	
	4 " " dos años	
	5 más de cinco años.	
	Doc	