



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Guía Clínica

Primer Episodio Esquizofrenia



*Chile está
mejor*
REFORMA DE LA SALUD

2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD. ***Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia***. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N° 170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

ISBN

GUIA CLINICA AUGESQUIZOFRENIA

Redactores:

- *Dr. Luis Ibacache, Hospital Barros Luco-Trudeau*
- *A.S. Ximena Rayo, M. Salud Pública, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *Dr. Alberto Minoletti, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *Dra. Gloria Ramírez, Depto. Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL*

Colaboradores:

- *Dr. Rubén Alvarado, Esc. Salud Pública, U. de Chile*
- *Dr. Hernán Silva, Clínica Psiquiátrica Universitaria*
- *Dr. Eduardo Durán, Facultad de Medicina Sur – U. de Chile*
- *Dr. Pablo Arancibia, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*
- *Dra. Verónica Larach, Clínica Las Condes*
- *Dr. Jorge Sobarzo, Soc. Psiquiatría y Neurología. Infancia y Adolescencia*
- *Dra. Marcela Larraquibel, Soc. Psiquiatría y Neurología. Infancia y Adolescencia*
- *Dra. Alejandra Armijo, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*
- *Dr. Juan Maass, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*
- *Dra. Sonia Tardito, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*
- *Dr. Rubén Nachar, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*
- *T.O. Katya Muñoz, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *Psic. Pamela Grandón, Servicio Salud Talcahuano*
- *T.O. Olga Véliz, Comunidad Terapéutica Peñalolén*
- *Dra. Alessandra Zaccaria, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *T.O. Soledad Fernández, Esc. Terapia Ocupacional Universidad Mayor*
- *Dr. Mario Quijada, Sociedad Chilena de Salud Mental*
- *T.O. Rosa Chaparro, Esc. Terapia Ocupacional Universidad Playa Ancha*
- *Psic. Teresa Huneus, Sociedad Chilena de Psicología Clínica*
- *Psic. Cristina Arancibia, Hosp. Félix Bulnes*
- *T.O. Orquídea Miranda, Esc. Terapia Ocupacional Universidad Mayor*
- *T.O. Laura Rueda, Esc. Terapia Ocupacional Universidad de Chile*

INDICE

Grupo de Expertos
Presentación

1. Extracto Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud
2. Antecedentes
3. Magnitud del problema
4. Objetivo de la Guía Clínica
5. Intervenciones recomendadas para Sospecha diagnóstica
 - Criterios Clínicos
 - Métodos Diagnósticos
 - Seguimiento
 - Rescate
6. Intervenciones recomendadas para Confirmación diagnóstica
 - Escala estandarizada de evaluación y seguimiento
 - Diagnóstico Multiaxial
 - Algoritmo 1: Procesos y pasos para el Diagnóstico
7. Intervenciones recomendadas para Tratamiento
 - Tratamiento Integral
 - Fases de Tratamiento
 - Tratamiento farmacológico según fase de evolución
 - Criterios de evaluación de respuesta clínica
 - Algoritmo 2: Tratamiento de la fase aguda
 - Uso secuencial de antipsicóticos
 - Algoritmo 3: Uso secuencial de antipsicóticos
 - Mala adherencia a tratamiento
 - Refractariedad a tratamiento
 - Algoritmo 4: Puntos de decisión para cada etapa del algoritmo de uso secuencial de antipsicóticos
 - Algoritmo 5: Tratamiento Esquizofrenia Refractaria
 - Manejo de situaciones clínicas complejas
 - Algoritmo 6: Tratamiento de la agitación y conductas violentas
 - Manejo de evoluciones clínicas especiales
 - Algoritmo 7: Tratamiento Efectos colaterales y situaciones Clínicas especiales
 - Intervenciones psicosociales según fase de tratamiento
 - Intervenciones psicosociales según fase de recuperación
 - Intervenciones individuales con el usuario
 - Intervenciones grupales con usuarios
 - Intervenciones familiares
 - Intervenciones social-comunitarias
 - Intervenciones psicosociales en la fase de integración social
 - Intervenciones en situaciones clínicas especiales
8. Recomendaciones según nivel de evidencia
9. Bibliografía
10. Anexos

- ANEXO 1: CIE-10: Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, F20 al F29
- ANEXO 2: CIE 10: Versión multiaxial para adultos, ejes II y III
- ANEXO 3: CIE 10: Versión multiaxial para niños y adolescentes, ejes V y VI
- ANEXO 4: Escala de Síndromes Positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS)
- ANEXO 5: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF)
- ANEXO 6: Escala de Impresión Clínica Global (CGI)
- ANEXO 7: Criterios de evaluación para monitorear la implementación de protocolo AUGE primer episodio de esquizofrenia

1. EXTRACTO DECRETO LEY GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

ESQUIZOFRENIA

Definición: La esquizofrenia se caracteriza por la aparición de “síntomas positivos” de alucinaciones auditivas, distorsiones y trastornos del pensamiento y “síntomas negativos” de desmotivación, negación de sí mismo y reducción de la emoción.

Patologías incorporadas: Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Esquizofrenia paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffee delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- ✓ Esquizofrenia hebefrénica: incluye además los términos Esquizofrenia desorganizada, Hebefrenia.
- ✓ Esquizofrenia catatónica: incluye además los términos catatonía esquizofrénica.
- ✓ Esquizofrenia indiferenciada: incluye además los términos Esquizofrenia aguda, Esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico.
- ✓ Esquizofrenia residual: incluye además los términos depresión post-esquizofrénica, estado esquizofrénico residual.
- ✓ Esquizofrenia simple.
- ✓ Otra Esquizofrenia: incluye además los términos Esquizofrenia atípica, Esquizofrenia latente, Esquizofrenia pseudoneurótica, Esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, Folie a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia.
- ✓ Esquizofrenia sin especificación.

a. Acceso:

Beneficiarios con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas desde la entrada en vigencia de este Decreto:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico y tratamiento de prueba por 180 días.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad:

Diagnóstico

Atención por especialista dentro de 20 días desde derivación.

Tratamiento

- Inicio desde primera consulta.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
ESQUIZOFRENIA	Diagnóstico	<i>Diagnóstico y Estudio Esquizofrenia</i>	<i>mensual</i>	22,540	20%	4,510
	Tratamiento	<i>Tratamiento Esquizofrenia Primer Año</i>	<i>mensual</i>	77,600	20%	15,520

2. ANTECEDENTES

Las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos presentan “distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (CIE-10). Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe tanto a que la persona no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en éstos.

Considerando que en la práctica clínica existe una multiplicidad de términos para designar los distintos cuadros clínicos que presenta la esquizofrenia, para efectos de este protocolo se incluyen, dentro del primer episodio de esquizofrenia y su tratamiento integral posterior, las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designan en la terminología médica habitual:

- Esquizofrenia Paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffee delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- Esquizofrenia Hebefrénica: incluye además los términos de esquizofrenia desorganizada, hebefrenia.
- Esquizofrenia Catatónica: incluye además el término catatonía esquizofrénica.
- Esquizofrenia Indiferenciada: incluye además los términos esquizofrenia aguda, esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico residual.
- Esquizofrenia Simple.
- Otras esquizofrenias: incluye además los términos esquizofrenia atípica, esquizofrenia latente, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, folie a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico.
- Esquizofrenia sin Especificación

El inicio de la enfermedad es, generalmente, en la adolescencia o en las etapas más tempranas de la adultez. No obstante lo anterior, existen cuadros clínicos que se inician avanzada la vida adulta.

El primer episodio de la enfermedad, para efectos de este protocolo, es considerado aquel momento en el que por primera vez se sospecha la enfermedad.

3. MAGNITUD DEL PROBLEMA

La esquizofrenia tiene una prevalencia de alrededor de 0,5% en población mayor de 15 años. De acuerdo con los valores señalados en estudios internacionales, la incidencia de la esquizofrenia en Chile se puede calcular en 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. (1)

En otro ámbito, la esquizofrenia y otras psicosis, son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile. (2)

4. OBJETIVO DE LA GUIA CLINICA

Las siguientes recomendaciones están dirigidas al Equipo de Salud Multidisciplinario que maneja al paciente con sospecha o diagnóstico de esquizofrenia y sus familias, con el objetivo de mejorar los síntomas y recuperación funcional de ellos lo más precozmente posible. De esta intervención depende el pronóstico de diversos trastornos psicóticos, o en su defecto dará curso a la cronicidad de la enfermedad con deterioro progresivo.

5. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA SOSPECHA DIAGNOSTICA

Criterios Clínicos:

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Lenguaje, pensamiento y/o comportamiento desorganizados
- Cambio conductual insidioso y persistente, caracterizado por deterioro funcional, embotamiento afectivo, ensimismamiento, pobreza de la comunicación y empobrecimiento de la capacidad de relacionarse con otros.

METODOS DIAGNOSTICOS

Cuando una derivación sea considerada pertinente por el clínico que la evalúe, se comenzará el proceso diagnóstico. Este proceso deberá realizarse en un plazo máximo de 30 días e incluye:

Evaluación clínica que comprende, a lo menos, **dos entrevistas clínicas por psiquiatra**. Como pauta diagnóstica, se utiliza la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (**ANEXO 1**)

Evaluación del eventual **grado de discapacidad de la persona**: Eje II “Discapacidades” Versión Multiaxial para Adultos CIE 10 (ANEXO 2), y Eje VI Versión Multiaxial para Niños y Adolescentes (**ANEXO 3**).

Evaluación de los **problemas psicosociales y ambientales**: Eje III “Factores Ambientales y Circunstanciales” Versión Multiaxial para Adultos” de la CIE 10 (**ANEXO 2**), y Eje V Versión Multiaxial para Niños y Adolescentes (**ANEXO 3**)

Exámenes de laboratorio de rutina y otros que deben solicitarse según las circunstancias clínicas. (3,4,5,6,7)

Pruebas psicométricas o de psicodiagnóstico, de acuerdo a situaciones clínicas específicas. (3,7)

CUADRO N° 1: EXAMENES DE LABORATORIO EN EL PROCESO DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA

REALIZAR A TODAS LAS PERSONAS	REALIZAR SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS CLINICAS
Hemograma Glicemia Uremia Fosfatasas Alcalinas Bilirrubina Total y Conjugada Electroencefalograma Standard	Examen de Orina Completo GOT, GPT, GGT TSH, T3, T4 Perfil Lipídico Screening de Drogas (1 o 2 de más probable consumo) Tomografía Axial Computada de Cerebro Electrocardiograma Detección de VIH Test de Embarazo

CUADRO N° 2: CONDUCTAS PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

SOSPECHA CLINICA	CONDUCTA
Otros cuadros psiquiátricos con síntomas psicóticos: Trastorno del Animo, Trastornos del Desarrollo Trastornos de Personalidad	Reevaluación clínica Psicodiagnóstico
Psicosis por sustancias psicoactivas	Reevaluación clínica Screening de drogas en orina
Cuadros neurológicos: Epilepsia (especialmente del lóbulo temporal) Tumores cerebrales, Enfermedades cerebro vasculares, Traumatismos encéfalo-craneanos (especialmente de las regiones frontales o límbicas) Otras enfermedades neurológicas: Neurolues, Enfermedad de Huntington, Encefalitis Herpética, Hidrocefalia Normotensiva.	Interconsulta a neurología Tomografía Axial Computada de Cerebro Pruebas Psicométricas para organicidad VDRL y otros exámenes específicos

<p>Enfermedades médicas SIDA, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad de Cushing, etc.</p>	<p>Interconsulta a internista o inmunólogo VIH, exámenes inmunológicos, niveles hormonales, etc</p>
--	---

SEGUIMIENTO

En aquellas personas que, después de los 30 días del proceso de evaluación diagnóstica, persisten los síntomas de sospecha, pero aún no se logra un diagnóstico definitivo, se mantendrá un seguimiento por un período máximo de 6 meses, con el objetivo de descartar o confirmar la sospecha diagnóstica. Si es necesario un tratamiento antipsicótico durante este período, las personas afectadas podrán acceder al uso de risperidona y/o de neurolepticos clásicos. Asimismo, tendrán acceso a hospitalización parcial o completa, si fuese necesario.

RESCATE

Se deberá tener una política activa de rescate de las personas que no asistan a su control con el equipo especializado.

En el caso de las personas que no asistan a su primera evaluación, se dará aviso a la instancia derivadora para que asuma la tarea de contactarlo nuevamente. En el caso de las personas que dejan de asistir a los controles una vez que han sido incorporados al proceso de diagnóstico y tratamiento, será el equipo el responsable de su rescate.

El rescate considerará, a lo menos, las siguientes acciones, a realizar dentro de los 30 días siguientes a la inasistencia:

- A lo menos una llamada telefónica al usuario o un familiar,
- A lo menos una visita domiciliaria efectiva (que logre contactar al usuario o su familia y le permita exponer los beneficios del tratamiento).

En estas acciones de rescate se le dará una nueva citación.

Una vez realizadas estas acciones, y si la persona afectada y su familia rehúsan tratamiento, deberá consignarse esta decisión en un documento firmado por el usuario y su familia.

6. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA CONFIRMACION DIAGNOSTICA

USO DE ESCALAS ESTANDARIZADAS DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Al inicio del tratamiento, se deberán aplicar las siguientes escalas:

- Escala de Síndromes Positivo y Negativo para Esquizofrenia (PANSS) (**ANEXO 4**),
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF) (**ANEXO 5**)
- Escala de Impresión Clínica Global (CGI) (**ANEXO 6**)

Con el fin de evaluar y monitorizar la evolución clínica del individuo, se deberán aplicar estas escalas a los seis meses de tratamiento. Posteriormente, en la continuación del tratamiento integral, deberán aplicarse las escalas correspondientes en forma anual.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

La evaluación diagnóstica debe realizarse promoviendo la colaboración de la persona y considerando sus puntos de vista, para comprender el surgimiento del cuadro en el contexto de la persona y su entorno social

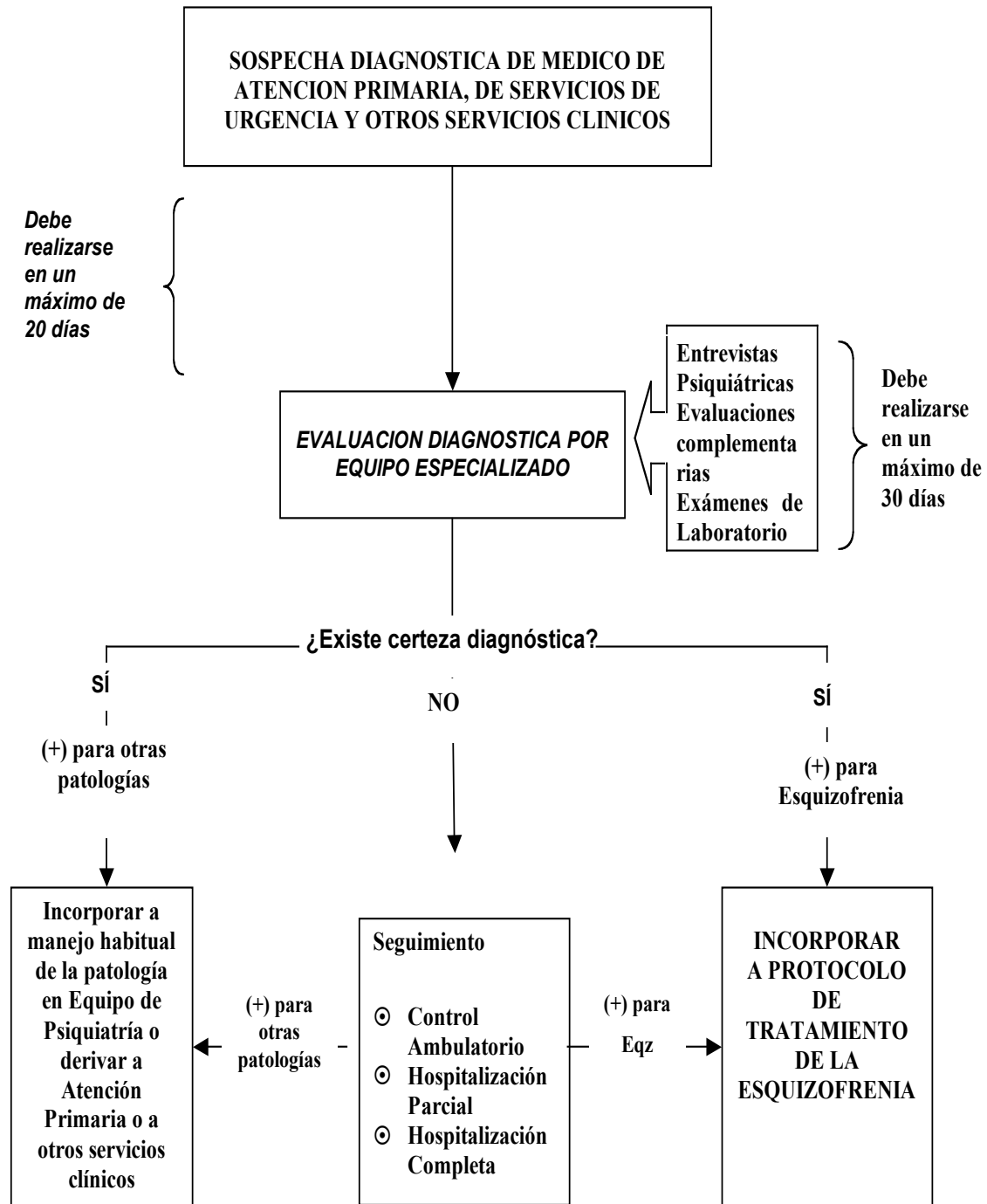
La evaluación diagnóstica debe considerar:

a) Evaluación clínica completa de antecedentes físicos, sociales y psiquiátricos

- i. Diagnóstico del cuadro psicótico
- ii. Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica
- iii. Diagnóstico de comorbilidad médica
- iv. Personalidad premórbida
- v. Nivel intelectual
- vi. Capacidad de autoconocimiento
- vii. Nivel de ajuste social
- viii. Escolaridad ajustada a edad y contexto
- ix. Nivel de desarrollo laboral
- x. Situación socioeconómica familiar
- xi. Diagnóstico de la dinámica familiar
- xii. Evaluación de existencia de red de apoyo

b) Valoración de conductas de riesgo, particularmente suicidio

ALGORITMO N° 1: PROCESO Y PLAZOS PARA EL DIAGNÓSTICO



7. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INTEGRAL

El equipo de trabajo debe realizar una evaluación del sujeto y elaborar un plan individualizado de intervención, previo consenso con el usuario y su familia. Se debe estimular la participación activa del usuario en su recuperación, para lo cual, en conjunto con él, se deben evaluar periódicamente los progresos y redefinir el plan de tratamiento. (3,7,8)

En las distintas fases del tratamiento, un profesional del equipo clínico se debe hacer cargo del caso y se debe ocupar de coordinar las acciones que la persona requiera de acuerdo a las necesidades evaluadas.

- **Fases del tratamiento**

Dependiendo del diagnóstico presunto y de las características clínicas con las que se presente el individuo afectado, se realizará la elección de las intervenciones terapéuticas. En este sentido, son distintas las intervenciones que se realizan en distintos momentos y circunstancias de la evolución del cuadro clínico. En términos prácticos resulta útil considerar tres fases distintas del tratamiento. (3,4,6,7,8,9) Estas fases se podrían repetir a lo largo de la evolución de la enfermedad.

- **Fase Aguda:** se considera desde el primer contacto con el paciente en estado psicótico, en el cual se inician las primeras intervenciones, hasta el momento en el cual se logran las primeras mejorías producto del tratamiento.
- **Fase de Recuperación:** se considera el período en el cual se logra el control de la sintomatología aguda y de los trastornos conductuales más perturbadores, de tal forma de permitir una incorporación del individuo a su medio ambiente habitual.
- **Fase de Integración Social:** se considera el período en el que se logra que el individuo alcance el mejor nivel de funcionamiento social e individual posible de acuerdo a sus potencialidades.

CUADRO N° 3: TRATAMIENTO INTEGRAL PARA PERSONAS CON PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA SEGUN FASE DE EVOLUCION

OBJETIVOS	INTERVENCION FARMACOLOGICA	INTERVENCION PSICOSOCIAL
FASE AGUDA		
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una relación de colaboración • Lograr control de síntomas más disruptivos • Estimular la utilización de núcleos sanos con que cuenta la persona • Garantizar seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento con risperidona • Tratamiento parenteral en caso de riesgo de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y Contención emocional a la persona • Intervención en crisis a la familia • Psicoeducación inicial para el usuario y su familia • Apoyo a la familia para acceder a recursos sociales y de salud
FASE DE RECUPERACION		
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar alianza terapéutica • Potenciar fortalezas y habilidades de la persona • Mantener libre de síntomas positivos • Mantener máximo funcionamiento posible • Redefinición del proyecto de vida de la persona de acuerdo a expectativas realistas • Evitar efectos colaterales • Potenciar las fortalezas de la familia para enfrentar la psicosis • Mantener integración de la persona en su medio natural 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados • Ajuste de dosis o cambio de antipsicóticos si es necesario • Medicación adjunta para mejorar respuesta o efectos colaterales 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación al usuario y a la familia • Evaluación y diagnóstico situacional • Evaluación habilidades y capacidades de la persona • Intervenciones familiares • Intervenciones psicosociales grupales • Actividades para desarrollar relaciones y mantener integración en la comunidad
FASE DE INTEGRACION SOCIAL		
<ul style="list-style-type: none"> • Restablecer funcionamiento a nivel previo al episodio psicótico • Mejorar calidad de vida • Disminuir riesgo de recaída • Consolidar integración en su medio natural 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de efectos colaterales tardíos • Reforzamiento de adherencia para tratamiento a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación al usuario y a la familia • Intervenciones familiares • Intervenciones psicosociales grupales • Actividades para consolidar integración en la comunidad

**CUADRO N° 4: ELECCION DEL LUGAR DE TRATAMIENTO SEGUN
CONDICIONES CLÍNICAS**

CONDICIONES CLINICAS	RECOMENDACION
Todas las personas excepto las que requieran algún cuidado especial	Tratamiento Ambulatorio
Trastorno conductual significativo o baja adherencia al tratamiento	Hospitalización Diurna (Se requiere contar con red de apoyo)
Trastorno conductual significativo o baja adherencia al tratamiento, sin red de apoyo Riesgo vital o riesgo de agresión a terceros o rechazo del tratamiento (*)	Hospitalización Completa de Corta Estadía

(*) Considerar derechos de la persona consignados en Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedad Mental - Decreto Supremo N° 570. (10)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SEGUN FASE DE EVOLUCION

El tratamiento farmacológico debe complementarse siempre con las intervenciones psicosociales, potenciando, en conjunto, los resultados del tratamiento.

Tratamiento de la Fase Aguda

El tratamiento continuo con antipsicóticos es la base sobre la cual se sustentan todas las otras intervenciones destinadas a la recuperación de la persona. (3,5,6,7,8, 11,12,13) Se debe iniciar tratamiento con Risperidona (14,15,16) en dosis cercanas al límite inferior del rango recomendado.

En caso de angustia severa que dificulte el manejo de la persona, es recomendable el uso adjunto, en forma transitoria, de benzodiazepinas orales en sus dosis habituales. Una vez controlada la angustia, se deben retirar para evitar el riesgo de desarrollar dependencia.

En ocasiones, en un primer momento del tratamiento, es necesario utilizar fármacos parenterales (Haloperidol y Lorazepam) para lograr una rápida adecuación de la persona a las necesidades de su tratamiento. (6,7,8) Una vez que se consigue controlar las conductas más disruptivas y que se logra una atenuación de la sintomatología positiva, éstos se retiran y se continúa sólo con la Risperidona.

En el caso de cuadros con síntomas catatónicos severos que pongan en riesgo la vida de la persona (por ejemplo, un estupor catatónico con negativismo a alimentarse) se debe considerar el uso de terapia electroconvulsiva concomitantemente con el tratamiento farmacológico. (3,7)

Tratamiento de la Fase de Recuperación

Los objetivos de esta fase son optimizar los resultados sobre los síntomas propios de la enfermedad y manejar los posibles efectos colaterales del tratamiento. En esta etapa se debe evaluar la respuesta clínica del tratamiento antipsicótico y adecuarlo según los resultados. Además, se deben tratar los posibles efectos colaterales. (3,7,11,12,13) El cumplimiento de estos objetivos se potencia con intervenciones psicosociales. (3,7,9)

Tratamiento de la Fase de Integración Social

Los objetivos de esta fase son optimizar el funcionamiento y minimizar el riesgo de recaídas. Específicamente, se debe vigilar por la aparición de efectos colaterales más tardíos, como la diskinesia tardía, el aumento de peso, etc., y por la presencia de síntomas precursores de una recaída. Paralelamente, se debe monitorizar el nivel de funcionamiento y la calidad de vida, potenciando con intervenciones psicosociales.

CRITERIOS PARA EVALUAR LA RESPUESTA CLINICA

Se debe considerar variables relacionadas con los síntomas, con las conductas de la persona y con su vivencia subjetiva de bienestar o malestar. (3,7,11)

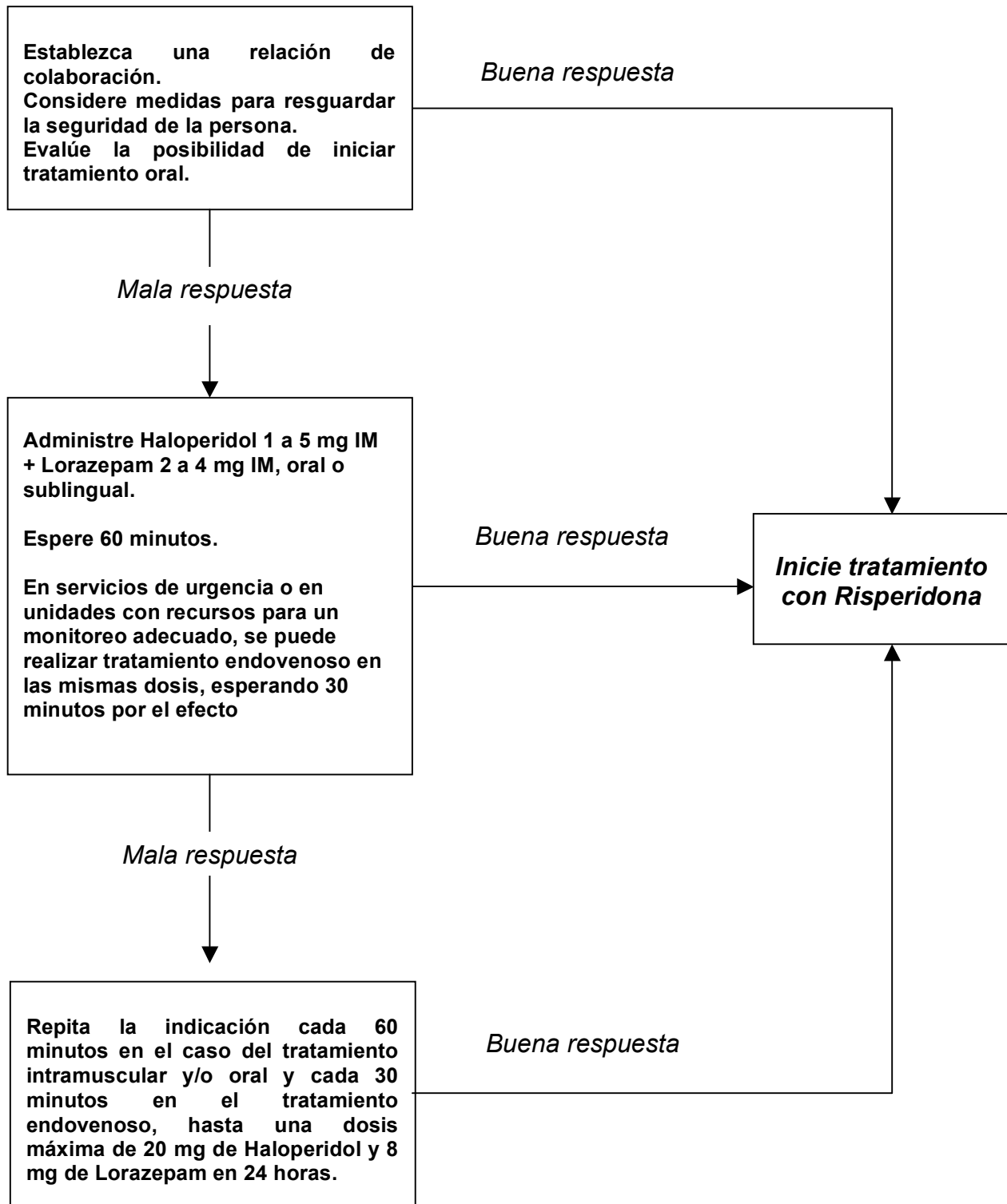
Se debe evaluar la presencia de síntomas positivos y el grado de interferencia en la adecuada integración del sujeto a su medio. Respecto de los síntomas negativos, es necesario valorar que mientras mejor haya sido el funcionamiento social premórbido de la persona, más exigente se debe ser con el resultado del tratamiento, en relación a su capacidad de integración con sus pares.

La persistencia de conductas de riesgo para la persona y/o terceros o la presencia de conductas muy disruptivas, son índice de mala respuesta.

CUADRO N° 5: CRITERIOS CLINICOS PARA EVALUACION DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

CARACTERISTICAS CLINICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA
Ausencia de conductas de riesgo Ausencia de conductas disruptivas Ausencia de síntomas positivos Síntomas negativos que no interfieren significativamente con la integración	BUENA RESPUESTA (si están todos los criterios presentes)
Persistencia de síntomas positivos y/o cognitivos y/o afectivos y/o negativos que interfieren parcialmente con el funcionamiento y la integración	RESPUESTA PARCIAL (si está cualquiera de los criterios presentes)
Persistencia de conductas de riesgo Persistencia de conductas disruptivas Síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento y la integración al medio Síntomas negativos que interfieren significativamente con la integración	MALA RESPUESTA (si está cualquiera de los criterios presentes)

ALGORITMO N° 2: TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA



USO SECUENCIAL DE ANTIPSICOTICOS

Etapas

Se considera el uso ordenado, en etapas sucesivas, de distintos antipsicóticos en pruebas terapéuticas de 3 a 9 semanas de duración cada una. (11)

- Primera Etapa: Se debe iniciar tratamiento con risperidona
- Segunda Etapa: cambiar a un segundo antipsicótico atípico (17,18,19,20,21)
- Tercera Etapa: cambiar a un tercer atípico.
- Cuarta Etapa: cambiar a un neuroléptico clásico (22,23,24)
- Quinta Etapa: cambiar a clozapina (21,25)

En general, en cada etapa, se debe titular el medicamento dentro de la primera semana de tratamiento hasta una dosis terapéutica cercana al límite inferior del rango terapéutico. Si a las tres semanas no se ha producido una mejoría suficiente, se deberá titular la dosis hasta una dosis cercana al límite superior del rango terapéutico.

Si a las seis semanas, aún no hay una respuesta óptima, se podrá aumentar aún más la dosis (si hay evidencia de que el aumento se acompaña de mejoría y que los efectos colaterales no constituyen un problema) o potenciar el efecto de los antipsicóticos atípicos adicionando un neuroléptico clásico en bajas dosis.

No existe evidencia que permita afirmar la superioridad de un antipsicótico atípico por sobre otro (excepto clozapina), por ello, considerando el alto costo de los fármacos, frente a la posibilidad de que dos antipsicóticos sean igualmente efectivos, se debe elegir el de menor costo. (26,27) Asimismo, si se ha alcanzado la mejor respuesta clínica posible con un segundo o tercer antipsicótico atípico, y esta respuesta no es superior a la obtenida con risperidona, se debe volver a utilizar ésta.

En situaciones en las que, por razones propias del cuadro clínico de una persona, el psiquiatra tratante estime que puede ser beneficioso utilizar neurolépticos clásicos antes de insistir con un segundo o un tercer antipsicótico atípico, éstos podrán usarse en una etapa más temprana que lo establecido en el protocolo.

Cambio de Etapa

La decisión de cambiar de antipsicótico (cambio de etapa) puede estar basada en:

- sus resultados sobre la sintomatología (respuesta clínica) o
- en la mala tolerancia a los efectos colaterales.

En cada una de las etapas, se debe evaluar el resultado del tratamiento farmacológico regularmente. Esta evaluación debe llevar a una decisión respecto de si seguir con el tratamiento o de introducir cambios (Puntos de Decisión). La evaluación debe realizarse a fines de la tercera semana, a fines de la sexta semana y a fines de la novena semana de uso de un determinado esquema farmacológico.

- Si, de acuerdo al clínico, se ha producido una buena respuesta, se debe continuar el tratamiento con las mismas dosis.

- Si la respuesta al tratamiento es mala, se debe pasar a la siguiente etapa del algoritmo.
- Si, por otra parte, la respuesta es sólo parcial, se debe aumentar la dosis del fármaco y reevaluar en tres semanas. Si a fines de la sexta semana la respuesta al tratamiento es mejor, pero aún es parcial, se puede aumentar la dosis del fármaco y/o mantener por otras tres semanas para evaluar la respuesta. En este punto, en el caso de los neurolépticos atípicos (Etapas I, II y III), se puede intentar potenciar su efecto con la adición de un neuroléptico clásico antes de cambiar de etapa.

Si existe una buena respuesta antipsicótica pero efectos colaterales significativos, se debe intentar su manejo con la adición de medicamentos adjuntos. (3,4,7,11,12,13)

En el caso de personas en tratamiento con clozapina, es necesario realizar esfuerzos para ayudar al paciente a manejar los efectos colaterales ya que es muy improbable que tenga mejores resultados con otro antipsicótico.

El cambio de un antipsicótico a otro debe ser con un período de superposición de entre 1 y 3 semanas. Es recomendable aumentar el nuevo medicamento hasta su dosis terapéutica antes de comenzar a retirar el antipsicótico antiguo. Para definir esta transición, considere la capacidad de la persona y sus cuidadores de seguir instrucciones complejas y tome las medidas para ello. (3,7,11,12)

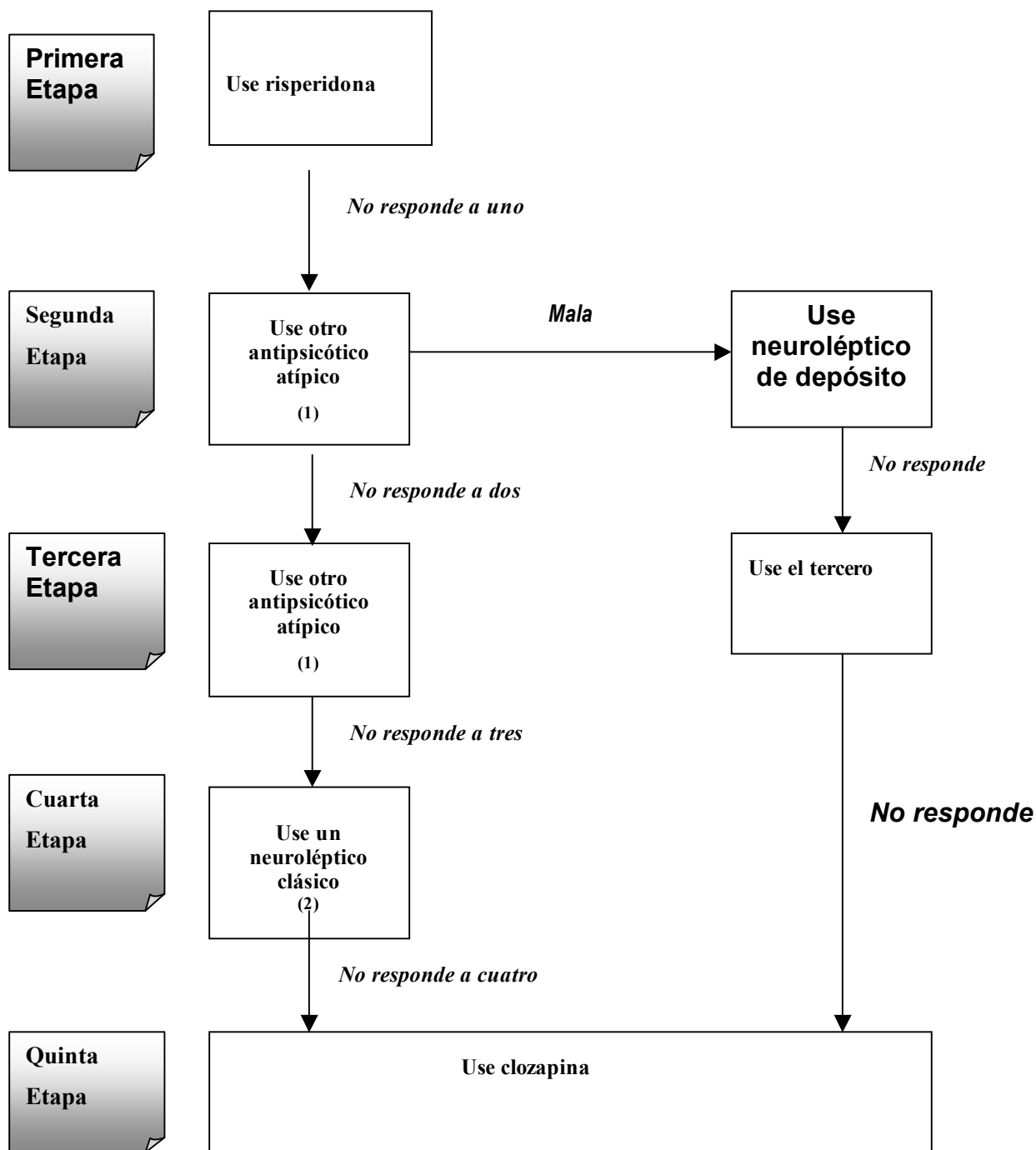
MALA ADHERENCIA A TRATAMIENTO

En el caso de las personas que no adhieren al tratamiento con risperidona, se recomienda emplear un segundo antipsicótico atípico antes de indicar un neuroléptico de depósito ya que la principal causa de no adherencia al tratamiento son los efectos colaterales de los medicamentos. De esta forma, si se mejora la tolerancia al medicamento, es posible que mejore la adherencia. (11)

Frente a la persistencia de una mala adherencia, se deben seguir los siguientes pasos:

- Descartar la presencia de efectos colaterales intolerables como causa
- Asegurar con psicoeducación el adecuado entendimiento de indicaciones terapéuticas por parte de los cuidadores
- Considerar el tratamiento temporal con flufenazina decanoato (7,11,12,28)
- Considerar hospitalización (parcial o completa) hasta conseguir una adecuada adherencia a las indicaciones terapéuticas. (29,30) Si es necesario internar a la persona contra su voluntad, se debe considerar el resguardo de sus derechos. (10)

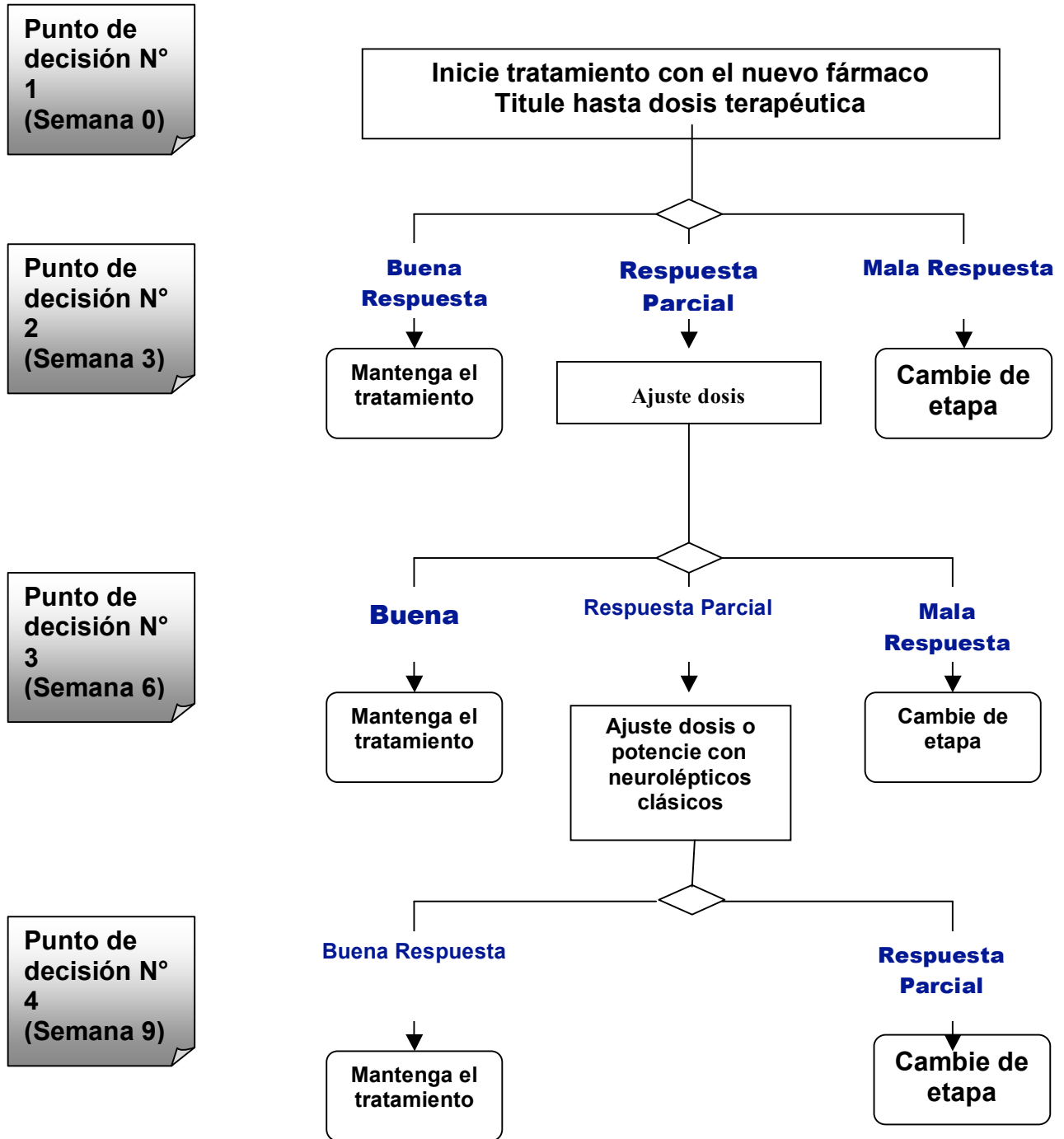
ALGORITMO N° 3: USO SECUENCIAL DE ANTIPSICÓTICOS¹



(1) Elegir en cualquier orden quetiapina, olanzapina o ziprazidona

(2) La Cuarta Etapa, es decir el uso de neurolépticos clásicos, podrá adelantarse y usarse en forma previa al segundo y al tercer antipsicótico atípico si el tratante considera que existen elementos del cuadro clínico que hacen recomendable esta medida

ALGORITMO N° 4: PUNTOS DE DECISION PARA CADA ETAPA DEL ALGORITMO DE USO SECUENCIAL DE ANTIPSIKOTICOS (ETAPAS 1, 2, 3 Y 4 ²)



² La Quinta Etapa (uso de clozapina) debe guiarse de acuerdo a la Norma Técnica para el uso de Clozapina

² Para cualquiera de los antipsikóticos atípicos (Etapas I, II y III) es posible potenciar el efecto clínico con la adición de un neuroléptico clásico en bajas dosis

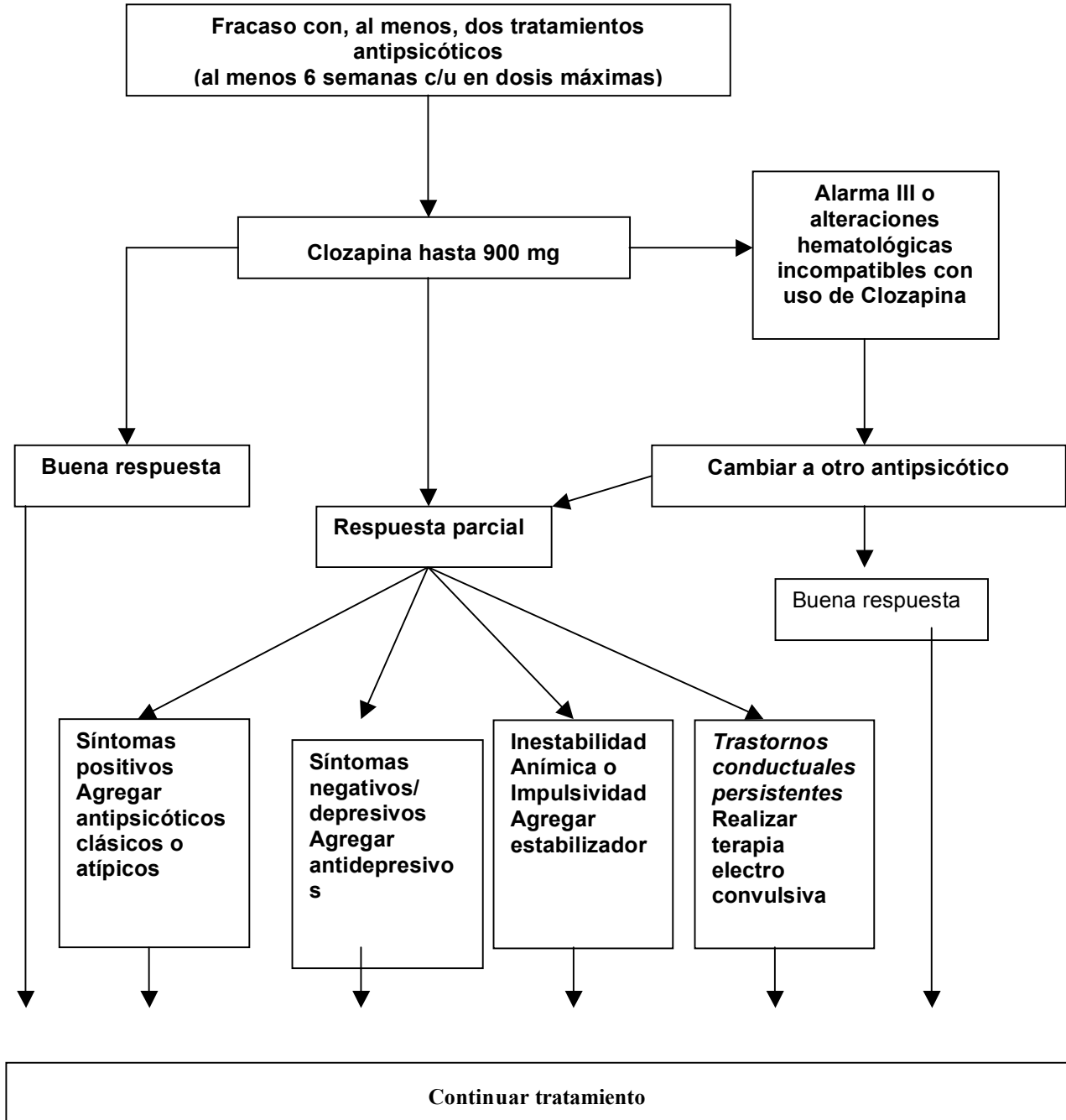
REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO

El tratamiento base para la esquizofrenia refractaria es la Clozapina. (21,25,31) La clozapina se debe titular hasta dosis terapéuticas en un mes. Posteriormente, se debe evaluar el resultado y ajustar las dosis en forma mensual. Una prueba terapéutica con clozapina adecuada debe durar 3 a 6 meses.

Si la respuesta a clozapina es parcial, se puede potenciar su efecto con la adición de distintos fármacos o con la electro-convulsivo terapia: (7,11)

- Síntomas positivos: agregar otros antipsicóticos.
- Síntomas del espectro depresivo/negativo: probar con antidepresivos. Los ISRS pueden inhibir el metabolismo de la clozapina y aumentar sus niveles plasmáticos.
- Síntomas de inestabilidad del ánimo e impulsividad: agregar estabilizadores del ánimo. Como primera opción ácido valproico, y como segunda, carbonato de litio. La carbamazepina está contraindicada.
- Trastornos conductuales persistentes: usar terapia electro convulsiva. (32,33,34)

ALGORITMO N° 5: TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA REFRACTARIA

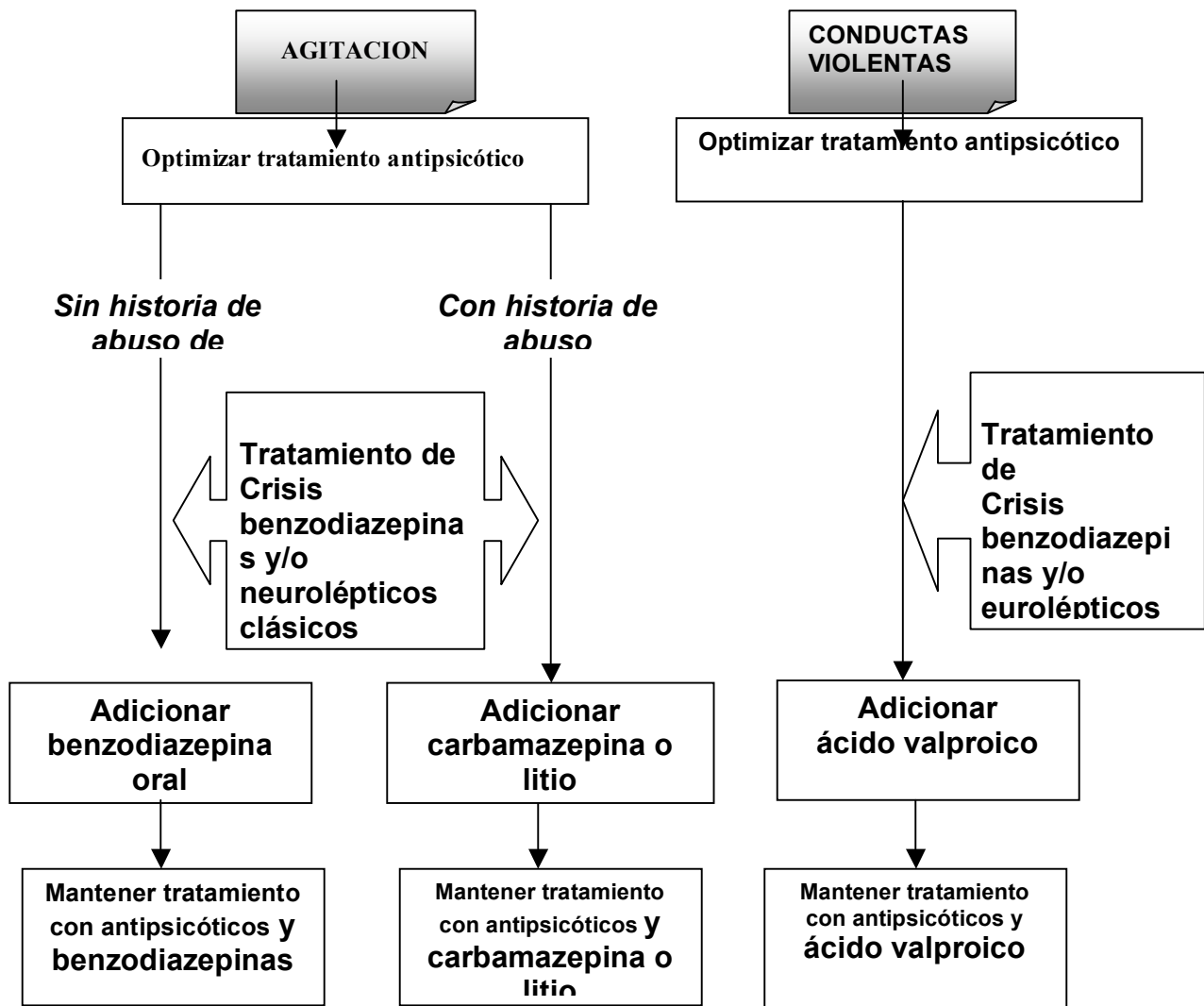


MANEJO DE SITUACIONES CLINICAS COMPLEJAS

Agitación y conductas violentas

Es necesario considerar el riesgo de conductas agresivas y tomar precauciones durante la evaluación de una persona potencialmente violenta (de acuerdo a Norma MINSAL de Contención en Psiquiatría). Si existe un riesgo de agresión a terceros, se debe hospitalizar al sujeto para iniciar su tratamiento. (3,6,7) Con la persona hospitalizada, en primer lugar, es necesario realizar un manejo conductual y el establecimiento de límites claros. La contención física y el aislamiento se deben usar en situaciones de emergencia, cuando las conductas violentas son graves, y se debe esperar por el efecto de los fármacos usados para la sedación. (35,36)

ALGORITMO N° 6: TRATAMIENTO DE LA AGITACION Y CONDUCTAS VIOLENTAS



Embarazo

Durante el primer trimestre, se debe discutir con la familia, los riesgos y beneficios de la suspensión o continuación del tratamiento farmacológico durante este período. (3,6,7)

El uso de neurolépticos de alta potencia puede ser más seguro (haloperidol). La dosis debe ser baja, durante el mínimo tiempo posible y ser interrumpida 5 a 10 días antes del parto. Se debe evitar, también, el uso de antiparkinsonianos. La terapia electroconvulsiva es una alternativa eficaz y segura. (7)

Si se estuviese usando ácido valproico o carbamazepina como medicamentos adjuntos, estos se deben suspender.

Depresión y suicidio

Existe un porcentaje importante de cuadros depresivos y de suicidio en las personas afectadas de esquizofrenia. Si bien, lo más frecuente es que la ideación y los actos suicidas sean provocados por un cuadro depresivo, existe un número de pacientes en los cuales los actos suicidas son provocados por la propia productividad psicótica (ideación delirante, impulsividad catatónica, etc.) o por la toma de conciencia de su enfermedad y pronóstico.

Frente a esto, lo primero que se debe hacer es precisar el diagnóstico de la situación, ya que las conductas son distintas; en un caso hay que iniciar un tratamiento antidepresivo concomitante y, en el otro, hay que optimizar el tratamiento de la psicosis. (3,6,7) Si no hay respuesta adecuada a las intervenciones farmacológicas, se debe considerar el tratamiento con terapia electroconvulsiva. (32,34)

Si el clínico pesquisa elementos sugerentes de un riesgo de suicidio, deberá advertir a la familia y/o a los cuidadores al respecto y deberá dar las indicaciones para su manejo más adecuado. (3,7)

Si existe un alto riesgo de suicidio, se debe hospitalizar a la persona en modalidad diurna o completa, según nivel de riesgo y adecuación de su red de apoyo. (3,4,6,7)

Si existe el antecedente de intentos de suicidio con métodos de alta letalidad y/o persisten conductas suicidas reiteradas por parte de la persona, a pesar de todas las medidas anteriores, se debe iniciar tratamiento con clozapina. (37)

Abuso de alcohol y sustancias

En primer lugar, se debe descartar que el episodio psicótico corresponda a una psicosis secundaria al uso de sustancias psicoactivas. El establecer que existe comorbilidad entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias, no excluye a la persona afectada de las acciones propias de este protocolo. En ese caso, se deben abordar en forma conjunta el tratamiento de la esquizofrenia y el del abuso de sustancias. (3,4,6,7) Si existen conductas muy perturbadoras, se debe hospitalizar al sujeto. Si no existe voluntad de mantener la abstinencia o existe un síndrome de privación severo, se debe hospitalizar en

servicio de corta estadía. Si existe una razonable probabilidad que va a controlar el uso de drogas, se puede manejar en un sistema de hospitalización diurna. (30)

Se pueden usar los antipsicóticos en sus dosis habituales, pero se debe advertir a las personas que la combinación con el alcohol u otras sustancias aumenta la sedación y la descoordinación. Se debe evitar los antipsicóticos que bajan el umbral convulsivante. (3,7)

El disulfiram se debe emplear sólo en pacientes con un adecuado juicio de realidad y con una buena adherencia al tratamiento, por los riesgos que involucra. Su uso en altas dosis puede precipitar episodios psicóticos. (7)

MANEJO DE EVOLUCIONES CLINICAS ESPECIALES

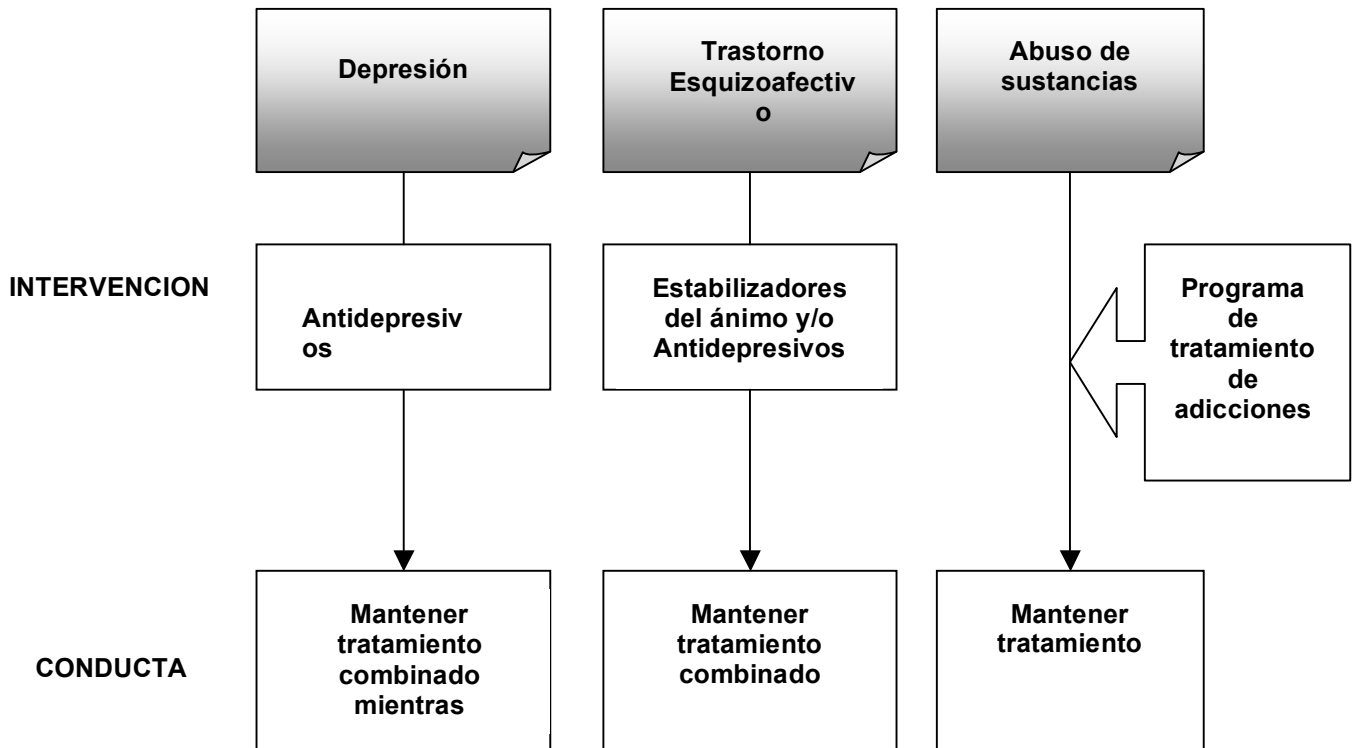
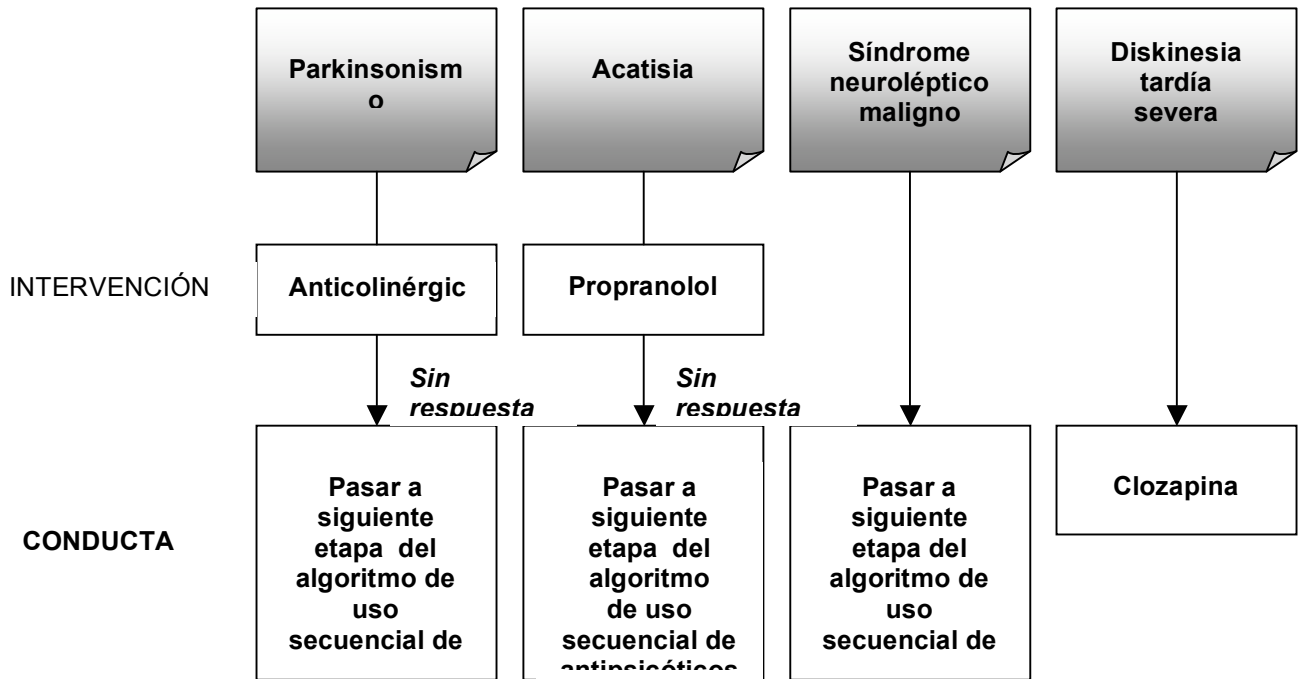
Si durante el tratamiento del episodio psicótico actual se pesquisan elementos que orientan a la presencia de un trastorno esquizoafectivo, se debe agregar al tratamiento antipsicótico un tratamiento con fármacos estabilizadores del ánimo (carbonato de litio, ácido valproico o carbamazepina) y/o antidepresivos. (7,38,39,40,41) Es necesario considerar las contraindicaciones y los efectos colaterales de cada uno de ellos y las posibles interacciones de estos fármacos con los antipsicóticos. En el trastorno esquizoafectivo, el tratamiento se debe mantener en forma permanente.

Si durante la evolución del cuadro clínico se determina que lo que predomina es la presencia en forma crónica de un tema delirante no extraño y las repercusiones que este conjunto de ideas delirantes tiene sobre la conducta del individuo, el diagnóstico es el de un trastorno de ideas delirantes persistentes. En estos casos, se debe insistir en el mantenimiento permanente del tratamiento farmacológico. Por otra parte, por las características propias de este cuadro, probablemente la persona será reticente de participar en programas de tratamiento intensivos, por lo que será necesario ir graduando el tipo de intervenciones terapéuticas. (41)

En algunos casos, durante el tratamiento de la fase aguda del episodio psicótico, la sintomatología puede desaparecer rápidamente con una restitución ad-integrum de la persona. Si los síntomas desaparecen en un plazo que va de unos pocos días hasta tres meses; si se pesquisa, además, que existió un evento estresante severo desencadenante y que existen elementos de la personalidad involucrados en la aparición del cuadro, el diagnóstico es de un trastorno psicótico agudo y transitorio. En estos casos, en términos de este protocolo, se debe dar de alta a la persona una vez superado el episodio agudo.

En otros casos, la evolución puede hacer evidente que lo que predomina es la presencia de un comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas del cuadro agudo de la esquizofrenia. En estas situaciones, el diagnóstico es de un trastorno esquizotípico y se debe mantener a la persona en control en forma permanente, aunque menos intensiva.

ALGORITMO N° 7: TRATAMIENTO DE EFECTOS COLATERALES Y DE SITUACIONES CLINICAS ESPECIALES.



CUADRO N° 6: MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES MAS FRECUENTES DE LOS ANTIPSICOTICOS

EFECTO COLATERAL	CONDUCTA
Parkinsonismo medicamentoso	Reducir dosis de neurolépticos si el estado psicopatológico de la persona lo permite. Adicionar trihexifenidilo, oral, en dosis de 2 a 12 mg/día, según respuesta.
Distonia aguda	Utilizar benzodiazepinas en forma parenteral (lorazepam 4 mg im o ev o diazepam 5 mg ev). Posteriormente, continuar tratamiento de mantenimiento con anticolinérgicos orales para prevenir la recurrencia (trihexifenidilo en dosis habituales)
Acatisia	Adicionar propanolol en dosis entre 20 y 160 mg/día. Si no tiene efecto, o éste sólo es parcial, utilizar benzodiazepinas, por ejemplo diazepam en dosis de 5 a 10 mg/día. Intentar la disminución de la dosis del neuroléptico o su cambio.
Diskinesia tardía	La suspensión del tratamiento sólo se debe considerar en los casos de personas estables por mucho tiempo, con pocos síntomas residuales o si la persona insiste en la suspensión. Se puede reducir la dosis si las condiciones lo permiten. Si el cuadro es muy severo o no disminuye lo suficiente con el cambio a otro atípico, se debe cambiar a clozapina.
Síndrome neuroléptico maligno	<p>Puede ser mortal, por lo cual su tratamiento es una urgencia. Si se sospecha su presencia (rigidez muscular, labilidad autonómica, empeoramiento del estado psicopatológico y compromiso de conciencia), se deben realizar los exámenes para certificar o descartar su presencia (creatinfosfokinasa y recuento de glóbulos blancos).</p> <p>Se debe suspender inmediatamente el fármaco e internar a la persona en un servicio de medicina. Se debe iniciar un tratamiento conjunto entre el psiquiatra y el internista. Se deben proporcionar medidas de soporte para la fiebre y los síntomas cardiovasculares. Se puede realizar tratamientos con agonistas dopaminérgicos (bromocriptina 15-30 mg/día) y agentes antiespásticos (dantroleno 100-400 mg/día).</p> <p>Se puede reiniciar el tratamiento antipsicótico tras unas semanas de recuperación, de preferencia con clozapina.</p>
Sedación	Reducir dosis del antipsicótico, dar una sola dosis nocturna o, si es necesario, dar dosis fraccionada, dar dosis mayor en la noche. Si no funciona lo anterior, cambiar a otro neuroléptico menos sedante.
Convulsiones	Suspender el fármaco o disminuir la dosis. Realizar EEG e interconsulta a neurología. Adicionar al tratamiento el uso, en

	forma permanente, de un anticonvulsivante en sus dosis habituales. Por ejemplo, valproato en dosis entre 400 y 1000 mg/día.
Aumento de peso	Prescribir modificaciones dietéticas con restricción de la ingesta calórica y el aumento del ejercicio físico. Considerar el hacer estas prescripciones en forma preventiva.
Aumento de prolactina	Cuando este aumento es clínicamente significativo, se puede aliviar al reducir la dosis del fármaco o al cambiar de antipsicótico. Si no se puede realizar lo anterior, se puede agregar bromocriptina en bajas dosis (2-10 mg/día)
Disfunción sexual	Reducir la dosis o cambiar a otro antipsicótico.
Efectos hematológicos	Suspender el neuroléptico y realizar interconsulta a hematología. En el caso de la clozapina proceder según norma técnica.
Efectos cardiovasculares	Tratar si los efectos son clínicamente significativos. Considerar el cambio a un antipsicótico con menos efectos antiadrenérgicos. Para la hipotensión fraccionar y/o disminuir las dosis y aumentar la ingesta de líquidos. Si la taquicardia es superior a 140 latidos por minuto agregar un betabloqueador en dosis habituales.

CUADRO N° 7: MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES MAS FRECUENTES DE LOS ESTABILIZADORES DEL ANIMO

LITIO	
EFEECTO	CONDUCTA
Polidipsia, poliuria	Disminuir dosis hasta el mínimo terapéutico.
Aumento de peso	Prescribir modificaciones dietéticas con disminución de la ingesta calórica y aumento de la actividad física. Disminuir dosis hasta el mínimo terapéutico. Se debe descartar la presencia de hipotiroidismo.
Temblor	Disminuir dosis hasta el mínimo terapéutico. Si existe la posibilidad, se puede cambiar a una formulación de liberación lenta. Si persiste, se puede usar propranolol en dosis de 10 a 80 mg. al día.
Sedación	Disminuir dosis. Administrar una proporción más alta de la dosis en el horario nocturno.
Síntomas gastrointestinales	Disminuir dosis. Administrar con las comidas. Cambiar de formulación.
Acné	Antibióticos tópicos y/o sistémicos.
Hipotiroidismo	Usar levotiroxina.
Intoxicación	Se debe evitar con un control estricto de los niveles plasmáticos y de las condiciones que los pueden modificar. Suspender inmediatamente el litio si existe la sospecha. Se requieren medidas de soporte médico (hidratación, equilibrio hidroelectrolítico) y para evitar una mayor absorción (inducción de vómito en el paciente conciente, lavado gástrico). En casos severos se debe realizar hemodiálisis
ACIDO VALPROICO	
EFEECTO	CONDUCTA
Síntomas gastrointestinales	Se puede reducir la dosis. Se puede, también cambiar de formulación. En algunos casos es necesario usar un antagonista H2.
Aumento de peso	Prescribir modificaciones dietéticas con disminución de la ingesta calórica y aumento de la actividad física.
Caída del cabello	Prescribir suplementos minerales con Zinc y Selenio.
Temblor	Reducir dosis y/o usar beta bloqueadores (propranolol).
Efectos hematológicos	Disminuir dosis. Eventualmente, si son más severos,

	suspender.
Ovario Poliquístico)	Suspender
Intoxicación	Suspender. Los casos severos son poco frecuentes pero requieren hospitalización para su manejo.

CARBAMAZEPINA	
EFEECTO	CONDUCTA
Síntomas gastrointestinales	Se puede evitar subiendo las dosis en forma lenta. Con el tiempo, se desarrolla tolerancia a este efecto.
Efectos hematológicos	Suspender.
Sedación	Disminuir dosis. Dar una dosis nocturna mayor.
Rush alérgico	Desaparece al suspender el fármaco. En pocos casos puede desarrollar cuadros severos (Síndrome de Stevens-Johnsons) que requieren tratamiento por especialista.
Mareo, ataxia, diplopia	Disminuir la dosis. Se puede evitar subiendo lentamente las dosis.
Intoxicación	Suspender. Si se requiere una disminución rápida de los niveles plasmáticos, utilizar carbón activado 50 gr c/ 6 hrs en conjunto con un laxante. Si el nivel plasmático varía entre 15 y 20 ug/ml, el paciente debe ser hospitalizado para su mejor manejo. En casos severos se puede requerir hemodiálisis.

CUADRO N° 8: MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

EFEECTO	CONDUCTA
Cefalea y dolores musculares	Utilizar analgésicos y/o relajantes musculares
Agitación post ictal	Utilizar benzodiazepinas y/o antipsicóticos.
Confusión post ictal	Proveer un ambiente tranquilo y sin un exceso de estímulos. Eventual uso de benzodiazepinas.
Alteraciones de memoria	Calmar al paciente en caso de que le generen angustia y ayudar a recordar eventos importantes para él.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES SEGUN FASE DE TRATAMIENTO

Para efectos de este protocolo, las intervenciones psicosociales se definen como aquellas acciones realizadas por el equipo de salud mental tendientes a facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural.

Las intervenciones psicosociales deben ser realizadas en un modelo biopsicosocial, complementarias con el tratamiento médico farmacológico, considerando siempre el pleno respeto de los derechos del individuo.

La estrategia comunitaria es el modo de trabajar las intervenciones en salud mental, y el área comunitaria es el contexto general donde se desarrollan las intervenciones. La premisa básica es impedir la desvinculación social de la persona. De esta forma el sujeto mantiene un rol social valorado y se evita el deterioro de sus habilidades y se minimiza la discapacidad. (4)

Para la planificación y ejecución de las intervenciones se debe considerar las redes existentes en la comunidad. Con este propósito, se debe intentar establecer relaciones con los miembros de la comunidad, que son significativos para la vida de la persona en distintos ámbitos (amigos, vecinos, escuela, trabajo, iglesias, clubes deportivos, etc.), y con las diversas instituciones, públicas y privadas, que puedan contribuir a la recuperación del individuo. El objetivo es integrar a estos actores sociales en un proceso que contribuya a mantener las habilidades y capacidades que la persona tenía antes de la crisis y sostener las que ahora tiene.

Se debe designar a un integrante del equipo clínico como responsable por la persona que ingresa, siguiendo su proceso de tratamiento, recuperación e integración social, coordinando las intervenciones que son definidas en conjunto por el usuario y el equipo de trabajo (modelo de manejo de casos). (4,7,8)

Características generales de las intervenciones psicosociales

- La persona debe ser mirada en su propio entorno, identificando ahí sus recursos y necesidades, participando activa y responsablemente con su familia en una relación interpersonal informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre éstos y el profesional o equipo responsable. (42)
- Se debe intervenir en los contextos comunitarios significativos del sujeto, esto supone que las intervenciones de los equipos de salud deben llevarse a cabo, de preferencia, en los ambientes naturales de la persona: familia, colegio, trabajo, organizaciones de base, etc.
- Se debe responder a las necesidades globales del usuario. En este sentido, el equipo debe intentar responder a necesidades tan diversas como las de orden psicológico personal, las que derivan de su relación con sus redes sociales y, también, necesidades de tipo práctico, como las necesidades de vivienda, alimentación, educación etc. (3,7,8,42)

Objetivos generales de las intervenciones psicosociales

- Mantener las habilidades sociales, académicas y profesionales.
- Redefinir un proyecto de vida auto valorado y valorado por la comunidad, ajustado a la situación vital presente.
- Desarrollar un rol e identidad social positiva.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA FASE AGUDA

En esta fase se deben considerar acciones que contribuyan a superar la situación de crisis del individuo y su familia.

Objetivos:

- Brindar apoyo y contención emocional al usuario y su familia
- Promover una relación de colaboración tanto con la persona afectada como con su familia
- Entregar información oportuna y precisa respecto de la enfermedad
- Estimular la utilización de los núcleos sanos remanentes con que cuenta la persona afectada
- Estimular la utilización de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar la crisis.

INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Contención Emocional. Está destinada a apoyar a la persona en el período de crisis inicial. Es fundamental este contacto inicial pues es el precursor de la relación terapéutica.

Psicoeducación del usuario. Se realiza durante las sesiones iniciales de contacto con los diferentes miembros del equipo de salud. Está destinada a promover el cumplimiento del tratamiento y tranquilizar y apoyar a la persona, evitando los procedimientos traumáticos. Se trabajan áreas temáticas con el usuario, tales como medicamentos a recibir, cuáles pueden ser sus efectos secundarios, adherencia al tratamiento, mantención de aspectos cognitivos sanos. (3,7,8,9,43,44)

INTERVENCIONES FAMILIARES

Intervención en crisis. Su propósito es disminuir la ansiedad e incertidumbre de una situación de crisis familiar, como es el surgimiento de una enfermedad mental en uno de sus miembros. (45)

Esta intervención debe comprender, por una parte, la contención emocional de los integrantes de la familia y, por otra, una evaluación de las necesidades familiares inmediatas y el apoyo para conseguir ayuda. (3,7,8,9,42,46,47)

Psicoeducación familiar. En esta etapa, está destinada a informar a la familia sobre lo que ha sucedido y sobre lo que pueden esperar del equipo de salud en lo que se refiere al tratamiento de la persona y al apoyo a corto y largo plazo.

Se realiza con la mayor cantidad de miembros de la familia presentes. Puede ser realizada en el centro de salud o en la casa; sin embargo, en esta primera etapa se recomiendan contactos con la familia en su contexto habitual, pues esto permite, por una parte, realizar una mejor evaluación familiar, y por otra, fortalecer el vínculo familia-equipo de salud. (3,6,7,8,9,42,45)

INTERVENCIONES SOCIAL-COMUNITARIAS

Se debe considerar, desde un comienzo, la posibilidad de involucrar en el proceso de recuperación a las personas significativas del entorno del individuo afectado. Esto puede abarcar el apoyo por parte de la familia extensa o de personas que constituyan la red natural de la persona y de las redes sociales adquiridas hasta el momento de enfermar, como son los compañeros de colegio o de trabajo. (3,42)

Este tipo de intervenciones debe considerar el derecho de la persona a decidir respecto de la posibilidad de involucrar a otros. Cuando la persona afectada se resista a que su red natural conozca su estado de salud, es recomendable utilizar un mediador hacia la red, como podría ser un amigo o un miembro de la familia, que sea significativo y cercano para la persona.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA FASE DE RECUPERACION

En esta fase de deben considerar intervenciones específicas adicionales que contribuyan a facilitar la relación entre el individuo afectado y su entorno natural.

Objetivos:

- Desarrollar una alianza terapéutica
- Ayudar a las personas y sus familias a entender la psicosis
- Evaluar las habilidades y capacidades de la persona una vez superada la crisis
- Redefinir con la persona su proyecto de vida de acuerdo a expectativas realistas
- Contribuir al desarrollo en la persona de recursos y habilidades para enfrentar el futuro

INTERVENCIONES INDIVIDUALES CON EL USUARIO

Evaluación y diagnóstico situacional.

Esta debe cubrir habilidades e intereses, ventajas y desventajas, recursos no explorados, y la búsqueda de intereses vocacionales y laborales. (3,7,8,44)

Comprensión del episodio psicótico

Se busca ayudar a la persona a analizar y reflexionar en torno a lo que le está sucediendo. Se trabaja en torno a la definición de metas concretas y mínimas, que se van evaluando a lo largo de las sesiones. Se utilizan técnicas como modelado, rol playing, retroalimentación, asignación de tareas para la casa, reestructuración cognitiva. Posteriormente se evalúan los progresos, destacando los logros y reafirmando el autocontrol personal. (45)

INTERVENCIONES GRUPALES CON USUARIOS

Psicoeducación grupal.

Consiste en la entrega sistemática de información sobre los síntomas, la etiología, el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

Las áreas a abordar deben comprender la evolución natural de la enfermedad, los distintos tratamientos disponibles, los dispositivos y personal que participará en el tratamiento, la naturaleza variable y posibles cursos de la recuperación y la repercusión de la enfermedad en el proyecto vital de la persona. (3,7,8,9,43,44)

En relación con los contenidos, además de todo lo concerniente a la enfermedad, se deben enfatizar temas tales como la prevención del abuso de sustancias, los cuidados para evitar las recaídas y los derechos de la persona enferma.

Intervenciones grupales

Se centran en el refuerzo y desarrollo de las habilidades sociales, en el manejo de situaciones ambientales que generan estrés y en el entrenamiento en resolución de problemas. (42,45,47)

El área a intervenir dependerá de las necesidades grupales evaluadas por el equipo de salud. Además, la intervención requiere previamente una planificación individual de los objetivos a lograr en el sujeto a través del trabajo grupal. Estos se describen operacionalmente de forma que sea fácil su posterior evaluación.

Apresto educacional y/o laboral

En aquellas personas en las cuales la crisis produce un deterioro muy significativo en sus capacidades para reintegrarse al mundo escolar o laboral, o que anteriormente a la crisis no estaban insertas en el sistema educacional o en un trabajo, se deben realizar intervenciones específicas que las preparen para su posterior inserción. Estas acciones de apresto educacional y/o laboral podrían iniciarse en el centro de salud, pero procurando la más pronta inserción en espacios normalizados de estudio o trabajo, de acuerdo a los intereses y habilidades de la persona. (42,48)

INTERVENCIONES FAMILIARES

Psicoeducación familiar.

Consiste en la entrega sistemática de información respecto de la enfermedad y sus consecuencias. El propósito es entregar a la familia un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias y proveerlas de estrategias prácticas que le ayuden en su relación con el miembro que sufre una enfermedad mental. (45)

Los contenidos deben estar orientados a educar a la familia sobre la naturaleza del trastorno mental, a ayudar a la familia a comprender la nueva realidad y a establecer objetivos realistas y factibles para la recuperación de su familiar.

La psicoeducación se puede realizar con una sola familia o en un grupo de familias, dependiendo de las necesidades de éstas y de los recursos del sistema sanitario. Los grupos de familias pueden o no incluir al usuario, de acuerdo al modelo que se utilice. (45)

- Educación a familias individuales: Está destinada a entregar información esencial a la familia sobre el trastorno mental de su pariente. El trabajo con una familia permite que los contenidos puedan ser ajustados de acuerdo al nivel educacional y cultural de los distintos miembros de la familia de tal manera de optimizar la comprensión de éstos.
- Grupos multifamiliares: Además de la entrega de información, esta modalidad de intervención está destinada a potenciar los recursos propios de enfrentamiento con que cuentan las familias, a través de compartir experiencias sobre las vivencias y formas de enfrentar la enfermedad

Intervención familiar

Está destinada a dotar a la familia de los recursos necesarios para dominar y controlar las circunstancias que rodean sus vidas y a superar la crisis vivida después de la aparición de un trastorno psicótico en uno de sus miembros

Se debe realizar con la mayor cantidad de los miembros de la familia, con o sin el usuario, de acuerdo al estado de la evolución de éste. Se trabaja la resolución de problemas y los estilos de comunicación al interior de la familia. Existen algunos aspectos claves a trabajar con la familia en su conjunto, por ejemplo: los efectos de la psicosis en la estructura familiar, el efecto de la psicosis en cada uno de los miembros de la familia, la frustración y los cambios de expectativas, reformulación de proyectos de vida, capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas, etc. (3,6,7,8,9,45)

INTERVENCIONES SOCIAL-COMUNITARIAS

Están destinadas a mantener vinculación del usuario con la comunidad, a identificar recursos comunitarios en los ámbitos de interés del usuario, a hacer partícipe a la comunidad del proceso de recuperación de la persona y a mantener o evitar la pérdida de

habilidades sociales, académicas y profesionales. Estas intervenciones pueden desarrollarse en forma simultánea en distintas áreas.

- Vocacional-Laboral: Se debe trabajar en la mantención de la persona en su colegio o su trabajo. Si esto no es posible, se trabaja en la conservación o desarrollo de hábitos de estudio o trabajo, para su reincorporación educativa o una formación para el trabajo. Se debe trabajar sobre la base de un programa específico, de acuerdo a las necesidades del usuario y que pueda ser monitorizado por algún miembro del equipo de salud. En lo posible, se debe utilizar los servicios educativos y profesionales de la población general. (42)
- Actividades de uso del tiempo libre: Tienen como finalidad mantener la interacción social y evitar el aislamiento y la inactividad. Se debe estimular las propuestas y la creatividad personales y grupales en el uso del tiempo libre. Se debe promover la participación en la comunidad a través del conocimiento y la utilización de los recursos comunitarios, y la incorporación a las actividades deportivas, culturales, recreativas y de ciudadanía que en ella se realizan. Se debe estimular, además la incorporación del usuario en algún grupo de su comunidad de acuerdo a sus intereses individuales. (42)
- Actividades de interacción social: Se debe trabajar dirigidamente en el enriquecimiento de las interacciones sociales. Se puede trabajar de manera individual o grupal aspectos tales como las relaciones sociales y las habilidades necesarias para asumir roles o la necesidad de mantener las redes del usuario, o incentivarlas si éstas son insuficientes. (42,45) Se utiliza la auto expresión y desarrollo de la confianza a través de la participación del usuario en la conversación y actividades grupales o de actividades artísticas como la pintura, el teatro, la música, la danza, etc.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA FASE DE INTEGRACION SOCIAL

En esta fase se deben considerar las intervenciones que contribuyan a la permanencia del individuo en su entorno natural y a mejorar su calidad de vida.

Objetivos:

- Consolidar la integración de la persona a su entorno social, educacional o laboral
- Mejorar la calidad de vida del usuario y su familia
- Prevenir las recaídas

INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Se sigue trabajando en el acompañamiento y seguimiento de la persona ya inserta en su entorno social. Las áreas a trabajar comprenden la estructuración de rutinas, el cumplimiento de pequeñas metas y la evaluación y retroalimentación de los logros alcanzados.

INTERVENCIONES FAMILIARES

Se continúa con psicoeducación e intervenciones familiares pero privilegiando el trabajo en el domicilio de la persona. En esta etapa, las áreas a abordar comprenden, por una parte, la profundización de la comprensión de la forma de acompañar a su familiar afectado en el desarrollo de un nuevo proyecto vital y, por otra, el aprendizaje por parte de los distintos miembros de la familia de los procedimientos para el manejo adecuado de eventuales crisis. (3,9,12,45)

INTERVENCIONES SOCIAL-COMUNITARIAS

En esta etapa, las intervenciones comunitarias deben estar centradas en fortalecer y profundizar el vínculo entre el usuario y la comunidad. (3,4,44) Esto incluye una acabada evaluación de las necesidades del sujeto en el ámbito de sus redes sociales y un catastro de la oferta comunitaria en los ámbitos de interés para la persona (vocacional, laboral, social, etc), de las organizaciones de la comunidad y de la sociedad civil en su conjunto.

Se debe, además, establecer el contacto con estos distintos actores sociales y definir estrategias particulares de intervención. Se debe favorecer la realización de reuniones de coordinación donde participen los distintos actores involucrados para diseñar en conjunto una estrategia de intervención y comprometer los recursos de los diversos miembros de la red.

En esta etapa se consolida la incorporación de la persona a sus espacios comunitarios normales, especialmente en el plano académico y laboral. En este modelo, la persona se incorpora inmediatamente al colegio o trabajo, y es aquí donde se realiza el entrenamiento en habilidades laborales o de estudio básicas y en las destrezas laborales o de estudio propias de la tarea. (42,44)

Para aquellas personas que tengan necesidad de un apoyo especial, será necesario trabajar bajo el modelo de empleo con apoyo, donde un entrenador laboral realice la el proceso de intermediación entre el usuario y el puesto laboral. (7,8,9,42,48)

INTERVENCIONES EN SITUACIONES CLINICAS ESPECIALES

Personas con retardo mental

En los casos en que la cuantía del déficit dificulte la participación de la persona en las intervenciones determinadas para la fase de la evolución de la esquizofrenia, es necesario realizar algunas intervenciones específicas previas con el objeto de estimular la confianza y el establecimiento de niveles de comunicación que permitan el adecuado trabajo posterior.

En las situaciones en las cuales esto no es posible, se debe enfatizar las intervenciones que faciliten la adaptación de la persona a su entorno y el manejo de las conductas más disruptivas. Las intervenciones más efectivas son aquellas que, desde un modelo conductual, permiten estructurar las rutinas diarias del individuo y su incorporación en actividades que le resulten gratificantes.

En otro sentido, se debe apoyar a la familia a través del entrenamiento en el manejo de pautas conductuales para el manejo de las diferentes situaciones que se presentan en la relación con el paciente.

Personas con síntomas positivos persistentes

Si a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado, la persona presenta síntomas psicóticos persistentes que interfieren significativamente en su integración con su entorno natural, es necesario realizar intervenciones que permitan un mejor funcionamiento del individuo.

En estas situaciones se recomienda realizar una terapia específica destinada a reducir la angustia e interferencia producidas por la sintomatología psicótica y a promover en el individuo una comprensión de la psicosis que le permita una participación activa en el proceso de su recuperación frente a la discapacidad social que genera la psicosis. El formato recomendado para esta intervención es el de una terapia cognitiva conductual, estructurada específicamente para el manejo de síntomas psicóticos positivos persistentes. (8,9,44,49)

Personas con riesgo suicida

En aquellos individuos en los que existe un riesgo suicida importante, es necesario diseñar estrategias de intervención que permitan un seguimiento más estrecho de la persona y el apoyo para reducir la angustia que le genera la enfermedad y los conflictos que puedan estar actuando. Para ello, es necesario desarrollar intervenciones psicoterapéuticas individuales focalizadas en los conflictos específicos de su situación de vida. (42)

En las personas en las cuales el riesgo suicida procede principalmente de las vivencias de depresión y de desesperanza que genera la comprensión del significado de quiebre en el proyecto vital que implica la aparición de la psicosis, es necesario desarrollar una psicoterapia individual con foco en los conflictos en los distintos ámbitos de su vida y en la reelaboración de un proyecto de vida significativo en las nuevas circunstancias. (45)

6. RECOMENDACIONES SEGUN DE NIVEL DE EVIDENCIA

RESUMEN DE RECOMENDACIONES. TIPO DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACION

Adaptado de “Psychosocial Interventions For The Management Of Schizophrenia. A National Clinical Guideline” (9) y “Core Interventions In The Treatment And Management Of Schizophrenia In Primary And Secondary Care” (8)

RECOMENDACION	TIPO DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACION	REFERENCIA
RECOMENDACIONES GENERALES EN EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA			
Las personas afectadas que buscan ayuda, y sus familiares, deben ser evaluados y recibir tratamiento lo más pronto posible		BPC	8
Los profesionales de la salud deben trabajar en conjunto con los usuarios y familiares ofreciendo ayuda, tratamiento y cuidados en una atmósfera de esperanza y optimismo		BPC	8
La evaluación de las necesidades de salud y de soporte social de las personas con esquizofrenia debe ser comprensiva y abarcar aspectos médicos, sociales, psicológicos, ocupacionales, económicos, físicos y culturales		BPC	8
Los profesionales deben hacer sus mayores esfuerzos para obtener un consentimiento informado del paciente antes de iniciar el tratamiento, dándole un tiempo adecuado para ello e información escrita		BPC	8
El tratamiento de los individuos con esquizofrenia requiere una aproximación multidisciplinaria coordinada	6	C	9
Se debe diseñar un plan individualizado que especifique todos los aspectos del cuidado	6	C	9
Se debe tener cuidado de evitar las intervenciones demasiado estresantes que pueden resultar en un empeoramiento de los síntomas psicóticos	6	C	9
RECOMENDACIONES PARA LA FASE AGUDA			
Considerando que las personas con un posible diagnóstico de esquizofrenia tienen dificultades para obtener tratamiento y cuidados en una etapa temprana, es necesario desarrollar servicios que respondan prontamente a esta demanda		BPC	8
Es recomendable utilizar los antipsicóticos atípicos como elección de primera línea para el tratamiento de personas en los cuales por primera vez se hace el diagnóstico de esquizofrenia		A	8
La familia y los cuidadores deben ser involucrados desde un principio (con el consentimiento del paciente)	3	B	9
Una vez que se ha establecido el diagnóstico, se le	3	B	9

debe dar información a los familiares y cuidadores respecto de la enfermedad, su etiología, su curso, su tratamiento y los recursos disponibles, incluyendo información respecto de grupos de autoayuda			
La psicoeducación, en comparación con los cuidados habituales para personas con esquizofrenia, disminuye significativamente la tasa de recaídas en períodos de 9 a 18 meses y tiene un efecto positivo en el bienestar personal	2		8,9,14,43
La información debe ser entregada por un profesional de la salud experimentado que se encuentra familiarizado con las preocupaciones y circunstancias de los familiares y cuidadores	2	A	9
La información puede no ser asimilada en una sesión y puede ser necesaria su repetición		BPC	8
Los equipos de Psiquiatría comunitaria son una forma aceptable de organización de los cuidados comunitarios y pueden tener el potencial para coordinar e integrar efectivamente otros recursos comunitarios en el tratamiento de personas con esquizofrenia. Sin embargo, existe evidencia insuficiente respecto de sus ventajas como para fundamentar una recomendación que dificulte o inhiba el desarrollo de otras alternativas de servicios		C	8
Los equipos de crisis o de tratamiento domiciliario debiesen ser utilizados como un medio de manejar las crisis de los usuarios y como una forma de entregar un cuidado agudo de alta calidad.		B	8
Los hospitales de día para agudos deben ser considerados como una opción clínica costo-efectiva para los cuidados agudos, tanto como una alternativa a la hospitalización completa, como para facilitar el alta de pacientes internados		A	8,29
RECOMENDACIONES PARA LA FASE DE RECUPERACION			
Se debe desarrollar un programa de educación para los pacientes, dando información respecto de la enfermedad y de los beneficios y efectos colaterales de los medicamentos, el cual debe permitir una mejor aceptación del paciente	2	A	8,9,14,43
La información debe ser entregada de una manera que cumpla con las necesidades del individuo		BPC	8
Después de la evaluación diagnóstica, en algunos casos se debe implementar programas de intervención familiar	2	A	9,14,44
Las intervenciones familiares, en comparación con el cuidado habitual de las personas afectadas de esquizofrenia, reduce significativamente la tasa de recaídas en 12 y 24 meses. No se ha encontrado diferencias significativas entre las intervenciones con una familia y las intervenciones multifamiliares.	2		14,46,47

El programa de intervención familiar debe incluir: un programa educacional, el análisis de las relaciones y funcionamiento familiar, sesiones familiares para abordar los problemas identificados en el análisis y grupos de apoyo para los familiares		A	8,9
Los programas de intervención familiar deben ser integrados con los otros aspectos del cuidado		BPC	8
Las relaciones familiares deben ser evaluadas para identificar la necesidad de sesiones familiares para abordar las dificultades de relación	6	C	9,44
Los programas de intervención deben continuar por lo menos por nueve meses con sesiones familiares, al menos, una vez por mes	6	C	9
La terapia cognitivo conductual debiese ser una opción de tratamiento para algunas personas afectadas de esquizofrenia		A	8,9,49
La terapia conductual podría mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, en comparación con los cuidados habituales. En comparación con la psicoeducación, las intervenciones conductuales muestran mejores resultados sobre la adherencia	4		14,49
Los programas de intervenciones terapéuticas deben ser desarrollados por profesionales entrenados	2	A	8,9
RECOMENDACIONES PARA LA FASE DE INTEGRACION SOCIAL			
Se debe realizar periódicamente una evaluación completa de las necesidades de salud y sociales, que incluya aspectos de condiciones materiales y calidad de vida		BPC	8
La terapia cognitivo conductual debiese ser considerada para los síntomas psicóticos muy perturbadores o que son resistentes a los tratamientos convencionales	3	A	49
Cuando se realizan intervenciones familiares, el usuario debiese ser incluido en las sesiones ya que mejora significativamente los resultados		B	8
El empleo apoyado es significativamente más efectivo para mantener en un empleo competitivo a las personas afectadas de esquizofrenia, en comparación con el entrenamiento prevocacional en un período de 18 meses. No existe evidencia de que el entrenamiento prevocacional sea más efectivo que los cuidados habituales	3	B	48
Los programas de empleo protegido son una alternativa para quienes deseen volver al trabajo. Sin embargo, no debe ser la única actividad ofrecida cuando hay individuos que no están en condiciones de trabajar o fracasan reiteradamente en la búsqueda de empleo		C	8
Los servicios de salud mental debiesen estimular a las personas a utilizar las posibilidades ocupacionales		BPC	8

existentes en la comunidad			
Los médicos generales y otros trabajadores de la salud primaria debiesen controlar regularmente la salud física de las personas con esquizofrenia. La frecuencia de los controles debe ser acordada entre el usuario y los profesionales involucrados en su control		BPC	8
Los controles de salud deben estar atentos a trastornos endocrinos como diabetes e hiperprolactinemia, factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y la dislipidemia, efectos colaterales de los medicamentos y a factores del estilo de vida, como el tabaquismo		BPC	8

Grados de Recomendación:

A: Requiere a lo menos un estudio randomizado controlado como parte de un cuerpo de trabajos de buena calidad que apunta consistentemente a la recomendación específica.

B: Requiere la existencia de estudios clínicos bien conducidos pero no estudios clínicos randomizados en el área de la recomendación.

C: Requiere evidencia obtenida de comités de expertos y/o la experiencia clínica de autoridades respetadas en el tema. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad aplicables a la recomendación.

BPC: Recomendación de buena práctica basada en la experiencia clínica del grupo de trabajo elaborador de la guía clínica

Tipos de Evidencia:

Tipo 1: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados y metodológicamente válidos; ensayos clínicos randomizados de alto poder que estén libres de sesgos mayores.

Tipo 2: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados o ensayos clínicos randomizados sin los resguardos metodológicos apropiados para evitar sesgos.

Tipo 3: Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos; estudios de cohorte o casos y controles con bajo riesgo de sesgo, confusión o azar y buena probabilidad que la relación sea causal.

Tipo 4: Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de sesgo, confusión o azar y de que la relación no sea causal.

Tipo 5: Estudios no analíticos; ej. series de casos, reportes de casos.

Tipo 6: Opinión de expertos, en ausencia de evidencia de los niveles anteriores.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.
EVIDENCIA QUE LA SUSTENTA

RECOMENDACION	TIPO DE EVIDENCIA	REFERENCIA
La clorpromazina, en comparación con placebo, reduce significativamente las recaídas en períodos de 6 meses a 2 años y promueve una mejoría global en los síntomas y en el funcionamiento. En comparación con placebo, la clorpromazina provoca más sedación, distonía aguda, parkinsonismo, disminución de la PA acompañada de mareo y aumento de peso.	1	14,23
El haloperidol, en comparación con placebo, aumenta la proporción de personas con mejorías significativas en períodos de 6 meses a 2 años. Su uso se encuentra asociado con distonía aguda, akatisia y parkinsonismo.	1	14,22
El sulpiride, en comparación con placebo, aumenta la proporción de personas con mejorías significativas en períodos de 10 semanas. En comparación con neurolépticos clásicos no se encuentran diferencias significativas en la proporción de personas que mejoran. En comparación con neurolépticos clásicos, se asocia con un menor uso de antiparkinsonianos.	2	14,24
La risperidona, en comparación con neurolépticos clásicos, presenta una eficacia, a lo menos, similar. Su perfil de efectos adversos destaca por una menor proporción de personas con efectos extrapiramidales y de somnolencia diurna. En comparación con otros antipsicóticos atípicos, la risperidona, no se encuentra diferencias significativas.	1	14,15,16
La olanzapina, en comparación con neurolépticos clásicos, presenta una eficacia similar con mucho menos síntomas extrapiramidales, pero con más aumento de peso.	2	14,17
La ziprazidona es un antipsicótico efectivo con menos efectos extrapiramidales que el haloperidol, pero causa más náuseas y vómitos que los antipsicóticos clásicos.	2	14,18
La quetiapina, en comparación con neurolépticos clásicos, presenta una eficacia similar, con menor incidencia de parkinsonismo, acatisia y distonía.	2	14,19
El Amisulpride es un antipsicótico efectivo, con menos efectos extrapiramidales que los neurolépticos clásicos.	2	14,20
La clozapina, en comparación con neurolépticos clásicos, es más efectiva en la reducción de síntomas, en obtener mejoría clínica significativa y en la disminución de las recaídas. Estas diferencias son más significativas en personas resistentes a neurolépticos clásicos.	1	14,25
No existe evidencia para afirmar la superioridad de un antipsicótico atípico sobre otro (excepto clozapina). En comparación con la clozapina, los otros antipsicóticos atípicos no han mostrado aún una efectividad y tolerabilidad equivalente. Las diferencias principales están en el perfil distinto de efectos colaterales. La clozapina se asocia más con fatiga, sialorrea, náuseas, mareos ortostáticos y con discracias sanguíneas. Todos los otros, excepto olanzapina, producen más síntomas extrapiramidales.	2	21,26

Para una persona afectada por un primer episodio de esquizofrenia, debiera intentarse su tratamiento con dosis de antipsicóticos cercanas al límite inferior del rango (equivalente a 300-500 mg/día de clorpromazina)	3	13
Considerando que no existe evidencia que muestre superioridad de un antipsicótico sobre otro en el tratamiento de los síntomas positivos de un primer episodio (excepto clozapina en pacientes refractarios), la elección de un tratamiento debe ser realizada considerando la aceptabilidad del paciente, el perfil de efectos colaterales y el planeamiento del tratamiento a largo plazo.	6	13
Se considera 3 semanas como el período mínimo para un ensayo terapéutico adecuado. Si se observa una respuesta parcial en ese período, se debe continuar con el medicamento, optimizando la dosis, hasta un plazo de 6 semanas.	1	11
En general, la persistencia de síntomas positivos considerados moderados debiese llevar a un cambio de medicamentos, a menos que existan antecedentes clínicos que hagan poco probable una mejoría adicional con el cambio.	1	11
Si existe una buena respuesta antipsicótica pero efectos colaterales significativos, se debe intentar su manejo con la adición de medicamentos adjuntos.	6	11
Se debe realizar un tratamiento con clozapina en pacientes cuyos síntomas no han respondido adecuadamente a dos tratamientos previos con antipsicóticos distintos. El plazo mínimo para evaluar el tratamiento con clozapina es de 3 meses.	1	14,21,25,27
Se debe considerar el tratamiento con clozapina para pacientes con conductas violentas repetidas y síntomas psicóticos que no responden al tratamiento con medicamentos adjuntos.	3	11
Se debe considerar la clozapina como una alternativa para pacientes que requieren tratamiento antipsicótico pero desarrollan efectos colaterales severos e intolerables, tales como diskinesia tardía, distonía persistente o síndrome neuroléptico maligno.	4	11,21,25,27
El mantenimiento del tratamiento antipsicótico, por lo menos, por 6 meses después del episodio agudo, disminuye significativamente las tasas de recaída	1	14

Tipos de Evidencia:

Tipo 1: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados y metodológicamente válidos; ensayos clínicos randomizados de alto poder que estén libres de sesgos mayores.

Tipo 2: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados o ensayos clínicos randomizados sin los resguardos metodológicos apropiados para evitar sesgos.

Tipo 3: Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos; estudios de cohorte o casos y controles con bajo riesgo de sesgo, confusión o azar y buena probabilidad que la relación sea causal.

Tipo 4: Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de sesgo, confusión o azar y de que la relación no sea causal.

Tipo 5: Estudios no analíticos; ej. series de casos, reportes de casos.

Tipo 6: Opinión de expertos, en ausencia de evidencia de los niveles anteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J, " Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature", Canadian Journal of Psychiatry, 2002; 47: 833-843
2. "Estudio de Carga de Enfermedad", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 1996
3. "Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia", Sociedad Española de Psiquiatría, 1998
4. "Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas afectadas de Esquizofrenia", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
5. Silva H, "Esquizofrenia", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000
6. "Practical Guide for Schizophrenia Management", Canadian Psychiatric Association, 2000
7. "Practice Guideline for the Treatment of Patients whit Schizophrenia", Second Edition, American Psychiatric Association, 2004
8. "Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline", National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, England, 2002
9. "Psychosocial Interventions for the Management of Schizophrenia. A national Clinical Guideline", Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Sign Publication N° 30, Edimburgh, Scotland, 1998
10. "Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los establecimientos que las proporcionan", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
11. Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, Crismon ML, Rush AJ, Shon SP, "The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) Schizophrenia Algorithms", J Clin Psychiatry 1999; 60: 649-57
12. "Treatment of Schizophrenia", Expert Consensus Guidelines Series, J Clin Psychiatry 1999, Vol 60, (Suppl 11)
13. Lehman A, Steinwachs D, "At issue: Translating Research into Practice: The Schizophrenia Patients Outcome Research (PORT) Treatment Recommendations", Schizophrenia Bulletin 1998; 24(1): 1-10
14. "Clinical Evidence Mental Health", Issue 8, 2002, BMI Publishing Group, London, United Kingdom

15. Hunter RH, Joy CB, Kennedy E, Gilbody SM, Song F, "Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
16. Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A, "Risperidone versus other atypical antipsychotic medication for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
17. Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S, "Olanzapine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
18. Bagnall AM, Lewis RA, Leitner ML, "Ziprazidone for schizophrenia and severe mental illness", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
19. Srisurapanont M, Disayavanish C, Taimkaew K, "Quetiapine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
20. Mota-Neto JIS, Lima MS, Soares BGO, "Amisulpride for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
21. Tuunainen A, Wahlbeck K, Gilbody SM, "Newer antipsychotic medication versus clozapine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
22. Joy CB, Adams CE, Lawrie SM, "Haloperidol versus placebo for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 4, 2003, Oxford: Update Software Ltd
23. Thornley B, Rathbone J, Adams CE, Awad G, "Clorpromazine versus placebo for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 4, 2003, Oxford: Update Software Ltd
24. Soares BGO, Fenton M, Chue P, "Sulpiride for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
25. Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA, "Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
26. Bagnall AM, Jones L, Ginelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, "A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia", Health Technology Assessment (HTA), 2003, Vol 7, N° 13
27. "Full Guidance on the use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia", Technology Appraisal Guidance N° 43, National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, England, 2002
28. Adams CE, Eisenbruch M, "Depot Fluphenazine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd

29. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D, "Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders", from The Cochrane Library, Issue 1, 2003, Oxford: Update Software Ltd
30. "Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2003
31. "Norma Técnica: Uso de Clozapina", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
32. Tharyan P, Adams CE, "Electroconvulsive therapy for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
33. "Norma Técnica: Terapia Electroconvulsiva Modificada", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
34. "Consenso Español sobre Terapia Electroconvulsiva", Sociedad Española de Psiquiatría, 1999
35. Sailas E, Fenton M, "Seclusion and restraint for people with serious mental illness", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
36. "Norma Técnica: Medidas de Contención para Personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora", Ministerio de Salud, Santiago, Chile 2003
37. Meltzer H, Alphas L, Green L, Altamura C, Anand R, Bertoldi A, Burgueois M, Chouinard G, Islam Z, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S, "Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia", Archives of General Psychiatry; 2003; 60: 82-91
38. Leucht S, McGrath J, Kissling W, "Lithium for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
39. Basan A, Leucht S, "Valproate for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 4, 2004, Oxford: Update Software Ltd
40. Leucht S, McGrath J, Kissling W, "Carbamazepine for schizophrenia and schizoaffective psychoses", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
41. Jerez S, "Otras Psicosis", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000
42. "Guía de Práctica Clínica para la Atención al Paciente Ambulatorio con Esquizofrenia", Agencia D'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques, Barcelona, España 2003
43. Pekkala E, Merinder L, "Psychoeducation for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd

44. Mueser K, et al, "Tratamientos basados en la comunidad para la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Resultados", Medscape Mental Health, 2001 (traducción de Fernando Pérez Pacho, Servicio de Salud Mental del Consell Insular de Menorca, España)
45. Vallina O, Lemos S, "Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia", Psicothema; 2001; 13: 345-364
46. Pharoa FM, Mari JJ, Streiner D, "Family interventions for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
47. Dixon L, McFarlane W, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, Mueser K, Miklowitz D, Solomon P, Sondheim D, "Evidenced-based practices for services to families of people whit psychiatric dissabilities", Psychiatric Services, 2001; 52: 903-911
48. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P, "Vocational rehabilitation for people whit severe mental illness", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
49. Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira DA Mota Neto J, "Cognitive behaviour therapy for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd

ANEXOS

ANEXO 1: CIE-10: Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, F20 al F29

ANEXO 2: CIE 10: Versión multiaxial para adultos, ejes II y III

ANEXO 3: CIE 10: Versión multiaxial para niños y adolescentes, ejes V y VI

ANEXO 4: Escala de Síndromes Positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS)

ANEXO 5: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF)

ANEXO 6: Escala de Impresión Clínica Global (CGI)

ANEXO 7: Criterios de evaluación para monitorear la implementación de protocolo auge primer episodio de esquizofrenia

CATEGORIAS CIE-10 INCLUIDAS EN PROTOCOLO AUGE ESQUIZOFRENIA : F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

F20 Esquizofrenia

- F20.0 Esquizofrenia paranoide
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica
- F20.2 Esquizofrenia catatónica
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
- F20.4 Depresión post-esquizofrénica
- F20.5 Esquizofrenia residual
- F20.6 Esquizofrenia simple
- F20.8 Otras esquizofrenias
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación

F21 Trastorno esquizotípico

F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes

- F22.0 Trastorno de ideas delirantes
- F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes
- F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorio

- F23.0 Trastorno psicótico poliformo sin síntomas de esquizofrenia
- F23.1 Trastorno psicótico agudo poliformo con síntomas de esquizofrenia
- F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
- F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios
- F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas

F25 Trastornos esquizoafectivos

- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
- F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos
- F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación

F28 Otros trastorno psicóticos no orgánicos

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 PARA ESQUIZOFRENIA

Presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos o más, si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un período de un mes o más.

- a) Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo, que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos", tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social

CIE 10 : VERSION MULTIAXIAL PARA ADULTOS EJES II y III

EJE II

DISCAPACIDADES

Este Eje sirve para valorar discapacidades en relación a las tareas y a las funciones que se espera que realice el individuo en su específica situación sociocultural. El término discapacidad ha sido seleccionado para evitar potenciales discordancias en el uso, por profesionales y profanos, de los términos de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). El término discapacidad abarca todos ellos, definidos de la siguiente manera:

Deficiencia (impairment): en el contexto de la experiencia sanitaria, una deficiencia es cualquier pérdida o anomalía de una estructura anatómica o de una función, fisiológica o psicológica;

Discapacidad (disability): en el contexto de la experiencia sanitaria, una discapacidad es cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad (como consecuencia de una anomalía) de la manera o con el nivel considerado como normal para un individuo en su situación sociocultural específica;

Minusvalías (handicap): en el contexto de la experiencia sanitaria, una minusvalía es un obstáculo que tiene un individuo, como resultado de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide que complete el papel que sería normal para ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural.

Escala de discapacidad de la OMS y su empleo

La Escala de discapacidad de la OMS ha surgido de las pautas de valoración psiquiátrica de discapacidades de la OMS. Es un sencillo instrumento diseñado para registrar la valoración clínica de las discapacidades causadas por los trastornos mentales y somáticos. El instrumento puede ser usado por un clínico especialista (p.e. psiquiatra, psicólogo clínico) y otro profesional sanitario (p.e., médico general, trabajador social) que tenga una experiencia previa en valorar el comportamiento y que esté familiarizado con el uso de ese instrumento.

La escala de discapacidad de la OMS no es un cuestionario y las puntuaciones deben basarse en el juicio clínico de la información obtenida al examinar al paciente; de la proveniente de informadores clave, tales como los miembros de la familia; de notas sobre el caso o de otros registros sobre el mismo; y de la observación del paciente. Para obtener una información relevante, el clínico debe familiarizarse con el contenido de las áreas específicas de las funciones cubiertas por este instrumento y, en el curso de la entrevista, debe hacer las preguntas adecuadas para ser capaz de valorar las discapacidades encontradas. Al valorar las discapacidades, el clínico debe tener en cuenta la gravedad o intensidad de la discapacidad (p.e., el número de tareas o de funciones que han sido afectadas) así como su duración (es decir, la cantidad de tiempo, en épocas pasadas, durante la cual se manifestó la discapacidad). Si una discapacidad es intensa pero de breve duración, puede ser puntuada al mismo nivel que una menos intensa manifestación de discapacidad que haya durado mucho más tiempo.

Antes de valorar la discapacidad en las áreas específicas de funcionamiento, el clínico debe decidir sobre el período de tiempo que quiere cubrir con la puntuación. La elección dependerá del propósito principal por el que se hace la valoración (p.e., planificación del tratamiento) o la situación particular y/o causa por la cual el paciente se evalúa (p.e., admisión en un hospital). Las opciones temporales ofrecidas por el instrumento son: "actual" (es decir, en el momento de la valoración); "último mes"; "último año" y "otro período (especificar tiempo)".

La discapacidad del paciente en áreas específicas del funcionamiento en el período de tiempo elegido debe ser evaluada frente al presumible funcionamiento “de nivel medio” o “normal” de una persona del mismo sexo, de similar edad y de formación y situación socio cultural parecida.

Puntuación

Se espera que el médico puntúe las discapacidades haciendo un círculo sobre la escala dada de 0 (“ninguna discapacidad”) a 5 (“discapacidad máxima”) para cada una de las áreas específicas de funcionamiento. En caso de duda, la regla general es que el médico seleccione el nivel numérico más bajo. Cuando una persona puede realizar una actividad porque es ayudada por alguien (p.e., familia, trabajador social, etc) el nivel real de discapacidad es el que debe puntuarse, y debe ponerse una señal en el lugar apropiado para indicar “funcionamiento con asistencia”.

Los puntos principales de la escala y sus definiciones son los siguientes:

0	Ninguna discapacidad	El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento (0%)
1	Discapacidad mínima	Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo (20%)
2	Discapacidad seria	Existe desviación llamativa de la norma, interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo (40%)
3	Discapacidad seria	Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o severamente discapacitado algún tiempo (60%)
4	Discapacidad muy seria	Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo (80%)
5	Discapacidad máxima	La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo (100%)

Definiciones de las áreas específicas de funcionamiento

A. Cuidado personal

El cuidado personal debe ser contemplado como una actividad guiada por normas sociales y convencionales. Se refiere a la higiene personal, la manera de vestir, la alimentación, etc. El fracaso en mantener niveles aceptables de cuidado personal interfiere con la participación social del paciente.

Para puntuar la discapacidad en esta área de funcionamiento, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a) Las actividades del paciente en lo referente al mantenimiento de la higiene personal y salud física (p.e., limpieza corporal, afeitado, limpieza de la ropa, etc.);
- b) Los hábitos alimentarios (p.e. ritmo regular de las comidas, pérdida o ganancia de peso, etc.);
- c) El cuidado que tiene el paciente de su casa y sus pertenencias.

Las preguntas claves que se habrán de responder son: ¿cuál es el estado de higiene personal del paciente?, ¿come regularmente?, ¿se preocupa de su apariencia?, ¿cómo está el cuarto del paciente en comparación con el resto de la casa?, etc.

B. Funcionamiento ocupacional

Esta área se refiere a las funciones como trabajador remunerado en su empleo, como estudiante, como ama de casa, etc. Para valorar la discapacidad en esta área de funcionamiento, hay que tener en cuenta:

- a) La conformidad del paciente con la disciplina del trabajo.
- b) La calidad de su trabajo.
- c) Su interés en mantener la ocupación.

Las preguntas claves que se habrán de responder son: ¿trabaja el paciente de manera regular?, ¿le gusta su trabajo?, ¿puede estar a la altura de lo que tiene que hacer?, etc. En el caso de un estudiante o de una ama de casa, adecuar las preguntas que deberían hacerse.

C. Funcionamiento en la familia

ESTA AREA SE REFIERE A LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA VIDA FAMILIAR (P.E., PAPEL MARITAL, RELACIONES PATERNO-FILIALES) Y A LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO DE LA CASA (P.E., REALIZACION DE TAREAS DOMESTICAS, COMIDAS FAMILIARES, ETC.). A LA HORA DE CONCEDER LA PUNTUACION, SE DEBE PRESTAR UNA ATENCION PARTICULAR A LO QUE HACE EL PACIENTE EN SU ESPECIFICO CONTEXTO VIVENCIAL.

Respecto al papel marital, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- a) La comunicación del paciente con su cónyuge.
- b) La capacidad del paciente para mostrar su afecto y su interés.
- c) El punto hasta el cual el paciente siente que su cónyuge es un soporte para él.

Para determinar la gravedad de la disfunción, el médico debería considerar si existen pruebas de: cualquier reducción en las áreas de comunicación entre el paciente y su cónyuge; cualquier reducción en el afecto mutuo y el apoyo entre los esposos; cualquier amenaza a la viabilidad del matrimonio; etc.

Las preguntas claves serán: ¿cómo describiría Ud. su matrimonio?, ¿es Ud. afectuoso?, ¿puede Ud. confiar en su cónyuge?, etc.

Respecto a las relaciones paterno-filiales del paciente debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a) Las actividades básicas que lleva a cabo el paciente para mantener la salud y la seguridad de ellos.
- b) El grado de unión con los hijos, la intensidad del afecto por ellos y el interés mostrado por el bienestar y el futuro de los mismos.
- c) Cualquier abuso en la función de padre o los posibles efectos negativos sobre los hijos.

PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD, EL MEDICO DEBE CONSIDERAR: LA FORMA EN QUE EL PACIENTE LLEVA A CABO ACTUALMENTE LAS TAREAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS HIJOS; LA IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL DESARROLLO Y LA VIDA DE SUS HIJOS; LA COMPETENCIA DEL PACIENTE PARA ESTAR CERCA Y RELACIONARSE CON SUS HIJOS, ETC.

Las preguntas claves que se habrán de responder son: ¿es el paciente un buen padre?, ¿está cerca de sus hijos?, etc.

Respecto a la participación del paciente en las actividades de la casa, debe ser tenido en cuenta lo siguiente:

- a) Las funciones y las obligaciones del paciente para mantener la familia como un grupo social viable.
- b) La manera en la que el paciente desarrolla sus papeles en la familia (p.e., esposo, padre/madre, hijo).

LAS PREGUNTAS CLAVES QUE SE HABRAN DE RESPONDER SON: ¿QUE CLASE DE COSAS HACE EL PACIENTE POR SU FAMILIA?, ¿DE QUE MANERA TOMA PARTE EN LAS ACTIVIDADES DE LA CASA?, ETC.

D. Funcionamiento en el contexto social en general

Esta área se refiere a lo que se espera que el paciente haga como miembro de una comunidad, su participación en actividades de ocio y en otras actividades sociales, etc. Aquí hay que considerar la adaptación del paciente a la vida con los demás fuera de su casa, y la manera en que se relaciona con el resto de la gente. También hay que considerar lo siguiente:

- a) La manera en que el paciente responde a las preguntas, ruegos y peticiones de la gente fuera del ambiente familiar.
- b) La buena disposición del paciente para convivir en un ambiente "impersonal" (p.e., compañeros de profesión, desconocidos en un autobús o en un comercio, etc.).
- c) El trato del paciente con gente que no aprecia fuera de su casa.
- d) La calidad y la cantidad de las relaciones con amigos y con personas fuera de su familia.
- e) El interés del paciente en actividades de ocio fuera del ambiente familiar.

Para determinar la gravedad de la discapacidad, el médico debe considerar si existen pruebas de: cualquier falta de cooperación por parte del paciente ante problemas sociales; cualquier consecuencia adversa para el paciente de su función social (p.e., restringida integración social); etc.

Las preguntas claves que habría que responder son: ¿cuál es el comportamiento del paciente con los extraños?, ¿cómo trata a la gente el paciente en el trabajo/la escuela/la universidad/el vecindario?, ¿cómo trata el paciente a la gente que no le gusta?, ¿hasta qué punto está el paciente inmerso en actividades de ocio y en actividades extrafamiliares o fuera de su casa?, etc.

ESCALA DE DISCAPACIDAD DE LA OMS

1.- PERIODO CUBIERTO POR LA VALORACION (marcar el cuadro apropiado)

- Actual
 Último mes
 Último año
 Otro periodo (especificar): _____

2.- AREAS ESPECIFICAS DE FUNCIONAMIENTO (marcar con un círculo la cifra apropiada):

a) Cuidado personal

Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

b) Funcionamiento ocupacional

Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

c) Funcionamiento familiar

Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

d) Funcionamiento en el contexto social amplio

Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio y en otras actividades sociales.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

3.- DURACION TOTAL DE LA DISCAPACIDAD (marcar el recuadro apropiado)

- Menos de un año
 Un año o más
 Desconocida

4.- CAPACIDADES ESPECIFICAS

ALGUNOS PACIENTES PUEDEN TENER UNA ALTA PUNTUACION DE DISCAPACIDAD EN UNA O MAS DE LAS AREAS ARRIBA MENCIONADAS Y, SIN EMBARGO, PUEDEN PRESENTAR HABILIDADES ESPECIFICAS QUE SON IMPORTANTES PARA EL MANEJO Y EL CUIDADO DEL FUNCIONAMIENTO DEL

INDIVIDUO EN LA COMUNIDAD O EN LA FAMILIA. EJEMPLOS DE ELLO PUEDEN SER: LA HABILIDAD PARA TOCAR UN INSTRUMENTO MUSICAL, LA BUENA APARIENCIA, LA FUERZA FISICA, SENTIRSE COMODO EN REUNIONES SOCIALES, ETC.

Marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas:

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

EJE III: FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES

El eje III proporciona al médico la oportunidad de valorar los factores ambientales y circunstanciales junto con los problemas derivados del estilo personal de vida y del manejo de su vida que tiene el enfermo, y que se considera que contribuyen de manera significativa a la génesis, presentación, curso y finalización, o que son importantes para el tratamiento, de los trastornos mentales y somáticos registrados en el eje I o que tienen una clara relevancia para el cuidado clínico de un episodio acaecido en el curso de una enfermedad.

La codificación por el médico tendrá lugar sólo si el factor ambiental o circunstancial ha sido de una duración o de una intensidad tal que ha influido, o ha tenido un papel significativo, en la situación que se analiza. Es importante tener muy en cuenta el trasfondo sociocultural del paciente cuando se quiere valorar la importancia de un factor en concreto (p.e., el fallecimiento de un familiar lejano puede ser de suficiente importancia, como para necesitar su codificación, en el caso de un paciente que vive dentro de una extensa familia, pero no en el caso de un paciente que vive en una familia nuclear).

Hay que tener en cuenta el tiempo que está presente el factor ambiental o circunstancial, pero siempre deben codificarse los factores que contribuyan de manera significativa a que exista la enfermedad en ese momento, con independencia del tiempo en que tuvo lugar el contacto con el factor (p.e., la muerte del cónyuge varios años antes debe ser codificada si el hecho es relevante para la situación actual, por el contrario, la muerte del cónyuge pocos meses antes no debe registrarse si se valora como no importante para que exista el episodio actual). Los factores de naturaleza crónica deben ser sólo codificados si se considera que son importantes para que exista la situación actual.

Los problemas (p.e., respecto al consumo de alcohol) que cumplen los criterios de un trastorno del eje I, no deben ser codificados en el eje III. Los factores considerados secundarios no deben ser codificados en el eje III. En el caso de algunos factores ambientales y circunstanciales, la codificación debe de ser realizada de acuerdo con su gravedad y con la influencia que tiene sobre el trastorno diagnosticado en el eje I.

La siguiente sección del libro contiene una lista y un glosario de definiciones de categorías seleccionadas de la CIE-10 desde Z00 a Z99, es decir, factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Capítulo XXI de la CIE-10). Debe ser usada por los médicos en la codificación de los factores ambientales y circunstanciales después de valorar los problemas ambientales y circunstanciales y del estilo personal de vida y del manejo de la misma, que contribuyan a la génesis, presentación y curso de los trastornos mentales y somáticos registrados en el eje I. Se debe dar un código XX si no existe ningún factor ambiental o circunstancial de los listados en las categorías Z de la CIE-10.

Relación de categorías seleccionadas del Capítulo Z de la CIE-10

y códigos específicos

- Z61 Problemas relaciones con hechos negativos en la niñez.**
- Z61.0 Pérdida de relación afectiva en la niñez**
Pérdida de una estrecha relación emocional, tal como la que se tiene con un padre, un hermano, un amigo muy especial o un animal muy querido, por fallecimiento, alejamiento permanente o rechazo.
- Z61.1 Cambio de domicilio durante la niñez**
Remisión a un hogar de adopción, hospital u otra institución que cause estrés psicosocial, o traslado forzado para realizar una actividad fuera del hogar durante un período prolongado de tiempo.
- Z61.3 Hechos que producen la pérdida de la autoestima en la niñez**
Hechos que producen una negativa valoración de sí mismo en el niño tales como el fracaso en tareas en las que se ha puesto un gran interés personal, descubrimiento de un acontecimiento familiar vergonzoso o estigmatizante y otras experiencias humillantes.
- Z61.6 Problemas relacionados con abusos físicos del niño**
Problemas relacionados con incidentes en los que el niño ha sido lesionado de gravedad en el pasado por cualquier adulto en el medio familiar (p.e., fracturas, contusiones importantes), o se ha visto implicado en formas anormales de violencia (p.e., ser golpeado con utensilios pesados o cortantes, recibir quemaduras o estar atado).
- Z61.7 Experiencias personales atemorizantes en la niñez**
Experiencias que originan un sentimiento de temor para la vida futura del niño tales como un secuestro, un desastre natural que amenaza su vida, lesiones con miedo a su seguridad o a su imagen, o ser testigo de un traumatismo grave de una persona querida.
- Z61.8 Otras experiencias negativas en la niñez**
- Z61.9 Otras experiencias inespecíficas en la niñez**
- Z62.0 Supervisión y control inadecuado de los padres**
Falta de conocimiento por parte de los padres de lo que el niño hace o de donde se encuentra; falta de control; falta de interés o de intervención adecuada cuando el niño se encuentra en una situación de riesgo.
- Z62.1 Superprotección de los padres**
Una pauta de superprotección conducirá a la infantilización e impedirá el desarrollo de un comportamiento independiente.
- Z62.2 Crianza en instituciones**
El cuidado en lugares en los que las responsabilidades de los padres están ampliamente desplazadas por alguna forma de dirección institucional (p.e., guarderías, orfanatos, hogares infantiles) o el tratamiento médico durante un tiempo prolongado que obliga al niño a permanecer en un hospital, o en una casa de convalecencia o centro similar, donde no puede convivir con el niño, por lo menos, uno de los padres.
- Z62.4 Abandono emocional del niño**

Trato de los padres rechazante o insensible con el niño. Falta de interés por el niño o por sus dificultades, sin intentar motivarle. Reacciones irritadas a comportamientos ansiosos y ausencia de suficiente confort físico y de afecto.

- Z62.5 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño.**
Falta de aprendizaje y de tiempo para juegos.
- Z62.8 Otros problemas específicos relacionados con la crianza**
- Z62.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con la crianza**

- Z55 Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo**
- Z55.0 Analfabetismo o bajo nivel de alfabetización**
- Z55.1 Escolarización no disponible o inalcanzable**
- Z55.2 Fracaso en los exámenes**
- Z55.3 Fracaso escolar**
Fracaso para alcanzar el nivel educativo esperado, teniendo en cuenta su bagaje sociocultural y la capacidad intelectual.
- Z55.4 Desajuste educativo y problemas con profesores y compañeros de clase**
Incapacidad para adaptarse al sistema educativo con sus consiguientes problemas de relaciones con los profesores y los compañeros.
- Z55.8 Otros problemas específicos relacionados con la educación y el alfabetismo**
Educación inadecuada.
- Z55.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con la educación y el alfabetismo**

- Z63 Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares.**
- Z63.0 Problemas en relación con conflictos entre esposos o pareja**
Desacuerdos entre los miembros de la pareja que producen graves o prolongadas pérdidas de control, sentimientos críticos y hostiles, o una persistente atmósfera de intensa violencia interpersonal (peleas o golpes).
- Z63.1 Problemas relacionados con padres o familia política**
- Z63.2 Soporte familiar inadecuado**
- Z63.3 Ausencia de un miembro de la familia**
- Z63.4 Desaparición o muerte de un miembro de la familia**
Fallecimiento de un miembro de la familia.
- Z63.5 Rotura de la familia por separación o divorcio**
Separación.
- Z63.6 Familiar dependiente que necesita cuidados en la casa**
- Z63.7 Otros hechos estresantes de la vida que afectan a la familia y al ambiente**

familiar (p.e., problemas de salud o aislamiento familiar).

Ansiedad (normal) por la existencia de una persona enferma en la familia.

Problemas de salud dentro de la familia

Miembro enfermo o trastornado de una familia

Aislamiento familiar

Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo de soporte primario

Discordia familiar sin especificación

Nivel emocional fuertemente expresado dentro de la familia

Comunicación inadecuada o distorsionada dentro de la familia

Z63.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con el grupo de soporte primario.

Z60 Problemas relacionados con el ambiente social

Z60.1 Situaciones familiares atípicas

Z60.2 Persona que vive sola

Z60.3 Dificultades en la adaptación cultural

Z60.4 Exclusión y rechazo social

EXCLUSION Y RECHAZO EN BASE A LAS CARACTERISTICAS PERSONALES, TALES COMO APARIENCIA FISICA, ENFERMEDAD O COMPORTAMIENTO INADECUADOS.

Excluye: blanco de discriminaciones por razones raciales o religiosas (Z60.5)

Z60.5 Blanco consciente de discriminación y persecución

Persecución o discriminación, sentida o real, en base a ser miembro de algún grupo especial (definido por el color, la religión, el origen étnico, etc.) más que por las características personales.

Excluye: exclusión y rechazo social (Z60.4)

Z60.8 Otros problemas específicos relacionados con el ambiente social

Z60.9 Otros problemas no especificados relacionados con el ambiente social.

Z59 Problemas relacionados con circunstancias económicas y la vivienda

Z59.0 Carencia de hogar

Z59.1 Casa inadecuada o institución residencial

Falta de calefacción

Falta de espacio

Defectos técnicos del hogar que impiden su mantenimiento adecuado

Vecindario insatisfactorio

Excluye: problemas relacionados con el medio ambiente físico (Z58)

Z59.2 Disputas con los vecinos, los propietarios o los alquilados

Z59.3 Problemas relacionados con el residir en una institución

Vivir en un internado

Excluye: crianza en una institución (Z62.2)

- Z59.5 Pobreza extrema**
- Z59.6 Ingresos insuficientes para cubrir las necesidades diarias**
- Z59.7 Insuficiente apoyo y cuidado por parte de los seguros sociales**
Falta de ayuda adecuada por parte de la comunidad para solucionar los problemas satisfactoriamente.
- Z59.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con circunstancias económicas y vivienda.**

- Z56 Problemas relacionados con el empleo y el desempleo**
- Z56.0 Desempleo, sin especificación**
- Z56.1 Cambio de trabajo**
- Z56.2 Miedo a perder el trabajo**
- Z56.3 Trabajo estresante**
- Z56.4 Disputas entre jefe y trabajadores**
- Z56.5 Trabajo con el que no se congenia; condiciones difíciles en el trabajo**
- Z56.6 Otros problemas físicos o mentales específicos relacionados con el trabajo**
- Z56.7 Otros problemas no especificados relacionados con el empleo**

- Z58 Problemas relacionados con el medio ambiente físico**
- Z58.7 Exposición, por razón de trabajo, a factores de riesgo (ruido, radiación, polvo, agentes tóxicos en agricultura o industria).**
- Z58.8 Exposición, no por razones de trabajo, a factores medioambientales lesivos (ruido, radiación, aire, agua, aceite, polvo y otros agentes contaminantes).**

- Z64 Problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales**
- Z64.0 Problemas relacionados con embarazo no deseado**
- Z64.1 Problemas relacionados con partos múltiples**
- Z64.4 Desacuerdos con consejeros, supervisores de libertad condicional, trabajadores sociales.**

- Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales**
- Z65.0 Condena en procesos civiles o penales sin pena de cárcel**

- Z65.1 Pena de cárcel u otra privación de libertad**
- Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arrestos, juicios, procesamientos).**
 - Arrestos
 - Procesos para custodia de niños o pensiones
 - Juicios
 - Procesamientos
- Z65.4 Víctima de crimen o terrorismo (incluyendo tortura)**
- Z65.5 Vivencia de desastres, guerras y otras catástrofes**

Problemas relacionados con antecedentes familiares de enfermedades o discapacidades

- Z81 Antecedentes familiares de alteraciones mentales o del comportamiento**
 - Antecedentes familiares de alcoholismo
 - Antecedentes familiares de tabaquismo
 - Antecedentes familiares de abuso de otras sustancias psicoactivas
 - Antecedentes familiares de consumo de sustancias de drogadicción
 - Antecedentes familiares de otras alteraciones mentales o del comportamiento
- Z82 Antecedentes familiares de ciertas discapacidades físicas o de enfermedades crónicas incapacitantes**
 - Antecedentes familiares de epilepsia y de otras enfermedades del sistema nervioso
 - Antecedentes familiares de ceguera y pérdida visual
 - Antecedentes familiares de sordera y pérdida de audición
 - Antecedentes familiares de accidente cerebrovascular
 - Antecedentes familiares de enfermedades coronarias y de otras enfermedades del sistema circulatorio.
 - Antecedentes familiares de asma o de otras enfermedades crónicas del aparato respiratorio bajo.
 - Antecedentes familiares de artritis y de otras enfermedades musculoesqueléticas o del tejido conjuntivo
 - Antecedentes familiares de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
 - Antecedentes familiares de otras discapacidades y de enfermedades crónicas incapacitantes no clasificadas en otro apartado.
- Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida**
 - Z72.0 Consumo de tabaco (excluyendo tabaquismo)**
 - Consumo de tabaco en una manera que influya en el trastorno del eje I, pero que sea insuficiente para cumplir los criterios de un trastorno del eje I.
 - Z72.1 Consumo de alcohol (excluyendo alcoholismo)**
 - Consumo de alcohol en una manera que influya en el trastorno del eje I, pero que sea insuficiente para cumplir los criterios de un trastorno del eje I.
 - Z72.2 Consumo de drogas (excluye el abuso de sustancias que no producen dependencia y la drogadicción).**
 - Consumo de drogas en una manera que influya en el trastorno del eje I, pero que sea insuficiente para cumplir los criterios de un trastorno del eje I.
 - Z72.3 Falta de ejercicio físico**

- Z72.4 Dieta inadecuada y malos hábitos alimentarios**
- Z72.5 Comportamiento sexual de alto riesgo**
- Z72.8 Otros problemas relacionados con el estilo de vida**
- Z72.9 Otros problemas no especificados relacionados con el estilo de vida**
- Z73.0 Agotamiento**
Estado de agotamiento vital
- Z73.1 Modelo de comportamiento tipo A (ambición sin límites, una necesidad de alcanzar las más altas cotas de importancia y éxitos, competitividad y sentido de la urgencia).**
- Z73.2 Falta de relajamiento y de tiempo para el ocio**
- Z73.3 Estrés, no clasificado en otro apartado**
- Z73.4 Comportamientos sociales inadecuados, no clasificados en otro apartado**
Incapacidad para cumplir con las normas sociales y con las expectativas creadas en base al contexto sociocultural de la persona.
- Z73.5 Conflicto con el papel social, no clasificado en otro apartado**
Experiencia de conflicto debido a las actitudes o comportamientos que exhibe una persona que son incompatibles con su papel en un contexto sociocultural determinado.
- Z73.8 Otros problemas específicos relacionados con las dificultades en el manejo de la vida.**
- Z73.9 Otros problemas no especificados relacionados con las dificultades en el manejo de la vida**

EL FORMULARIO PARA EL DIAGNOSTICO MULTIAXIAL DE LA CIE-10 Y SU EMPLEO

La valoración multiaxial de la CIE-10 es un procedimiento diagnóstico resumido, diseñado para proporcionar un retrato físico – psíquico – social de la situación clínica del paciente. La evaluación médica y la formulación multiaxial deben basarse en todas las informaciones disponibles acerca del enfermo incluyendo: resultados del examen clínico (tanto psiquiátrico como físico), datos obtenidos de parientes y otros informadores, revisiones de historias clínicas, pruebas diagnósticas y de laboratorio, resultados de test o de pruebas psicológicas, informes de trabajadores sociales, y datos de otras fuentes tales como los informes laborales o colegiales.

Los resultados de la evaluación clínica del paciente deben ser registrados en el impreso de formulación diagnóstica multiaxial de la CIE-10 que se muestra en las siguientes páginas del libro. Este impreso comprende una sección para registrar la información básica sobre el paciente, médico y tiempo de valoración, y otras tres secciones cada una de las cuales está dedicada a registrar y valorar la información pertinente respecto a los tres ejes del esquema. Antes de rellenar el impreso, el médico debe decidir el tiempo que va a cubrir con la valoración, es decir, la situación actual, el último mes, el último año o cualquier otro (que deberá especificar), e indicarlo en el propio impreso.

En la sección del impreso sobre el eje, el médico deberá relacionar todos los diagnósticos positivos de la CIE-10, tanto de enfermedades mentales (incluyendo aquí los trastornos de personalidad) como somáticas. Las categorías F00 a F99 para trastornos mentales y las A00-E90 y G00-Y98 para trastornos somáticos deben registrarse en el apartado “códigos de la CIE-10”. La lista de los diagnósticos y categorías de la CIE-10 que deben emplearse para los registros, se encuentra en la sección dedicada al eje I de este libro. Este capítulo comprende una relación y una serie de descripciones cortas de todas las categorías de trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99) de la CIE-10, así como otra relación de trastornos y problemas somáticos de la CIE-10 (A00-E90 y G00-Y98) asociados, con frecuencia, con los trastornos mentales y del comportamiento. Si el médico no encuentra el diagnóstico y la categoría en estas listas, debe anotar el diagnóstico clínico y dejar en blanco el espacio correspondiente a “códigos de la CIE-10”. En tal caso, el diagnóstico de la CI-10 y su respectivo código de la CIE-10 deberán escribirse más tarde después de consultar la versión completa de la CIE-10.

En el apartado correspondiente al eje II del impreso para la formulación diagnóstica multiaxial de la CIE-10, el médico deberá escribir la puntuación que resulte de aplicar la escala de discapacidad de la OMS. El empleo de dicha escala se describe detalladamente en la sección dedicada al eje II en esta publicación.

El apartado correspondiente al eje III del impreso mencionado, se dedica a registrar la valoración del médico de todos los factores ambientales y circunstanciales que haya tenido un papel importante en la génesis, presentación, curso y finalización de los trastornos registrados en el eje I, o que tienen una clara importancia para tratar al paciente. El médico debe hacer una relación de todos los factores ambientales y circunstanciales y acompañarlos de sus específicos códigos Z. Estos factores deben ser ordenados de acuerdo a su importancia. En la sección dedicada al eje III en este libro se puede encontrar una lista de los factores ambientales y circunstancias junto con sus respectivos códigos Z.

IMPRESO PARA FORMULACION DIAGNOSTICA MULTIAIXIAL DE LA CIE – 10

Nombre del Paciente o Número de Registro _____ Edad _____ Años Sexo (V/M) _____

Nombre del Médico o Número de Registro _____ Centro _____

Fecha de Valoración (día/mes/año)

Espacio de tiempo valorado (marcado con un círculo) actual / último mes / último año / otro periodo (especificar):

EJE I: DIAGNOSTICOS CLINICOS	
Anotar los posibles diagnósticos y sus respectivos códigos de la CIE-10 registrar tanto los trastornos mentales y físicos. Situar en primer lugar el diagnóstico principal. Emplear la lista de diagnóstico y categorías del CIE-10 proporcionada en la sección de este libro dedicada al eje 1.	
Diagnósticos	Códigos A – Y de la CIE-10
1.- .....	.....
2.- .....	.....
3.- .....	.....
4.- .....	.....
5.- .....	.....
EJE II: DISCAPACIDADES	
Puntuar las discapacidades de 0 a 5 en cada una de las áreas específicas del funcionamiento emplear la escala de discapacidades de la OMS que se encuentran en la sección dedicada al eje 2	
Discapacidades en áreas específicas de funcionamiento	Puntuación (0-5)
A. Cuidado personal .....	.....
B. Funcionamiento ocupacional .....	.....
C. Funcionamiento en la familia .....	.....
D. Comportamiento social en general .....	.....
Funcionamiento con ayuda en las siguientes áreas (marcar con un círculo):	
Capacidades específicas (anotar las que estén presente):	A B C D
EJE III: FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES	
Anotar todos los factores ambientales y circunstanciales que estén presentes junto con sus específicos códigos Z. Incluir solo los factores que hayan tenido una influencia significativa en la génesis, presentación, curso, finalización o tratamiento de los trastornos registrados en el eje 1 o factores importantes para el cuidado clínico del paciente. Anotar los factores ambientales y circunstanciales en orden de importancia. Emplear la lista adjunta de factores y códigos Z de la CIE-10 que se encuentran en el capítulo dedicado al eje 3.	
Factores ambientales y circunstanciales	Códigos Z de la CIE – 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....

**CIE 10 : VERSIÓN MULTIAXIAL
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

EJES V y VI

<i>EJE V</i>	<i>SITUACIONES PSICOSOCIALES ANOMALAS ASOCIADAS</i>
--------------	---

Lista de Categorías

00 DISTORSION O INADECUACION DEL ENTORNO PSICOSOCIAL NO SIGNIFICATIVA

1 RELACIONES INTRA FAMILIARES ANORMALES

- 1.0 Ausencia de cariño en la relación padres-hijos (Z62.4)
- 1.1 Disputas intra familiares entre los adultos (Z63.8)
- 1.2 Hostilidad y uso del niño como "cabeza de turco" (Z62.3)
- 1.3 Maltrato físico del niño (Z61.6)
- 1.4 Abuso sexual (dentro de la familia) (Z61.4)
- 1.8 Otros

2 TRASTORNO MENTAL, DESVIACIÓN O LIMITACIÓN EN EL GRUPO DE APOYO PRIMARIO DEL NIÑO (Z58.8+Z63.8)

- 2.0 Trastorno mental o alteración de los padres
- 2.1 Minusvalía/discapacidad de los padres
- 2.2 Discapacidad de los hermanos
- 2.8 Otros

3 COMUNICACIÓN INTRA FAMILIAR INADECUADA O DISTORSIONADA (Z63.8)

4 TIPOS ANORMALES DE CRIANZA

- 4.0 Sobreprotección de los padres (Z62.1)
- 4.1 Supervisión y control inadecuados de los padres (Z62.0)
- 4.2 Privación de experiencias (Z62.5)
- 4.3 Presiones inapropiadas de los padres (Z62.6)
- 4.8 Otros (Z62.8)

5 AMBIENTE CIRCUNDANTE ANOMALO

- 5.0 Crianza en instituciones (Z62.2)
- 5.1 Situación parental anómala (Z80.1)
- 5.2 Familia aislada (Z60.8)
- 5.3 Condiciones de vida que crean una situación psicosocial potencialmente peligrosa (Z59.1)
- 5.8 Otros (Z60.8)

6 ACONTECIMIENTOS VITALES AGUDOS (Z61.0)

- 6.0 Pérdida de una relación afectiva (Z61.0)
- 6.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa (Z61.1)
- 6.2 Alteración en el patrón de las relaciones familiares (Z61.2)
- 6.3 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima (Z61.3)
- 6.4 Abuso sexual (intra familiar) (Z61.7)
- 6.5 Experiencias personales atemorizantes (Z61.7)
- 6.8 Otros (Z61.8)

Nota: estos códigos Z se refieren a la posición de estas categorías en el Capítulo XXI (factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud) de la CIE-10.

7 FACTORES ESTRESANTES SOCIALES

- 7.0 Persecución o discriminación negativa (Z60.5)
- 7.1 Migración o cambio social (Z60.3)
- 7.8 Otros

8 ESTRES CRONICO INTERPERSONAL ASOCIADO CON EL COLEGIO /TRABAJO (Z55 SE REFIERE AL COLEGIO Y Z56 AL TRABAJO)

- 8.0 Relaciones de disputa con los compañeros (Z55.4) (Z56.4)
- 8.1 "Cabeza de turco" para profesores o supervisores en el trabajo (Z55.4) (Z56.4)
- 8.2 Desasosiego en el ambiente escolar/laboral (Z55.8) (Z56.7)
- 8.8 Otros

9 SITUACIONES O ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES DE LOS PROPIOS TRASTORNOS O DISCAPACIDADES DEL NIÑO (Z72.8) (en la cie-10 éstas podrían ser codificadas bajo las mismas categorías usadas cuando no son resultado del propio trastorno o discapacidad del niño, p.ej., z62.1, z61.1 y z61.3, respectivamente)

- 9.0 Crianza en instituciones
- 9.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa
- 9.2 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima
- 9.8 Otros

INTRODUCCION

Este eje proporciona la manera de codificar aquellos aspectos de la situación psicosocial del niño que son significativamente anormales en el contexto del nivel de desarrollo del niño, de las experiencias vividas y de las circunstancias socioculturales predominantes. Las categorías incluidas en este eje han sido escogidas sobre la evidencia de que pueden constituir factores de riesgo psiquiátrico significativos. De cualquier forma, las codificaciones deben hacerse estrictamente en términos de si la situación del niño satisface las pautas diagnósticas para las categorías, independientemente de si dichas circunstancias psicosociales son consideradas o no como causa directa del trastorno psiquiátrico. Esta aproximación es necesaria porque en muchos casos hay una evidencia inadecuada para llegar a una decisión firme sobre el papel causal en un caso individual; porque es frecuente que las adversidades psicosociales sean factores etiológicos contribuyentes, pero no una causa suficiente para el trastorno; y porque los clínicos difieren sobre la importancia de los factores psicosociales como influencias causales. Sin embargo, dado que este eje pretende abarcar los factores que pueden haber influido en la génesis del trastorno o que podrían influir en la evolución futura del mismo, las situaciones que podrían ser consideradas como una consecuencia de las acciones o del comportamiento sintomático del propio paciente han de ser excluidas de las codificaciones del 1 al 8 (para dichas situaciones resultantes del trastorno / discapacidad del niño se utiliza el código 9).

Para cada categoría, un código de un valor "2" significa que la situación definitivamente se dio durante un periodo de tiempo especificado y que fue de un tipo y severidad suficiente para satisfacer las pautas diagnósticas de dicha categoría. Un código de valor "1" significa que la situación definitivamente se dio durante el periodo de tiempo especificado, que fue de tal tipo que satisfizo las pautas diagnósticas de la categoría, pero de una severidad insuficiente para el criterio, a pesar de haber sido considerada como clínicamente anormal y potencialmente significativa. Un código de valor "0" significa que la situación psicosocial del paciente (con

respecto a las características de dicho código) se encontraba dentro de un rango normal amplio (por ejemplo, anomalías menores de escasa significación clínica). Un código de valor "8" significa que la situación no es aplicable a un paciente en particular (por ejemplo, podría no haberle ocurrido al paciente teniendo en cuenta todas sus circunstancias); un valor "9" significa que no hay suficiente información para hacer la valoración.

Se podrá apreciar que este eje no intenta incluir todos los factores etiológicos potenciales. Así, por ejemplo, los factores genéticos no son tenidos en cuenta a menos que estén asociados con uno u otro de los tipos especificados de anomalías del ambiente psicosocial. Igualmente, el eje no cubre cualquiera de los factores estresantes asociados con la pubertad o con cualquier otra transición física. Más bien proporciona cierta manera de codificar sistemáticamente los principales tipos de situaciones psicosociales anormales aplicables a las circunstancias ambientales del niño. Aún así, los clínicos deben considerar que los factores psicosociales que no satisfacen los criterios específicos, sin embargo, pueden haber jugado un papel incluso crucial en la etiología. Por ejemplo, en un niño vulnerable el mero hecho de comenzar el colegio o el nacimiento de un hermano podría constituir un estresor significativo. Inevitablemente, se trata de un conjunto limitado de códigos que no puede cubrir todas las variedades de situaciones psicosociales relevantes en cada caso individual. En su lugar, las categorías se refieren a aquellas situaciones en las que la evidencia sugiere que comportan un riesgo psiquiátrico sustancial para una proporción significativa de niños.

Las categorías describen determinadas facetas de las circunstancias ambientales del niño. Sería de esperar que, con frecuencia, se pudiesen aplicar varias categorías, además, es frecuente que éstas se solapen o que reflejen diferentes aspectos de lo que es básicamente la misma situación. Por ejemplo, el trastorno mental de los padres puede estar asociado a discordancia familiar. Sin embargo, la intención no es conseguir una categorización global de la psicopatología familiar teóricamente subyacente, sino categorizar las diferentes dimensiones, que pueden tener distintos tipos de impacto en el niño.

Marco temporal

Esta clasificación proporciona la manera de codificar aquellas situaciones psicosociales anormales en que resulta evidente que acarrearán un riesgo psiquiátrico significativo para un número sustancial de niños. Dichas situaciones han podido ser operativas durante la infancia, creando una vulnerabilidad que antecede con mucho al comienzo del desorden psiquiátrico; han podido tener su principal efecto en los meses inmediatamente precedentes a su inicio (como causas precipitantes del trastorno); o pueden ser su principal efecto en el curso más que en el inicio del mismo. Los clínicos e investigadores querrán centrarse en diferentes períodos de tiempo por distintos motivos, y esta clasificación puede ser aplicada a cualquier período de tiempo que elijan. Sin embargo, para evitar cualquier ambigüedad y, por lo tanto, falta de fiabilidad es deseable al usar la clasificación indicar el período de tiempo elegido.

Las codificaciones han sido expresadas en términos referidos a todo el período de vida del niño. Sin embargo, por distintos motivos, los clínicos e investigadores pueden querer codificar aquellas situaciones psicosociales operativas sólo durante los seis meses que preceden inmediatamente al momento de la evaluación. Este período de tiempo es suficientemente largo para juzgar las características de las situaciones psicosociales (y suficiente también para que tengan un impacto en el niño); pero todavía lo suficientemente corto para evitar problemas mayores a consecuencia de cambios en las circunstancias psicosociales del niño. Por otro lado, si nos centramos principalmente en los precipitantes del trastorno, sería deseable (además o en su lugar) codificar aquellos que fueron operativos durante los seis meses que precedieron inmediatamente al inicio del trastorno y que condujeron a la derivación psiquiátrica. Una tercera alternativa sería hacer la codificación tomando como base la evidencia de que la situación ha jugado un papel en el proceso causal. A los que adopten esta opción se les recomienda que desarrollen sus propias reglas operacionales acerca de cómo hacer inferencias causales. El procedimiento seguido aquí consiste en hacer referencia a toda la vida del niño. Esto tendría la ventaja de cubrir todas las situaciones que probablemente han afectado al niño, pero también una gran desventaja: el estar codificando dificultades cuando las situaciones han variado sustancialmente durante la vida del niño. De ahí que esté abierto a los usuarios de la clasificación el tomar sus propias decisiones acerca del marco de tiempo para la codificación.

Codificación categorial o dimensional

La clasificación aporta la manera de codificar nueve tipos principales de situaciones psicosociales, la mayoría de las cuales están subdivididas, de tal modo que hay 40 códigos en total. Cada código describe un aspecto o rasgo particular de la situación psicosocial del niño. Por su naturaleza, dichos aspectos no son mutuamente excluyentes y está claro también que en la práctica, con frecuencia, varios o incluso muchos de ellos pueden ser aplicables. La clasificación, tal y como se presenta aquí, no especifica si se debe emplear una aproximación dimensional o categorial, por lo que son posibles diferentes formatos.

El formato más válido y fiable debería proporcionar una estructura dimensional, en la que códigos separados de "0", "1" y "2" (ver arriba) se pudiesen aplicar a todas y cada una de las 40 situaciones especificadas. Este es el planteamiento recomendado. Sin embargo, la clasificación puede igualmente ser utilizada en un formato multicategorial, en el que los evaluadores sólo codifiquen aquellas situaciones aplicables a cualquier caso individual. Este formato es menos manejable estadísticamente por las grandes variaciones entre casos y evaluadores en el número de situaciones codificadas. Este problema puede atenuarse, especificando que las codificaciones sean hechas en orden de importancia psiquiátrica y/o siempre que no se emplee más de un número especificado de códigos. Ambos presentan el inconveniente de la no fiabilidad en el juicio y la importancia, por lo que no es un método recomendable.

00 Distorsión o inadecuación del entorno psicosocial no significativa

Las circunstancias psicosociales del paciente están dentro de unos límites normales ampliamente definidos, de tal forma que los estresores agudos y las adversidades crónicas son moderadas y tienen una escasa significancia clínica. Un código de 00 significa que ninguna otra categoría en este eje justifica un código de "1" o "2".

1 Relaciones intra familiares anormales

Esta categoría hace referencia a los modelos adversos de relaciones e interacciones dentro de la familia, y que no son adecuados al desarrollo social/emocional del niño. Las relaciones familiares adversas de este epígrafe están asociadas a un desarrollo anormal dentro de distintas sociedades, aunque los mecanismos por los cuales dichas adversidades actúan no son bien conocidos. Algunas de las adversidades comprenden las relaciones del niño con otros miembros de la familia directamente, otras hacen referencia a la atmósfera familiar en conjunto en la que el niño está creciendo.

El niño puede experimentar una, algunas o todas estas adversidades al mismo tiempo. Hay que tener en cuenta que aunque los modos de expresión y los umbrales de valoración variarán culturalmente, las deficiencias o distorsiones en estas áreas serán identificables de manera similar en cada cultura. Como un principio general para la clasificación, la presencia de una anomalía debería ser codificada a pesar de la existencia de experiencias positivas o características del entorno compensadoras.

Por su naturaleza, todas las relaciones hacen referencia a dos tipos de interacciones, las cuales estarán influenciadas por el comportamiento de ambos participantes. De acuerdo con esto, es posible que, de alguna forma, las relaciones anormales intra familiares hayan podido surgir en parte como resultado de las acciones, actitudes o respuestas del propio niño. En cada caso individual serán con frecuencia difícil juzgar hasta que punto esto ha sido así. Las codificaciones deberán hacerse sobre la base de la anomalía del comportamiento del otro, independientemente de la propia contribución del niño a la relación.

1.0 Ausencia de cariño en la relación padres – hijos

Ausencia marcada de sentimientos positivos expresados hacia el niño por parte de las figuras parentales. El cariño es expresado a través del modo en que los padres hablan con el niño y a través de comportamientos no verbales, como el contacto físico cariñoso o el confortar físicamente. El contexto y la frecuencia de dichas expresiones de cariño varían culturalmente y según se trate del padre o de la madre. El nivel de cariño expresado deber ser juzgado de acuerdo con el comportamiento esperado por parte de los padres en ese grupo cultural, y a partir de la observación del trato dado a los otros niños. La ausencia de sentimientos positivos no debe ser confundida con la presencia de sentimientos negativos o críticos. Es bastante posible que un padre cariñoso sea crítico con el comportamiento de su hijo, siendo esto más frecuente cuando el niño está dando problemas.

Pautas para el diagnóstico

La ausencia de cariño se caracteriza por un fracaso a la hora de resaltar las cualidades o logros del niño positivamente o con orgullo, y/o por el fracaso a la hora de discutir los problemas o ansiedades del niño de una forma empática o interesada.

El tono afectivo global de la relación padres-hijos es el rasgo fundamental para la clasificación. Las formas específicas en las que se muestra esto varían de una familia a otra, pero para ser categorizadas como una ausencia definitiva de cariño en la relación deberían presentar al menos dos de las siguientes características:

- a) Cuando los padres hablan con el niño adoptan un tono despreciativo o insensible, o
- b) Ausencia de interés en las actividades, logros o éxitos del niño, o
- c) No se aprecia una actitud empática hacia las dificultades del niño, o
- d) Raramente se elogia o anima al niño, o
- e) Un comportamiento ansioso es recibido sólo con irritación o con órdenes perentorias para comportarse, o

- f) El controlar físicamente al niño ante la ansiedad o la angustia es escaso, ausente o está ritualizado (el éxito de los padres para tranquilizar al niño no es necesario, lo importante es la cualidad del intento).

Para recoger la información acerca de algunas figuras parentales puede ser necesario confiar en la información proporcionada por otros miembros de la casa. En este caso sólo se tendrán en cuenta las informaciones acerca del comportamiento y no las declaraciones generalizadas sobre la relación padres-hijos. Dichos comportamientos incluirían unos padres que no muestran ningún interés por su hijo, que no le preguntan acerca de sus intereses o actividades, que rara vez juegan con él, que no demuestran ningún deleite u orgullo en sus éxitos o logros y/o que se comportan de una forma congruente con los criterios para clasificarlo como ausencia de cariño de los padres. Para codificar la ausencia de cariño es necesario que ésta sea i) marcada, ii) definitiva, iii) persistente en el tiempo, iv) generalizada y v) claramente anormal respecto a las normas subculturales. Las reservas emocionales o la falta de entusiasmo no son suficientes para codificar la ausencia de cariño.

La ausencia de cariño debe abarcar la relación de un padre, o ambos, con el niño (por ejemplo, la falta de cariño entre los padres no es relevante); sin embargo, no es necesario que esta falta se aplique a ambos padres. Esta puede reflejar una anomalía determinada en la relación padres-hijo o puede ser el germen de un déficit parental más generalizado (como un estado defencial esquizofrénico).

La codificación de ausencia de cariño debe hacerse si se cumplen los criterios, con independencia de si ésta se deriva o no de una anomalía valorada en un código psicosocial diferente (por ejemplo, desorden mental de los padres).

1.1 Disputas intra familiares entre los adultos

Las disputas intra familiares hacen referencia al desacuerdo entre los padres del niño, o entre otros miembros adultos de la casa (incluidos los hermanos si tienen 16 años o más). No incluye la discordia entre los padres y el propio niño (lo que está recogido en la categoría 1.2). Debe ser evidenciado a través de altercados de carácter negativo o por una atmósfera persistente de severa tensión, consecuencia de unas relaciones marcadamente tirantes. La ausencia de afecto o la pobreza de interacciones positivas no son suficientes para este código, ni tampoco los episodios breves y repetidos de irritabilidad; ha de existir un activo intercambio negativo grave. Normalmente, las disputas incluyen dos formas de intercambio negativo, aunque también el abuso físico o verbal por una de las partes deben ser incluidos.

Pautas para el diagnóstico

Existen marcadas diferencias individuales, así como variaciones subculturales, con respecto a cómo las personas expresan sus insatisfacciones, desacuerdos o irritación en disputas abiertas. La discordia debe ser codificada sólo cuando claramente se salga del rango de la normalidad dentro de la subcultura del niño. Se considerará anormal cuando:

- a) Se produzca una grave y prolongada pérdida de control, o
- b) Se asocie con la generalización de sentimientos críticos u hostiles, o
- c) Se asocie con una atmósfera persistente de violencia interpersonal grave (pegando o amenazando a la otra persona), o
- d) Conduzca a marcharse de casa enojado o a dejar a la otra persona fuera de casa.

La generalización de sentimientos críticos puede manifestarse mediante:

- a) *La denigración de la otra persona o insultos dirigidos hacia los familiares, amigos o pasado de ésta, o*
- b) *Hacer referencia a episodios o sucesos del pasado que dejan en mal lugar a la otra persona;*
- c) *Dormir en camas separadas tras una pelea, o*
- d) *Periodos prolongados de no hablarse, o*
- e) *Dejar la casa para dormir en otro sitio tras la disputa.*

Una atmósfera persistente de tensión puede ser evidente por:

- a) *Frecuentes observaciones de carácter sarcástico, despreciativo o denigrante acerca de la otra persona, o*

- b) Una tendencia persistente a responder a observaciones neutras o moderadas con respuestas muy negativas, o
- c) Una tendencia persistente a que las interacciones negativas moderadas conduzcan a una escalada de intercambios hostiles o coercitivos prolongados.

La codificación debe reflejar la situación predominante durante el período de tiempo especificado. Las discusiones importantes aisladas, que no se acompañaron de una atmósfera persistente de tensión, no son suficientes normalmente para un código de disputa (pero si son graves pueden ser relevantes para codificar "6": (acontecimientos vitales agudos o recurrentes). Sin embargo, se debe codificar la disputa si los altercados son graves y frecuentes o si hay una atmósfera persistentemente tensa, incluso si hay asociados períodos de armonía o interacción positiva.

La discordia entre padres que viven separados (como entre padres divorciados con acceso a los hijos) puede ser codificada en esta categoría siempre que: a) el niño mantenga una relación con ambos padres y b) la disputa sea de un tipo y nivel que cumple los criterios expuestos arriba. También se ha de codificar la disputa entre adultos que viven en la casa del niño, aunque no sean los padres. Así, puede ser aplicable a las relaciones entre un padre/madre biológicos y un padrastro/madrastra; entre un padre y su pareja sentimental; entre padres y abuelos que viven en la misma casa; entre padres e hijos adultos; entre los padres y un familiar adulto o un inquilino cuando todos ellos comparten la misma casa.

1.2 Hostilidad y uso del niño como "cabeza de turco"

Esta categoría se refiere a los sentimientos personalmente localizados y marcadamente negativos de uno o ambos padres (o de los sustitutos de los padres o de cualquier miembro adulto de la casa) hacia el niño. De este modo, se incluye la hostilidad y el uso del niño como chivo expiatorio, pero se excluye la discordia general o los sentimientos negativos que afectan por igual a todos los miembros de la familia. Los sentimientos negativos deben estar específicamente dirigidos hacia el niño, aunque es posible que la acusación de culpabilidad se dirija a más de un niño en la familia.

Pautas para el diagnóstico

En su forma más extrema, el comportamiento de los padres lleva al abuso psicológico del niño, a través del cual éste es humillado, atormentado y denigrado sistemáticamente. Sin embargo, esta categoría incluye también comportamientos hostiles similares que claramente se salen de los límites definidos como normales, pero que se quedan cortos en cuanto a la severidad necesaria para ser aceptados por la Justicia como motivo suficiente para la retirada del niño a los padres, sobre la base del abuso. El código requiere que:

- i. El comportamiento negativo de los padres hacia el niño sea claramente anormal en forma y/o grado, y
- ii. esté específicamente dirigido hacia el niño como individuo, y
- iii. sea persistente en el tiempo y generalizado a varias conductas del niño (por ejemplo una reacción excesiva de los padres a una o dos acciones específicas del niño no son suficientes para la codificación).

La hostilidad /uso del niño como "cabeza de turco" debe ser patente por:

- a) Una tendencia irracional a culpabilizar automáticamente al niño de los problemas, dificultades o fracasos de la familia, o
- b) Una tendencia general a atribuir al niño características negativas, o
- c) Críticas hacia el niño que le denigran como persona, que generalizan fechorías pasadas, o que le acusan de delitos futuros, o
- d) Una tendencia clara de molestar al niño o de involucrarlo en peleas cuando el adulto se siente miserable, irritado o malhumorado, o
- e) Tratar al niño injustamente con respecto a otros miembros de la familia con una carga de trabajo excesiva o de responsabilidades; privándole de participar en las interacciones familiares que resultan ser positivas; ignorando las necesidades o dificultades del niño, o
- f) Medidas punitivas severas como encerrar al niño en espacios confinados u oscuros, como armarios o sótanos.

1.3 Maltrato físico del niño

El maltrato físico incluye cualquier ejemplo claro de incidentes en los cuales el niño ha resultado herido por cualquier adulto de la casa, en un grado médicamente significativo o que incluye formas de violencia anormales dentro del grupo subcultural al que pertenece.

Pautas para el diagnóstico

Entre las distintas culturas existe una enorme variedad respecto a los métodos físicos de castigo considerados como aceptables. Sin embargo, se considera que ha existido maltrato físico cuando:

- a) El castigo ha sido lo suficientemente severo como para producir laceraciones, fracturas, articulaciones dislocadas o marcadas magulladuras, o
- b) El castigo ha supuesto pegar al niño con objetos duros o afilados como palos o cinturones con hebilla (el pegar con una zapatilla o una correa de cuero puede ser considerado como maltrato, aunque no en algunas subculturas si esto se realiza de forma moderada y controlada), o
- c) El castigo ha supuesto una clara y grave pérdida de control, como el empujar al niño contra la pared o por las escaleras, o
- d) La violencia ha supuesto formas reprobables e inusuales de trauma físico, como quemar o escaldar al niño, atarle o meterle la cabeza debajo del agua.

El maltrato físico puede ser el resultado tanto de castigos físicos llevados al extremo como de la pérdida de control o de un maltrato deliberado.

Excluye: El abuso físico llevado a cabo por alguien ajeno a la casa (considerar código 6.5).

1.4 Abuso sexual (dentro de la familia)

El abuso sexual dentro de la familia incluye las relaciones sexuales que son incestuosas (porque tienen lugar entre miembros de la familia para los que legalmente está prohibido casarse) y también las no incestuosas entre el niño y otros miembros mayores de la casa, en las que un elemento de poder o de status ha sido utilizado para inducir al niño a comprometerse en una actividad sexual. Así, el abuso incluiría los actos sexuales llevados a cabo por los padres biológicos o adoptivos, padrastros, hermanos mayores, otros parientes que vivan en la casa, huéspedes o amigos de la familia.

El abuso sexual que sucede dentro de la familia o en la casa se incluye en esta sección porque generalmente supone una seria distorsión de las relaciones familiares o de la casa; sin embargo, debe ser codificado bajo la base de la existencia de actos sexuales (y no por la inferencia de relaciones distorsionadas).

Pautas para el diagnóstico

Entre las diferentes culturas varía el grado en el que los niños pueden ver a sus padres desnudos, la edad hasta la cual son bañados por ellos, o comparten la cama matrimonial o se les da privacidad personal ajena a la de los padres. Sin embargo, se considera que ha existido abuso sexual cuando:

- a) Ha existido un contacto genital entre el niño y una persona mayor, o
- b) Ha existido una manipulación de los pechos o genitales del niño en cualquier circunstancia fuera del baño, culturalmente aceptado, o
- c) El niño ha sido inducido a tocar los pechos o los genitales de la persona mayor, o
- d) Se han expuesto los pechos o genitales del adulto deliberadamente al niño fuera del curso del baño o al vestirlo, o
- e) El niño ha sido deliberadamente inducido a exponer sus pechos o genitales fuera del baño o del acto de vestirle, o
- f) Se ha dado cualquier otro tipo de contacto físico o exposición entre el adulto y el niño que ha conducido a un despertar sexual definitivo. Es irrelevante si el niño ha participado voluntariamente en los actos sexuales o no.

Excluye: abuso sexual fuera de la familia /de la casa. (6.4)

1.8 Otros

Cualquier relación intra familiar anormal que cumple los criterios generales respecto al tipo y severidad para esta categoría, pero que no puede ser codificada dentro de los códigos 1.0 a 1.4.

2 Trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de apoyo primario del niño.

Los trastornos familiares que se incluyen en esta categoría son aquellos que con mayor probabilidad afectan negativamente al niño, constituyendo un potencial riesgo psiquiátrico. En algunos casos estas alteraciones pueden requerir codificaciones en otras categorías (por ejemplo, disputa intra familiar), pero en otros no (por ejemplo, el estigma a veces asociado a las enfermedades mentales o a la epilepsia). En cualquier caso, el desorden familiar debe ser codificado aquí si cumple los criterios especificados (más otros códigos si esto es relevante).

Los criterios generales para esta categoría son:

- i. existe una alteración socialmente incapacitante o minusvalía, o un patrón de comportamiento alterado en un miembro de la familia más cercana del niño o de la casa, y
- ii. es de un tipo de severidad tal, que interfiere con la vida del niño, dando lugar a un potencial riesgo psiquiátrico. Esta interferencia podrá darse en forma de estigma social, crianza alterada, restricciones en la vida social del niño, relaciones familiares anormales, involucramiento del niño en comportamientos anormales, cuidados del niño desorganizados o situaciones sociales embarazosas.

2.0 Trastorno mental o alteración de los padres
--

Esta categoría incluye cualquier tipo de trastorno psiquiátrico incapacitante de los padres, independientemente de si el padre/madre está recibiendo tratamiento psiquiátrico o no. Para ser codificado como tal, el niño no necesita estar en contacto con el padre/madre, siendo irrelevante si están viviendo en ese momento en la casa. Sin embargo, la alteración de los padres debe haber afectado al niño de forma importante. Para los propósitos de esta categoría, como padre se considera cualquier adulto de la casa que desempeñe un rol parental con respecto al niño (independientemente de si está biológicamente emparentado o de si legalmente se espera que vaya a desempeñar dicho rol).

Pautas para el diagnóstico

No existe una clara línea divisoria entre normalidad y psicopatología; muchos adultos tienen periodos de ansiedad, depresión, de consumo importante de alcohol o de actos delictivos menores que no llegan a considerarse desórdenes mentales incapacitantes socialmente. Además no existe una demarcación que no resulte ambigua entre el trastorno psiquiátrico y la desviación social. Aunque para la codificación no resulta necesario hacer tales distinciones diagnósticas (debido a que el impacto en el niño podrá ser similar en ambos casos), se requiere que el trastorno o la desviación se asocien con un deterioro sustancial de una o más áreas importantes en lo que respecta al funcionamiento social del adulto.

Asimismo, la criminalidad estaría incluida si ésta es persistente o recurrente, si conduce a un ingreso en prisión o cualquier otro lugar de reclusión, o si supone cualquier acto de violencia contra otras personas. El alcoholismo debería incluirse si produce cualquier complicación médica (como crisis epilépticas, delirium tremens o periodos de amnesia), si interfiere de forma significativa con la vida social del individuo o conlleva periodos de ausentismo laboral o de llegar reiteradamente tarde al trabajo. La esquizofrenia se incluiría si hubiese un comportamiento claramente anormal (psicótico o no psicótico), continuas rarezas a nivel social o efectos secundarios observables junto con la toma de medicación. Los trastornos afectivos serán incluidos si son de una severidad suficiente como para causar de forma regular un deterioro notable en el funcionamiento social de la persona (como, por ejemplo, ausentismo

laboral, incapacidad para realizar la compra o el cuidado de la casa, o para participar en actividades de ocio o cuidar de los hijos). naturalmente cualquier trastorno que precise cuidados psiquiátricos o tratamiento se asumirá que cumple estos criterios. y a la inversa, cualquier trastorno que no lleve a la persona a buscar cualquier tipo de ayuda profesional (de su médico de familia o del trabajador social o de la comunidad) se supone que no llegará al umbral de severidad, a menos que exista una clara evidencia de una alteración social sustancial. Una conducta social marcadamente alterada asociada con un comportamiento sustancialmente distorsionado deberá ser incluida, incluso si el diagnóstico no está claro. asimismo, los celos patológicos que llevan a comprobaciones sistemáticas o a seguir a la otra persona, un comportamiento persistentemente violento o un aislamiento social extremo pueden ser relevantes si engloban un deterioro social.

Se asumirá que cualquier trastorno mental que se acompañe de una incapacidad social clara y que se dé en un padre/madre que tienen un contacto regular con el niño, reúne los criterios para inferir significativamente con probabilidad en la vida del niño, constituyendo un riesgo psiquiátrico. y viceversa, la evidencia concluyente de que un trastorno/minusvalía en un familiar de primer grado ha interferido sustancialmente en la vida del niño (como, por ejemplo, por restricciones sociales, por unos cuidados parentales anormales o inadecuados, o por un patrón de vida alterado que surge de un estigma social evidente) constituirá los cimientos para la codificación (siendo dicha interferencia una evidencia indirecta de la incapacidad social), indistintamente de si el niño está en contacto.

Excluye: homosexualidad (si no está asociada con otras formas de trastorno).
desorden mental (si no está asociada con otras formas de trastorno).
ver 2.1

2.1 Minusvalía/discapacidad de los padres

Esta categoría cubre cualquier minusvalía/discapacidad de los padres que no esté incluida en 2.0. Los criterios generales son comparables. Esto es, han de coincidir dos condiciones:

- i. existe alguna condición parental de una severidad tal, que conduce al deterioro de una o más de las principales áreas de funcionamiento social del adulto, y
- ii. esto es, de un tipo y severidad que con probabilidad interferirá en la vida del niño, creando un riesgo psiquiátrico potencial.

Pautas para el diagnóstico

Existen cinco tipos de minusvalías/discapacidades que con mayor probabilidad reúnen los criterios para ser codificados en este apartado:

- i. retraso mental;
- ii. déficit sensorial severo (por ejemplo, padres sordomudos o ciegos);
- iii. epilepsia grave;
- iv. enfermedad física crónica/discapacidad (como parálisis cerebral o asma grave);
- v. enfermedad potencialmente mortal (como el cáncer).

Sin embargo, no es suficiente con que estén presentes cualquiera de estas minusvalías/discapacidades. además debe existir evidencia de que ha afectado al niño, creándole un potencial riesgo psiquiátrico. Esto puede reflejarse en:

- a) un estigma social definido (por ejemplo, cuando el niño evita traer amigos a casa, no habla de la discapacidad de los padres, o le hacen burla por el problema de los padres), o
- b) cuidados o supervisión inadecuados para el niño por parte del padre afectado, o
- c) alteraciones en la crianza de los hijos, evidenciada, por ejemplo, por la falta de sensibilidad respecto a las sugerencias del niño, el mal manejo de la angustia o de la rebeldía del niño, o la falta de comunicación/falta de juego, o
- d) tensiones y disputas familiares, o
- e) comportamiento social extraño o vergonzante, o
- f) restricciones en la vida social del niño, o
- g) imposición de responsabilidades inapropiadas para la edad del niño.

Excluye: **Discapacidad/minusvalía de los padres que no interfiere significativamente en la vida del niño.**

2.2 Discapacidad de los hermanos

Son aplicables los dos mismos criterios generales del 2.1, excepto que aquí se refieren a un hermano, en lugar de a los padres. Los tipos de discapacidades son aquellas recogidas en 2.0 y 2.1.

Pautas para el diagnóstico

Además de cumplir los criterios que exigen la presencia de alguna minusvalía/discapacidad física o mental en un hermano, es necesario que exista evidencia de que ésta afecta negativamente al niño. Los principales modos en que esto se refleja son:

- a) restricciones en la vida social del niño, bien porque a éste le dé vergüenza traer a casa amigos o bien porque el cuidado del hermano incapacitado impone limitaciones a las actividades sociales del niño, o
- b) interferencia con las pertenencias del niño, bien por daño o bien porque no pueda dejar sus cosas al alcance del hermano, o
- c) disminución o distorsión de la interacción padre-hijo o de las actividades sociales familiares por la implicación de los padres con el hermano discapacitado, o
- d) vergüenza del niño por el comportamiento disruptivo del hermano discapacitado en situaciones públicas, o
- e) burla de los compañeros hacia el niño respecto a las discapacidades o rarezas del hermano, o
- f) intrusión física del niño, como ocurre al compartir la cama con el hermano enurético o ser víctima del comportamiento agresivo de éste, o
- g) imposición de responsabilidades inadecuadas para la edad del niño en el cuidado del hermano discapacitado.

Excluye: **La discapacidad de un hermano que no interfiere significativamente en la vida del niño.**

2.8 Otros

Cualquier trastorno mental, minusvalía o discapacidad presente en un miembro de la casa que no sean los padres o hermanos, y que cumpla los dos criterios básicos para la categoría general.

3 Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada

Existen grandes dificultades a la hora de establecer los patrones de comunicación intra familiares, y los hallazgos de la investigación sobre la asociación entre patrones de comunicación distorsionados y trastornos psiquiátricos son inconsistentes. Muchos profesionales consideran que las características de la comunicación no pueden ser evaluadas a partir de lo que refieren los informantes, sino que es necesario observar a las familias hablando unos con otros. aun así, existe la creencia, sustentada por algunas evidencias, de que la comunicación familiar deteriorada constituye un factor de riesgo psiquiátrico. los patrones de dominancia, la cantidad de conversación, la precisión lingüística o la claridad de la comunicación y la capacidad para articular las palabras por parte de los miembros de la familia no son particularmente importantes. Más bien, los aspectos cruciales se refieren a los mensajes confusos y contradictorios, a las disputas infructuosas y al fracaso en el uso efectivo de la comunicación intra familiar para resolver dilemas, problemas o conflictos familiares. una característica más podría ser el mantenimiento de secretos familiares o la ocultación de información importante para el niño, necesaria para un funcionamiento adaptativo.

Pautas para el diagnóstico

La comunicación intra familiar distorsionada estaría caracterizada por:

- a) *mensajes marcadamente contradictorios en contenido y/o conflictos entre las emociones expresadas en el contenido verbal y las evidenciadas en el tono de voz o la expresión facial, o*
- b) *una marcada tendencia a hablar a nadie en particular sin responder a lo que ha dicho otro miembro de la familia, o*
- c) *disputas infructuosas que no llegan a una resolución o acuerdo, o*
- d) *la ocultación maladaptativa de información familiar importante (por ejemplo, no decirle al niño que es adoptado), o*
- e) *el manejo de las dificultades familiares habitualmente mediante la negación, o el rechazo a enfrentarse o a discutir sobre ellas.*

Las familias varían grandemente en sus estilos de comunicación y existen variaciones culturales importantes en cómo las familias discuten acerca de temas que les conciernen. la comunicación intra familiar distorsionada sólo debería codificarse como tal si:

- i. *está claramente fuera de los límites normales para la subcultura del niño, y*
- ii. *los patrones de comunicación inadecuada o distorsionada son persistentes, generalizados e involucran al niño, y*
- iii. *la comunicación es pobre y tiene efectos maladaptativos (por ejemplo, lleva a los miembros de la familia a actuar de forma inapropiada, a no manejar cuestiones cruciales o a fracasar a la hora de resolver temas familiares importantes).*

4 Tipos anormales de crianza

Esta categoría incluye ciertas formas de educación por parte de los padres u otros cuidadores en la casa, como los abuelos, padres adoptivos, niñeras o hermanos mayores, que son anormales porque constituyen con gran probabilidad un riesgo psiquiátrico para el niño.

Una paternidad normal incluye muchas dimensiones diferentes, algunas de las cuales están contempladas en otras categorías. si, por ejemplo, la paternidad entraña la relación entre el padre y el niño, las anomalías en esta dimensión son codificadas bajo el "1". También incluye la resolución de problemas sociales, aspectos que son considerados en la categoría "3" (comunicación intra familiar inadecuada o distorsionada). Además, los padres son responsables de garantizar que sus hijos tengan experiencias de aprendizaje apropiadas y adecuadas. Son estas anomalías las que se incluyen fundamentalmente en esta categoría de tipos anormales de crianza. La primera subcategoría, "sobrepotección de los padres", tiene que ver con un tipo de paternidad que priva a los hijos de tener las oportunidades adecuadas para conseguir autonomía y responsabilidad, y para establecer relaciones fuera de la díada padre-hijo. La segunda subcategoría engloba situaciones en las que los padres no ejercen la supervisión necesaria para prevenir que los hijos atraviesen por situaciones psicológicamente arriesgadas. La tercera de ellas tiene que ver con la falta de juego y conversación necesarias para proporcionar al niño el contexto y el contenido de las experiencias de aprendizaje, derivadas de las interacciones sociales y de las actividades controladas o iniciadas por los adultos. La cuarta hace referencia a las presiones por parte de los padres para dirigir las actividades del niño en una dirección socioculturalmente alterada, y/o discrepante con los propios intereses del niño, habilidades y nivel de desarrollo.

Existen variaciones socioculturales considerables en los patrones de crianza de los hijos, y, por tanto, las categorías deberían ser aplicadas sólo cuando la calidad de la educación es claramente anormal en grado o tipo, y cuando hay una gran probabilidad de que vaya a producir un riesgo psiquiátrico para el niño (dicho riesgo incluye un retraso en el desarrollo general o específico). Normalmente, un patrón aceptado en la subcultura del niño (o grupo religioso) no será considerado anormal incluso si difiere de la cultura más amplia en la que está embebido. Sin embargo, deberá ser codificado si el patrón es de un tipo que definitivamente supone para el niño un riesgo psiquiátrico (se deberá ser prudente al emitir este juicio; no sería suficiente para el clínico al considerar que podría ser maladaptativo porque es inusual en la sociedad más amplia a la que pertenece).

Una paternidad anormal debe determinarse de acuerdo con lo que sería apropiado para las circunstancias particulares del niño, dado su grado de desarrollo, comportamiento, estado físico y situación sociocultural. Las necesidades de los niños están invariablemente influenciadas por sus propias características: un niño impulsivo necesitará más supervisión; un niño ansioso, un mayor apoyo, y un niño maduro un menor control directo. De igual forma, el tipo de interacción lingüística útil en un niño sordo diferirá de la que necesita un niño que no lo sea. También deberá tenerse en cuenta que existen amplias variaciones socioculturales a la hora de considerar lo que es apropiado que haga el niño. La codificación de tipos anormales de crianza debe reservarse para aquellas situaciones suficientemente anormales como para suponer un mayor riesgo psiquiátrico para el niño.

Es frecuente que los patrones de crianza estén alterados en varios aspectos. por ejemplo, pueden darse a la vez una supervisión parental inadecuada y discordias familiares. En este caso, ambas deben ser codificadas. y si ambas son el resultado de un desorden mental en uno de los padres, éste deberá ser codificado igualmente. Esto es necesario para poder cubrir la gran variedad de patrones anormales que pudieran estar presentes y para evitar decisiones arbitrarias acerca de cuál es el aspecto prioritario. La codificación de patrones anormales de crianza debe ser aplicada si cualquiera de los padres los lleva a cabo, independientemente de los cuidados del otro padre, dado que una educación anormal constituye una parte sustancial de las experiencias del niño en casa. Sin embargo, si la anormalidad se refiere a una sola de las díadas padre-niño habrá que considerar si existe una discordia asociada entre los padres (1.1) o una comunicación intra familiar inadecuada (3).

La crianza llevada a cabo por los hermanos debe ser codificada aquí sólo si existe un hermano o hermana con una función de cuidador obvia, comparable con la de los padres.

4.0 Sobreprotección de los padres

El término “sobreprotección” ha sido utilizado con distintos significados por diferentes autores. Sin embargo, como se emplea aquí se refiere a un patrón de crianza en el que uno de los padres (con mayor frecuencia la madre) usa la relación y/o el patrón de disciplina para constreñir de forma importante la habilidad del niño de desarrollarse o mantener otras relaciones, y/o tomar decisiones/responsabilidades adecuadas para su edad. Los componentes principales en este tipo de comportamiento son:

- i. privar de un comportamiento independiente; y*
- ii. la infantilización.*

De este modo, los padres toman decisiones inadecuadas para el niño, como evitar que se enfrente a retos/estresores, en vez de ayudarlo a sobrellevarlos; hacerle ser más pequeño, creándole dependencia y privándole de asumir las responsabilidades apropiadas; restringir todos (o casi todos) los componentes de las experiencias sociales del niño fuera de la díada sobreprotectora, y (frecuentemente) aislarle de otras fuentes de influencia social.

La noción de control parental inapropiado, desde el punto de vista del desarrollo, en lo que se refiere a las actividades del niño (en una dirección que genera dependencia e infantilización) es fundamental para el concepto. En algunos casos se acompaña de una excesiva indulgencia respecto al rol infantil del niño (consintiendo los caprichos y manías del niño y tolerando un comportamiento infantil disruptivo), pero esto no es invariable y no es parte de la definición. Con frecuencia la sobreprotección es emocionalmente envolvente, al igual que socialmente restrictiva, aunque varía mucho en si se acompaña o no de un exceso de calor. Frecuentemente el padre sobreprotector está muy investido emocionalmente en la relación con el niño, pero esta categoría está definida en términos del impacto sobre el niño y no a partir de la psicopatología o motivación del padre (la cual es, en cualquier caso, variada).

Pautas para el diagnóstico

El código requiere tanto la privación de desarrollar un comportamiento independiente como la infantilización (en ambos casos, en un grado anormal respecto a las normas socioculturales aceptadas para la edad del niño).

La obstaculización para el desarrollo de un comportamiento independiente puede observarse por:

- a) *la restricción de actividades recreativas a aquellas que tienen lugar con el padre o suponen una vigilancia o supervisión de este, y/o*
- b) *un excesivo control sobre las amistades del niño, y/o*
- c) *desanimar al niño a la hora de que pase noches fuera con sus amigos o relaciones, y/o*
- d) *fomentar actividades padre-hijo en exclusiva que son inapropiadas para la edad del niño en grado o tipo, y/o*
- e) *elegir la ropa del niño o sus actividades a una edad por encima de la apropiada para las normas socioculturales, y/o*
- f) *no permitir que el niño tome sus decisiones de forma independiente, y/o*
- g) *impedir que el niño maneje sus propias dificultades sociales (por ejemplo, intervenir en las peleas del niño), y/o*
- h) *evitar que el niño vaya a sitios de ocio fuera del control o vigilancia de los padres.*

La infantilización puede observarse por:

- a) *lavar/vestir al niño a una edad por encima de la apropiada para la cultura del niño, y/o*
- b) *dormir con el niño para calmar la ansiedad/dar confort, y/o*
- c) *llevar al niño al colegio o a otros sitios, en vez de que éste use el transporte público o el autobús escolar cuando esto sería apropiado para su edad, y/o*
- d) *control inusualmente frecuente o inapropiado sobre las actividades del niño como observarle en el campo de recreo o en otro sitio, y/o*
- e) *control excesivo, intrusivo o inapropiado del niño, al contactar con los profesores y otras personas, y/o*
- f) *recurrir con demasiada facilidad a médicos o al descanso del niño ante quejas físicas menores, y/o*
- g) *evitar que el niño afronte/maneje los retos/estresores apropiados para su edad, y/o*
- h) *insistir en permanecer en el hospital con el niño o acompañarle durante las consultas médicas cuando esto no es lo apropiado para su edad de acuerdo con las normas socioculturales, y/o*
- i) *evitar que el niño participe en actividades deportivas (como natación, el fútbol o el ciclismo) por los posibles riesgos.*

Para que se considere la existencia de una sobreprotección parental, tanto la obstaculización para un desarrollo independiente como la infantilización han de estar presentes de forma importante, como ocurre cuando se cumplen al menos varios de los ejemplos arriba citados.

Con frecuencia, la sobreprotección se acompaña de una excesiva ansiedad o demandas por parte del niño. sin embargo, esto no forma parte de la definición. si existe un grado anormalmente alto de ansiedad parental junto con otros caracteres, habría que considerar la existencia de un estado ansioso de severidad tal como para garantizar su codificación bajo 2.0.

Excluye: *ansiedad parental no acompañada de infantilización y obstaculización del desarrollo de actividades independientes.*

sobreprotección restringida a ciertas actividades específicas.

sobreprotección surgida como una respuesta temporal a una enfermedad aguda y otras crisis.

4.1 Supervisión y control inadecuados de los padres

Esta categoría alude a una marcada ausencia de control efectivo o supervisión de las actividades del niño en relación con su madurez y sus orígenes socioculturales. a medida que crecen los niños es necesario que los padres ejerzan un cierto grado de control sobre las actividades del niño, modificándolo en relación con las experiencias, las capacidades y la madurez de éste, de tal forma que aprenda a asumir responsabilidades, pero sin correr un riesgo inaceptable de caer en situaciones psicológicamente dañinas. Un control excesivo es codificado bajo 4.0, y un control inadecuado aquí. Existen marcadas variaciones socioculturales respecto a qué tipo de control es el deseable, por lo que el control inadecuado debe ser codificado sólo si se dan en un grado socioculturalmente anormal y es de un tipo que genera probablemente un riesgo psiquiátrico.

En la práctica, el control inadecuado se determina mejor sobre la evidencia de:

- i. falta de un conocimiento por parte de los padres sobre lo que hace el niño o dónde está (al imposibilitar esto un control efectivo), y/o*
- ii. estrategias de control claramente inefectivas, o poco operativas o de escaso apoyo (por las mismas razones), y/o*
- iii. ausencia de preocupación o de intentos de intervención cuando se sabe que el niño se encuentra en situaciones de riesgo psicológico.*

Pautas para el diagnóstico

La falta de conocimiento por parte de los padres acerca del paradero y de las actividades del niño puede observarse por:

- a) los padres normalmente no saben dónde está el niño cuando está fuera de casa, y/o*

- b) *los padres normalmente no saben los nombres (o las direcciones) de los amigos que el niño visita en casa, o dónde pasa la noche, y/o*
- c) *los padres no saben cuándo vuelve el niño a casa, y/o*
- d) *el niño, con frecuencia, no es supervisado fuera de casa, cuando se encuentra en una edad inapropiada para que esto ocurra, y/o*
- e) *el niño, con frecuencia, es dejado solo fuera de casa, cuando su edad no es la apropiada para que esto ocurra.*

Un control parental inefectivo puede observarse por:

- a) *la falta de reglas o pautas reconocibles acerca de lo que el niño puede o no hacer, y/o*
- b) *la aprobación o la motivación por parte de los padres es más el resultado del estado emocional del padre que del comportamiento del niño, y/o*
- c) *las intervenciones disciplinarias son expresadas en términos generales e imprecisos (por ejemplo, "se bueno"), más que en términos explícitos acerca de lo que se espera del niño, y/o*
- d) *la disciplina es tan inconsistente con y entre los padres, que existe una falta de respuesta predecible sobre el mal comportamiento del niño, y/o*
- e) *los intentos de disciplina no son asertivos, sin un seguimiento consistente que permita determinar si el resultado ha sido como se pretendía.*

La ausencia de preocupación o intervención cuando el niño se encuentra en situaciones psicológicamente arriesgadas puede observarse por:

- a) *la falta de intervención cuando se sabe que el niño se está mezclando con grupos que suponen un riesgo psicológico sustancial (como cuando una chica joven se involucra en relaciones potencialmente amorosas con chicos más mayores, o cuando el niño es parte de un grupo de delincuentes o drogadictos, o cuando el niño se ve implicado en una relación incestuosa con otro miembro de la familia), y/o*
- b) *la falta de intervención cuando se sabe que el niño presenta un comportamiento que con probabilidad le acarrearán serios problemas (como, por ejemplo, con el consumo de drogas duras, actividades delictivas o el uso de armas) y/o*
- c) *la falta de intervención cuando se sabe que el niño se encuentra en situaciones de riesgo físico importante (como ocurre con niños pequeños escalando hasta los tejados, jugando en áreas peligrosas o utilizando sustancias peligrosas.*

Para que el control o supervisión parental sea considerado como inadecuado deben existir problemas persistentes y generalizados en este aspecto de la paternidad, que se reflejan en diferentes aspectos de la vida del niño. Esto significa que se han de cumplir al menos varios de los ejemplos anteriores, y que normalmente existirá un comportamiento anormal al menos en dos de los tres aspectos específicos de control. Sin embargo, si las anomalías en un área producen una gran ausencia de control sería suficiente para la codificación.

Esta falta de control debe extenderse a muchas de las actividades del niño, pero puede ser manifestada por uno o ambos padres.

4.2 Privación de experiencias

Los niños aprenden las habilidades sociales y desarrollan las relaciones sociales en el contexto de la conversación, el juego y las actividades con sus padres y otros miembros de la familia (así como con otras personas de fuera de la casa. esta categoría hace referencia a la ausencia marcada de estas interacciones. Tradicionalmente se ha denominado falta de “estimulación”, pero este término resulta engañoso, dado que los niños aprenden a partir de una interacción activa con otras personas y su ambiente. Esta categoría se refiere a una falta de interacción activa, como resultado de la acción de los padres (por ejemplo, restricción o prohibición) o de la no acción (por ejemplo, fracaso a la hora de proporcionar oportunidades relevantes) con respecto a actividades lingüísticas, sociales, perceptivas y motoritas. Esto debe ser juzgado en relación con el nivel de desarrollo del niño y su situación sociocultural.

La privación de experiencia se manifiesta por:

- i. la falta de conversación/juego entre padre e hijo, y/o
- ii. la falta de actividades fuera de la casa, y/o
- iii. el confinamiento en circunstancias que limitan enormemente la interacción activa con la gente y/o los objetos, y/o
- iv. la falta de juguetes u otros objetos adecuados para que juegue el niño.

Pautas para el diagnóstico

La falta de conversación/juego padre-hijo puede observarse por:

- a) una marcada ausencia de oportunidades para el niño a la hora de hablar con sus familiares porque raramente están juntos, y/o
- b) los padres no hablan con el niño acerca de las actividades que le interesan, está involucrado o está planeando, y/o
- c) los padres no leen a los hijos de menor edad ni los escuchan cuando leen, y/o
- d) apenas se producen pequeñas charlas durante la comida o en otras ocasiones cuando la familia está reunida, y/o
- e) los padres apenas juegan con el niño o establecen otras interacciones lúdicas, y/o
- f) si se producen estas interacciones, no suele ser a iniciativa de los padres que tienden a ignorar o a no responder a las propuestas del niño.

La falta de actividades del niño fuera de casa puede observarse por:

- a) la falta de salidas o actividades como pasear, visitar museos, galerías o viajes a otros lugares, y/o
- b) la falta de actividades compartidas por el padre y el hijo (como el deporte, la música, aficiones o las tareas del hogar), y/o
- c) la falta de oportunidades para participar en tareas apropiadas para la edad del niño, como hacer compras o viajar.

Un comportamiento que limita de forma importante la interacción con el ambiente puede observarse por:

- a) no se le permite al niño jugar fuera de la casa, y/o
- b) el niño es confinado en una o varias habitaciones, lo que impide el juego o la conversación, y/o

- c) *si se trata de un niño pequeño, se le deja solo durante las horas que permanece despierto, y/o*
- d) *el niño tiene que ir a la cama a una hora excesivamente temprana, de tal forma que apenas pasa tiempo con los padres u otros familiares.*

La falta de juguetes u objetos apropiados para jugar puede observarse por:

- a) *no se proporcionan al niño objetos para jugar apropiados para su edad. existe una variación sociocultural acerca de qué juguetes son los necesarios para el niño y hay consideraciones económicas que limitan dicha provisión. sin embargo, salvo en situaciones de pobreza absoluta, se puede improvisar y convertir distintos objetos en juguetes para el niño. Se debería utilizar una definición amplia acerca de qué objetos son los apropiados para la edad del niño; sin embargo, sería de esperar que algunos de dichos objetos fuesen accesibles al niño, de acuerdo a su edad y ambiente sociocultural, y/o*
- b) *en teoría, estos objetos son accesibles al niño, pero no tiene la oportunidad de usarlos porque están fuera de su alcance o se impide su uso.*

Al contrario que en la mayoría de las otras categorías, la privación de experiencias debe ser codificada teniendo en cuenta la totalidad del ambiente familiar y no únicamente respecto a la interacción diádica del niño con uno de los padres u otro miembro familiar. La privación no deberá ser codificada si existe una falta de interacción con uno de los padres, pero sí un nivel satisfactorio de experiencias en general (sin embargo, esta falta de interacción puede indicar la presencia de anormalidades codificables en otras categorías).

Dado que los niños pueden obtener experiencias adecuadas de distintas fuentes, la privación de experiencias debe ser marcada y generalizada para ser codificable. Comúnmente, esto significará que la situación cumple varios de los ejemplos en, al menos, dos de los cuatro criterios. Sin embargo, la categoría debe ser codificada respecto al nivel general de experiencias, y ocasionalmente sólo la presencia en un grado importante de uno de los criterios podría garantizar la inclusión; de todas formas, esto debe ser considerado como inusual.

4.3 <i>Presiones inapropiadas de los padres</i>

Esta categoría hace referencia a las presiones de los padres que son contrarios a las necesidades y deseos del niño apropiadas desde el punto de vista de su desarrollo y ambiente sociocultural. Esto significa que los padres presionan al niño de forma inapropiada para que sea diferente a como es en realidad. Dichas presiones pueden ser inapropiadas sexualmente (como ocurre al vestir a un niño con ropa de niña, o viceversa), inapropiadas para la edad (al forzar a un niño mayor a comportarse o vestirse como uno menor, o viceversa) o a nivel personal (al forzarle a conseguir logros en actividades que no tienen que ver con su talento o deseos). Las presiones pueden venir de uno o ambos padres, pero para ser codificables deben ser persistentes, definitivamente inapropiadas y de un grado de intrusión tal, que interfieren significativamente con la vida del niño. Las presiones que derivan de un estilo familiar culturalmente inusual (como los grupos religiosos) no deberían ser calificadas como inapropiadas. Sin embargo, podrían ser incluidas si las prácticas o normas de los padres contradicen los deseos del niño de adoptar las normas de la cultura más amplia en la que vive.

Las presiones sexualmente inapropiadas pueden observarse por:

- a) presiones constantes sobre el niño para que se vista, se comporte o participe en actividades que son de un tipo o estilo considerados como característicos del sexo opuesto en el ambiente cultural en el que vive, y/o
- b) presiones constantes sobre el niño para que se comporte de acuerdo a las características de su sexo, pero de una forma tan radical y excluyente, que puede considerarse fuera de las normas de la subcultura de la familia, y/o
- c) presiones constantes sobre el niño para que se comporte como si fuera homosexual, cuando las inclinaciones sexuales del niño son heterosexuales, o viceversa.

Las presiones inapropiadas para la edad del niño pueden observarse por:

- a) presiones constantes sobre el niño para que se vista, se comporte o participe en actividades que son, dentro de su subcultura, claramente para niños más jóvenes o más mayores y no para su nivel de desarrollo, y/o
- b) presiones constantes en contra de sus deseos para que asuma responsabilidades claramente por encima de sus capacidades y de su edad, y/o
- c) continuas discusiones acerca de temas de adultos (como actividades sexuales fuera o dentro del matrimonio) con un niño pequeño.

Las presiones inapropiadas para la persona pueden observarse por:

- a) presiones constantes sobre el niño para que participe en actividades (como deportes, música o trabajo escolar) que están en desacuerdo con los deseos expresados del niño y/o capacidades, y/o
- b) presiones constantes sobre el niño para que participe en actividades tan absorbentes que le ocupan tanto tiempo y energías, que resultan socialmente restrictivas y ponen de manifiesto las ambiciones de los padres más que los intereses del niño (como al forzarle a participar en actividades deportivas o artísticas de alta competición). Para que las presiones de los padres sean codificables deben ser definitivamente anormales en el contexto sociocultural familiar, inapropiadas en relación con las características del niño y persistentes y generalizadas. Sin embargo, pueden ser aplicables a uno de los padres sólo y estar presentes en sólo una de las tres categorías (edad, sexo y persona).

Excluye:

El estímulo especial de talentos que no son exclusivamente restrictivos; complacer los deseos del niño de participar en actividades altamente competitivas y que interfieren en su vida social; estimular al niño para que asuma responsabilidades que generalmente se asocian a grupos de mayor edad, pero que el niño acepta y maneja adecuadamente.

4.8 Otros

Aquellas otras cualidades anormales de crianza que no cumplen los criterios para las situaciones incluidas en los puntos 4.0 – 4.3, deben ser incluidas aquí únicamente cuando interfieren con las experiencias de aprendizaje adecuadas para el niño y están suficientemente alteradas como para constituir un riesgo psiquiátrico para éste.

5 Ambiente circundante anómalo

Esta categoría implica varios aspectos de la estructura social o física del ambiente del niño, que predisponen a una situación psicosocial adversa potencialmente generadora de riesgo psiquiátrico. Necesariamente, los efectos sobre el niño son menos directos que en la mayoría de las otras categorías, pero son incluidos por la evidencia de un riesgo. En ausencia de un conocimiento firme de los mecanismos preciso que median en tal riesgo, la codificación deberá basarse en la presencia de dicha variable estructural específica, y no en cualquier juicio acerca del daño real en un niño en particular.

Los criterios generales para esta categoría son:

- i. la estructura social/física del ambiente cercano del niño es marcadamente atípica para el contexto sociocultural.*
- ii. la atipicidad es de un tipo tal, que puede generar una situación psicosocial alterada o de desventaja; y*
- iii. empíricamente, existen datos que confirman que dicha situación supone un riesgo psiquiátrico para el niño.*

5.0 Crianza en instituciones

Esta categoría engloba todas aquellas situaciones en las que el cuidado del niño se produce en un marco institucional donde existe una atención en grupo más que familiar. Esto significa que los niños son cuidados por un amplio número de adultos sobre las bases de una atención compartida (por ejemplo, los cuidadores tienen su tiempo libre cuando otros se encargan de cuidar a los niños). Esto contrasta con la atención dentro de la familia, en la que los niños viven con uno o más adultos que proporcionan cuidado continuado sin ratos libres programados (aunque distintos cuidadores puedan ser empleados de forma alternativa). El cuidado en familia rara vez implica una atención regular durante la noche por parte de miembros no pertenecientes a dicha familia, mientras que el cuidado en grupo sí.

La mayoría de los tipos de crianza en instituciones utilizan un orden del día para los distintos cuidados; por ejemplo, cuidadores rotantes con períodos de trabajo y de ocio. En muchos casos esto va a suponer que haya un amplio número de adultos al cuidado de cada niño en particular. Esta falta de atención continuada por un grupo relativamente pequeño de adultos fácilmente accesibles constituye la diferencia más importante respecto al cuidado en familia, y es considerada por muchos autores como el principal riesgo psiquiátrico.

Las circunstancias que conducen a una crianza de tipo institucional incluyen:

- I. crianza en grupo en la que las responsabilidades parentales son asumidas por algún tipo de institución, como una casa cuna, orfanato o casa para los niños, o**

- II. la atención terapéutica del niño que está en el hospital, o convalciente en casa, o cualquier otra que se produzca sin que al menos uno de los padres esté con el hijo.

Pautas para el diagnóstico

Se deberá codificar como crianza institucional:

- A) cuando los cuidados tienen lugar en grupo y la atención es compartida dentro del mismo, al igual que los cuidados terapéuticos y de custodia (indistintamente de si el niño es acompañado o no por los hermanos), y
- B) este tipo e cuidado se ha presentado durante la semana (con o sin padres los fines de semana), y
- C) se ha producido a lo largo de un año (con o sin vacaciones con los padres) sin periodos vacacionales prolongados y regulares (como sería el caso de los escolares internados), y
- D) ha durado al menos tres meses.

Excluye: cuidados por una familia adoptiva (codificar 5.1)
estancia en internados periódicamente
cuidados terapéuticos en un contexto familiar en el que el niño vive al menos con uno de los padres.
cuidado institucional menor de tres meses (a tener en cuenta si se cumplen los criterios para 6.1)
todas las formas de cuidado diario no institucional.
custodia en la que el niño está en una institución penal o benéfica como resultado de actividades delictivas o cuasi delictivas, como reformatorios, casas para delincuentes, centro de detención o prisión (codificar 9.0)
cuidados terapéuticos para cualquier forma de trastorno psiquiátrico (codificar 9.0).

5.1 Situación parental anómala

Esta categoría engloba una gama heterogénea de situaciones que difieren de las formas tradicionales de crianza por dos padres biológicos. Con muchas de estas situaciones existe una evidencia empírica e asociación estadística con un aumento del riesgo psiquiátrico, aunque normalmente éste es relativamente pequeño. Esto es aplicable, por ejemplo, a familias con un solo padre, padres adoptivos, padrastros, padres en acogimiento, a la crianza de hijos ilegítimos por personas que no son los padres biológicos y a la ausencia de una relación parental estable de convivencia. En algunos de estos casos es probable que el riesgo provenga de las circunstancias psicosociales que han dado lugar a esta situación, más que de la situación en sí (por ejemplo, cuando se trata de una familia adoptiva). De esta forma, en la mayoría de los casos, las situaciones constituyen indicadores, más que mecanismos de riesgo.

Además de las situaciones con un riesgo psiquiátrico empíricamente demostrable (aunque con frecuencia pequeño), algunas otras situaciones son también incluidas porque la posible ausencia de riesgo es escasa o improbable. Son incluidas por su marcada atipicidad y porque presentan características paralelas con aquellas de riesgo psiquiátrico conocido. Estas situaciones de riesgo incierto comprenden la crianza por un padre homosexual, en una comuna donde no se da un contexto

familiar, por una pareja en la que la madre ha sido sometida a inseminación artificial con donante y por familiares en lugar de los padres.

Pautas para el diagnóstico

Las situaciones parentales anómalas incluyen:

- I. cuidados en familia de acogida, que no son parientes;
- II. crianza por parientes, que no son los propios padres (como abuelos, tíos o hermanos mayores);
- III. crianza por un padre soltero que no viven con otra persona (con o sin la presencia de otro allegado en la casa), como ocurre en el caso de las madres solteras, divorciadas, separadas o viudas;
- IV. crianza de un niño ilegítimo por una pareja que no son sus padres biológicos (por ejemplo, excluye a los niños que son legalmente ilegítimos, pero que, sin embargo, son criados por los padres biológicos que viven juntos),
- V. crianza por padrastros; por ejemplo, cualquier situación en la que uno de los padres convive con una pareja que no es el padre biológico del niño;
- VI. crianza por padres adoptivos (indistintamente de que el niño sepa o no que es adoptado);
- VII. crianza por padres que viven en un contexto no familiar, como en una comuna, donde la paternidad es compartida por otros, sin que los padres biológicos tengan un rol parental claramente demarcado;
- VIII. crianza por una madre que ha concebido a su hijo por inseminación artificial a través de un donante (independientemente de si el niño lo sabe);
- IX. crianza por una pareja homosexual (masculina o femenina);
- X. crianza por una pareja en la que uno de los padres es homosexual abiertamente;
- XI. crianza por una pareja que carece de una relación de convivencia estable (por ejemplo, continuas separaciones o cambios de pareja sin una diada parental consistente);
- XII. cualquier otra situación en la que la crianza es otra que la de dos padres biológicos que conviven.

Para ser incluida, la situación parental anómala debe haber durado, al menos, tres meses (sin embargo, para una duración menor, una de las categorías de acontecimientos vitales agudos puede ser aplicada y codificarse bajo el epígrafe "6").

Excluye: crianza de tipo comunal, en la que los padres proporcionan la atención.
familiar en exclusiva, complementada por cuidados diurnos del resto (por ejemplo, como en la mayoría de los "kibbutzs").
crianza por padres biológicos que conviven y cuya casa es compartida con otros allegados o no parientes.
crianza de un hijo legalmente ilegítimo por padres biológicos que viven juntos.

5.2 Familia aislada

Existe la evidencia de que las familias funcionan mejor cuando los padres tienen apoyo social de otras personas de fuera de la familia con las que mantienen una relación armoniosa y de confianza. También es evidente que los niños aprenden de las experiencias sociales fuera de la familia. Se ha podido observar cómo algunas familias con problemas psicosociales con sus hijos están socialmente aisladas, y cómo este aislamiento social extremo puede constituir un riesgo psiquiátrico para los niños. Esta categoría intenta abarcar aquellas situaciones caracterizadas por este aislamiento social extremo.

La característica principal es que la familia en conjunto se ha apartado de contactos sociales positivos o ha sido apartada por los demás debido a su comportamiento. Pueden existir o no interacciones adversas con otras personas en el vecindario o con asociaciones sociales. Sin embargo, la situación es definida en términos de falta de interacciones sociales positivas, por lo que la presencia o no de interacciones negativas es irrelevante para la codificación. No obstante, para ser codificable es necesario que el aislamiento social incluya a los niños (excepto si se trata de contactos sociales en el colegio).

El aislamiento puede haberse producido por una gran variedad de razones. Estas incluyen: ideación paranoide compartida por ambos padres; un sistema familiar cerrado, caracterizado por actitudes personales rígidas que difieren de las prevalentes en la subcultura; aislamiento como resultado del miedo a que se conozca un secreto familiar; el derivado de la personalidad anormal de los padres, y el que proviene de los vecinos porque el comportamiento de la familia es considerado ofensivo o inapropiado.

Pautas para el diagnóstico

Los criterios fundamentales para la codificación de aislamiento familiar son cuatro:

- I. la ausencia de contactos sociales armoniosos fuera de casa;
- II. la ausencia de visitas a la casa;
- III. la ausencia de amistades por parte de los padres, y
- IV. el que este aislamiento social incluya a los niños.

La falta de contactos sociales armoniosos fuera de la casa puede observarse por:

- A) la ausencia de participación en cualquier actividad grupal de carácter social (como la iglesia o un club social o deportivo), más que si ésta se produce muy infrecuentemente, y
- B) la ausencia de salidas con personas no allegadas (o relaciones fuera de familiares directos), más que si éstas se producen muy frecuentemente, y
- C) la ausencia de interacciones sociales regulares positivas con otras personas con las que se mantiene una relación de amistad persistente, más que de forma muy infrecuente (sin embargo, pueden darse conversaciones causales con otras personas con las que no se mantiene una relación persistente en lugares públicos, como bares; típicamente, en dichas interacciones los miembros de familias aisladas desconocen incluso los nombres de sus interlocutores).

La ausencia de visitas a la casa puede observarse por:

- A) el fracaso a la hora de invitar a otras personas a casa, más que de forma muy infrecuentemente, y
- B) el no favorecer las visitas inesperadas; más que muy rara vez, y
- C) la incapacidad para establecer relaciones con otras personas.

La falta de relaciones personales puede observarse por:

- A) la ausencia de relaciones de confianza con cualquiera de fuera de la familia cercana, y
- B) la ausencia de actividades regularmente compartidas con cualquiera de fuera de la familia cercana.

El que este aislamiento social se extienda sobre el niño podrá observarse por:

- A) la prohibición de que el niño traiga visitas a casa, más que muy infrecuentemente, y
- B) la prohibición de que el niño visite las casas de otras personas, más que muy infrecuentemente.

La esencia de esta categoría yace en lo generalizado que resulta este aislamiento social; de todos modos, es necesario que se cumplan los cuatro criterios y que en cada uno de ellos no existan excepciones significativas respecto a relaciones duraderas o actividades sociales positivas con otras personas de fuera de la familia (sin contar las que el niño tenga fuera de los confines de la familia, como en el colegio). Sin embargo, ni los contactos causales ni los formales que carezcan de actividades sociales compartidas o de confianza serán excluidos de la codificación.

Excluye: restricciones en los contactos sociales del niño que no forman parte de un aislamiento social y global de la familia (considerar, sin embargo, el código 4.0);

el aislamiento debido a la pertenencia a un grupo discriminado (codificar 7.0).

5.3 Condiciones de vida que crean una situación psicosocial potencialmente peligrosa

Es evidente que unas condiciones de vida pobre hacen que la paternidad sea más difícil y también generan estrés en los padres individualmente; sin embargo, no existen datos consistentes acerca de si tales condiciones suponen un riesgo psiquiátrico para los niños, independientemente del efecto en los padres. Aun así, hay grandes dificultades en establecer criterios respecto a qué se considera "condiciones de vida pobre", ya que difieren enormemente de un país a otro e incluso dentro del mismo país. De acuerdo con esta categoría, serían aquellas que generan una situación psicosocial potencialmente peligrosa, más que hablar en términos de nivel de pobreza o ausencia de facilidades en el hogar. En la medida en que la falta de comodidades en la casa o unos ingresos bajos tienen efectos en los padres o en la paternidad, deberán ser tenidos en cuenta en otras categorías en este eje psicosocial. Esta categoría se refiere únicamente a aquellas condiciones de vida que conducen a una situación psicosocial no cubierta por otras categorías y que son potencialmente generadoras de un riesgo psiquiátrico.

Dichas condiciones de vida caen dentro de dos categorías principalmente:

- I. aquellas que producen limitaciones maladaptativas en las interacciones dentro de la familia;
- II. aquellas que están asociadas a efectos maladaptativos fuera de la familia.

En cada caso, el criterio sería que las circunstancias han conducido a patrones atípicos para la cultura a la que pertenecen, constituyendo probablemente un riesgo psiquiátrico.

Pautas para el diagnóstico

Las limitaciones maladaptativas en las interacciones familiares pueden observarse por:

- A) la ausencia de espacio para dormir, de tal forma que dos o más adolescentes de sexo opuesto comparten la misma habitación; o
- B) la ausencia de espacio para dormir, de tal forma que un niño ha de compartir la habitación o cama de los padres a una edad considerada por encima de la apropiada dentro de la subcultura familiar, o
- C) el vivir temporalmente en una casa o cualquier otra acomodación que suponga una partición de la familia.

Los efectos maladaptativos fuera de la familia pueden observarse por:

- A) el vivir temporalmente en una casa o cualquier otra acomodación que suponga que la familia comparta espacio con otras familias, o
- B) el vivir temporalmente en una casa o cualquier otra acomodación que sea considerado un estigma público en la subcultura, o
- C) la ausencia de ingresos o un uso inapropiado de los mismos, de modo que los niños acudan a clase con ropa extraña o inadecuada dentro de la subcultura y que por ello sean objeto de burla de los demás, o
- D) la ausencia de ingresos o un uso inapropiado de los mismos, de tal forma que los niños no pueda participar en actividades propias de la subcultura.

Excluye: limitaciones de vivienda, que hacen que el niño tenga que compartir habitación con un familiar enfermo o trastornado (codificar bajo 2).
condiciones de vida que causen malnutrición (codificar bajo la categoría del trastorno somático apropiado).
condiciones de vida pobre, que no tienen un efecto maladaptativo y generador de un riesgo psiquiátrico.

5.8 Otros

Otras condiciones de vida que reúnen los criterios generales de un ambiente circundante anómalo, pero que no cumplen los criterios para el 5.0 al 5.3

6 Acontecimientos vitales agudos

Los acontecimientos vitales agudos parecen predisponer a precipitar trastornos psiquiátricos si son inherentemente displacenteros y si son los causantes de un cambio adverso prolongado en las circunstancias de la vida, o si alternativamente conducen a un deterioro a largo plazo de la visión que tiene el individuo acerca de sí mismo. Además, parece ser que las experiencias inusuales, extremadamente humillantes o terroríficas pueden producir secuelas a largo plazo, a pesar de su brevedad, si el trauma psicológico ha sido lo suficientemente severo. Esta categoría incluye un grupo de diferentes acontecimientos vitales que tienen en común el llevar asociado un riesgo psiquiátrico sustancial.

No se pretende que esta lista de acontecimientos vitales constituya un inventario de los eventos que podrían tener un impacto psicológico significativo en los casos individuales. Se sabe que dicho impacto está influenciado por una gran variedad de circunstancias personales. Así, si el ser elegido capitán de un equipo de deportes supone una recompensa para la mayoría de los niños, para otros que dudan sobre su capacidad para hacer frente a responsabilidades añadidas supondría una amenaza. Dichos valores individuales pueden ser cruciales para las formulaciones clínicas de las influencias psicosociales, pero inevitablemente están fuera del marco de la clasificación general usada en la práctica diaria (más que en una investigación sistematizada, donde se dispondría de datos suficientes para apoyara dichos juicios).

A menos que haya una característica especial que constituya una amenaza contextualizada marcada, los eventos normativos no son incluidos como estresores. Se consideran eventos normativos aquellos que son naturalmente esperables en la subcultura. Estos incluiría, por ejemplo: el empezar o dejar la escuela, examinarse, el nacimiento de un hermano, el que un hermano mayor deje la casa para casarse, etc. La razón de ser excluidos es que su poder explicativo es bajo, dado que les ocurre a casi todas las personas, y porque empíricamente su asociación con trastornos psiquiátricos es muy pequeña (si se da). De esta forma, los eventos normativos sólo son incluidos si existe al inusual en ellos que constituya un grado importante de amenaza contextual.

Una exclusión más sería la del grupo de eventos que han sido producidos por los propios niños. Así, la comparecencia en un juzgado bien puede ser una experiencia estresante para los delincuentes, pero no puede ser conceptualizada como un factor causal potencial e independiente para un trastorno psiquiátrico. De igual forma, el enfado de un padre porque el hijo no quiere ir al colegio puede ser estresante, pero no se puede separar del propio niño (considerar el código 9).

Deben codificarse aquellos eventos que son independientes y que han tenido lugar en un período específico de tiempo y que han originado un empeoramiento significativo en la vida del niño, o se han asociado a una amenaza psicológica prolongada grave sobre la visión del individuo de sí mismo. También se han supuesto tal grado de peligro o cambio disruptivo en la vida del individuo que perdura una sensación de miedo o inseguridad anticipatorias.

5.0 Pérdida de una relación afectiva

Es típico de los seres humanos que a partir de la segunda mitad de su primer año de vida y en adelante establezcan profundos lazos afectivos con otras personas. Estos lazos suponen un soporte emocional importante, por lo que su pérdida constituye un estresor psicosocial significativo. Para que esta pérdida sea codificada es necesario que la relación sea lo suficientemente estrecha a nivel emocional que aporte confianza y apoyo psicológico. Habitualmente, esto sería aplicable a todas las relaciones padre-hijo (incluso si existen componentes negativos importantes) y a las relaciones amorosas importantes durante la adolescencia. También sería aplicable a las relaciones con otros adultos (si son cuidadores de la propia familia o de fuera, siempre que vean al niño regularmente y le proporcionen apoyo y confort emocionales). Lo mismo sería aplicable a los hermanos o a los amigos íntimos si existe una relación basada en el apoyo y la confianza mutuas.

El segundo criterio para la codificación es que el niño lo perciba como una pérdida significativa. Esta pérdida puede ser total y permanente, como la muerte de un ser querido, o puede ser parcial y semipermanente, como cuando se reduce el contacto con el padre que no tiene la custodia tras un divorcio. En ambas situaciones podría asumirse que la pérdida afectará a niños de todas las edades, aunque responderán a ella de forma distinta según su nivel de desarrollo. Sin embargo, es de esperar que el grado en el que las separaciones temporales son vividas como una pérdida varíe en función de la edad. Otros niños son capaces de entender que la ausencia no es permanente y podrán mantener la relación mientras la persona querida permanece fuera (esto es mucho más difícil para los niños pequeños).

Pautas para el diagnóstico

La pérdida debe ser codificada sólo si se da en una relación estrecha emocionalmente y si el grado de pérdida es lo suficientemente grande como para suponer un riesgo psiquiátrico sustancial para la mayoría de los niños de la misma edad que viven en las mismas circunstancias. Se considera que la pérdida es significativa si:

- A) se produce la muerte de la persona que cumplía las funciones de padre a nivel social (independientemente de si esta persona sigue formando parte del hogar del niño; aunque es necesario que se haya producido el suficiente contacto en el pasado reciente para asegurarse de que el niño seguía considerándole como padre social), o
- B) marcha de la casa permanente o semipermanente por parte de uno de los padres sociales a causa de un divorcio, separación y otras formas de ruptura familiar (independientemente de si existe o no un acceso continuado del padre a los niños), o
- C) marcha temporal de la casa, aunque duradera, de uno de los padres sociales, debido a una enfermedad, a un trabajo en otro lugar del país o cualquier otro factor, considerando que es probable que, dada la edad del niño y/o sus circunstancias, la separación será sentida como una pérdida (por ejemplo, como en las ausencias mayores de un mes en los niños en edad preescolar), o

- D) muerte de un hermano (siempre que éste compartiese la casa con el niño y que la relación fuese estrecha y de apoyo), o
- E) marcha de la casa permanente o semipermanente de un hermano, en circunstancias que se perciben como una pérdida mayor (por ejemplo, cuando un hermano es separado para ser adoptado; mientras que un hermano que abandona el hogar para irse a un internado o para casarse, no), o
- F) muerte de un amigo especial, al que el niño ha visto frecuente y regularmente y con el que ha establecido una relación emocional de apoyo y confianza mutuos, o
- G) muerte o pérdida permanente de un adulto de fuera de la casa, al que el niño veía de forma regular y frecuente y con el que mantenía una relación amorosa estrecha, de confianza y apoyo emocional, o
- H) muerte de una mascota, con la que el niño mantenía una relación estrecha (esto es aplicable a un perro, pero probablemente no lo sea a un pájaro; sin embargo, el grado de afecto en la relación debe ser juzgado a partir de la interacción lúdica y de la carga emocional con la que se ha investido a ésta), o
- I) rechazo importante por parte de alguien con quien el niño mantiene una relación estrecha y de afecto (por ejemplo, un desaire por parte de un amigo no sería considerado como tal, pero sí la ruptura de una intensa relación de amor durante la adolescencia), o
- J) pérdida de un embarazo deseado (codificar 6.3 si no es deseado), o
- K) hermano que nace muerto.

Excluye: Las pérdidas que resultan del internamiento del niño en una casa de adopción u otra institución (6.1) o las que resultan de un patrón anormal de relaciones familiares (6.2).

6.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa

Es evidente que la admisión de niños en residencias institucionales frecuentemente constituye una experiencia de estrés psicosocial significativo. Sin embargo, esto varía en función de las circunstancias y la edad del niño. En parte, el estrés proviene de la pérdida o de la interrupción de las relaciones afectivas al se apartado de su hogar; en parte, de la falta de cuidados continuados que pueden ser consecuencia de la vida institucional; por otro lado, de los desaires y rechazos que pueden verse en algunos casos de cambio de hogar, y, por último, de las experiencias adversas o molestas que tienen lugar en la nueva ubicación (como ocurre con algunas de las admisiones en los hospitales). Los niños más pequeños (especialmente los preescolares) experimentan con mayor frecuencia el estrés tras haber sido apartados de sus casas (como cuando se encuentran en el hospital), porque les cuesta más mantener la relación afectiva durante el período de ausencia y porque les cuesta más entender lo que está pasando y por qué es necesario que suceda. En resumen, estancias muy breves en el hospital (menores de una semana) no constituyen una amenaza significativa, pero la admisión en una casa de acogida u orfanato de la duración que sea sí la conlleva, dado su mensaje implícito de rechazo. Una única admisión en el hospital puede acarrear un grado pequeño de estrés, pero son sólo los ingresos repetidos (cuando al menos ha existido un ingreso previo durante los años de preescolar) los que conllevan un riesgo psiquiátrico significativo. El haber apartado al niño de su hogar puede haber sido motivado por la sospecha de abuso o negligencia de los padres; aún así, si el niño ha establecido cualquier relación de vínculo con los padres, el apartarle puede ser una amenaza importante para él (a pesar de que lo que se ha buscado ha sido aliviar su sufrimiento).

Pautas para el diagnóstico

El apartar al niño de su hogar acarreará una amenaza contextualmente significativa si ha existido:

- A) una admisión por el tiempo que sea en una casa de acogida u orfanato (hay que excluir las admisiones a consecuencia del propio comportamiento alterado del niño; codificar entonces 9.1), o
- B) la admisión en el hospital por segunda vez cuando han existido uno o más ingresos durante el período preescolar (hay que excluir los ingresos por alteraciones psiquiátricas; codificar 9.1).

Excluye: un único ingreso en el hospital (si ésta ha supuesto una situación amenazante puede ser codificado como 6.5), un período de tiempo fuera de casa que no conlleva una amenaza contextualmente significativa (como, por ejemplo, unas vacaciones prolongadas, la estancia con familiares o la convalecencia tras una enfermedad física). el apartar al niño de su hogar por su comportamiento alterado (codificar 9.1).

6.2 Alteración en el patrón de las relaciones familiares

La mayor parte de los factores de riesgo que se originan de patrones anormales de las interacciones o relaciones familiares están incluidos en la categoría 1. Sin embargo, esta categoría proporciona los medios para codificar los cambios adversos más importantes dentro de los patrones de relación del niño en la familia, al haber entrado en ésta una nueva persona que, en algún sentido, resta importancia o constituye un rival para las relaciones afectivas del niño. Por consiguiente, para la codificación se requieren dos criterios:

- I. ha llegado una nueva persona a la familia, y
- II. su llegada ha producido un cambio negativo importante en los patrones de relación del niño dentro de la familia.

Las situaciones más frecuentes en las que estos criterios son aplicables son un nuevo matrimonio por parte de uno de los padres, lo que significaría la entrada en la familia de un padrastro, y el nacimiento de un hermano menor. Ninguno de ellos ha de ser considerado automáticamente como relevante, sino que para ser codificados debe existir la evidencia de que la entrada de la nueva persona ha significado un cambio adverso significativo en las relaciones del niño dentro de la familia (habitualmente con uno de los padres o principales cuidadores).

Pautas para el diagnóstico

Un nuevo matrimonio es uno de los padres cumpliría los criterios para un patrón alterado de las relaciones familiares, si se acompaña de:

- A) una reducción importante de la interacción padre-hijo, o
- B) una falta relativa de disponibilidad por parte del padre para proporcionar apoyo emocional, o
- C) un cambio significativo en el patrón familiar de comunicación/interacción, de la disciplina o de la crianza del niño, o
- D) la asunción por parte del padrastro de un rol parental antes de establecer una relación estable con el niño, o
- E) la entrada en la familia de hermanastros que interfieren en la unión que existía previamente entre el padre y el hijo.

Lo mismo puede aplicarse cuando un padre separado/divorciado establece una nueva relación amorosa que no acaba en matrimonio; su relevancia debe ser determinada por los criterios señalados para el matrimonio de uno de los padres. Igualmente, la entrada en la casa de un hermanastro puede ser relevante si ha afectado adversamente a las relaciones existentes en la familia, aunque su llegada no coincida con el nuevo matrimonio.

El nacimiento de un hermano cumpliría los criterios si se presenta cualquiera de los criterios de la a) a la e) para el matrimonio de uno de los padres. Normalmente, el nacimiento sería relevante si ha existido un incremento en las confrontaciones negativas padre-hijo, si se ha producido la exclusión del niño de los cuidados e interacciones con el nuevo bebé y/o si se ha dado una marcada disminución de la disponibilidad del padre para proporcionar apoyo emocional, conversación o juegos al niño.

La entrada de otros nuevos miembros en la casa puede ser de importancia si se cumplen los criterios anteriores. Por tanto, la codificación será considerada también si, por ejemplo, se adopta un niño, si los padres acogen a un niño o cuando un hermano mayor vuelve a casa con su propio hijo. El criterio esencial no es el grado de cambio, sino la afectación que éste produce en el patrón de relaciones familiares preexistentes del niño.

6.3 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima

El concepto que tiene cada uno de su propia valía forma parte importante del desarrollo adaptativo de la personalidad, por lo que su pérdida constituye un estresor psicosocial significativo que conlleva una seria amenaza. Dicha pérdida de autoestima puede producirse por:

- I. el fracaso del niño en alguna tarea específica dentro de un área que es de elevada consideración personal, o
- II. el descubrimiento por parte del niño de un hecho personal o familiar que es percibido como avergonzante o estigmatizante, o
- III. una humillación pública importante, o
- IV. la pérdida importante de confianza o respeto hacia una persona querida de la que el niño recibía apoyo emocional, o
- V. la pérdida de respeto hacia uno mismo, que puede estar asociada a un embarazo no deseado (independientemente de si éste es llevado a término o no).

La característica principal de los sucesos que reúnen los criterios de esta categoría es que han de producir un cambio tal que se produzca una valoración negativa del niño sobre sí mismo.

Pautas para el diagnóstico

El fracaso en las tareas será considerado relevante si:

- I. el fracaso es importante, bien por su efecto en los progresos del niño en alguna actividad o área de funcionamiento, o bien por el impacto sobre su propia imagen, y
- II. el fracaso es en un área investida de una alta consideración personal, y
- III. el fracaso es percibido como una falta de competencia o capacidad del propio niño. Así el fracaso en un examen del colegio no cumpliría estos criterios; el fracaso en un examen público sí los cumpliría sólo si el éxito fuera importante para el niño, tanto para su propia valoración como para la progresión de su carrera. El fracaso en un área no escolar (como música o deportes) deberá ser juzgado según los mismos criterios. El despido laboral puede considerarse que cumple los criterios de la pérdida de autoestima involucrada.

El descubrimiento de algún hecho avergonzante o estigmatizante puede ser considerado como relevante si conduce a que el niño se sienta seriamente degradado o devaluado en su propia autoestima. Obviamente, el que dicho descubrimiento tenga o no ese efecto dependerá de las expectativas y normas tanto personales como subculturales. Sin embargo, los sucesos que deben ser considerados como importantes deben incluir el descubrimiento de que:

- A) el niño es ilegítimo, o
- B) el padre es homosexual, o
- C) el padre resulta ser un criminal importante, o
- D) la familia no puede hacer frente a los gastos (como cuando se desahucian al no poder pagar la casa), o
- E) la niña se queda embarazada en circunstancias consideradas vergonzantes en la subcultura en la que vive.

La humillación pública es relevante si supone una valoración negativa del niño por parte de amigos, familia y otras figuras de importancia para él. Esto puede producirse si, por ejemplo, los profesores se mofan públicamente del aspecto físico del niño o de las costumbres de los padres; también si el niño es objeto de burla por sus compañeros arrastrándole a una humillación pública (si esto supone una violencia que cumple los criterios del punto 6.5 se deben codificar ambos). La humillación resultante del propio comportamiento alterado del niño no debe ser incluida aquí (codificar 9.2).

Los acontecimientos o sucesos que conducen a la pérdida de la confianza o respecto depositados en una persona querida deben ser incluidos si la pérdida ha sido importante o si la persona le proporciona gran apoyo emocional. Esto puede ocurrir, por ejemplo, si el niño descubre que lo que le han dicho sus padres o la forma de actuar de éstos están basadas en una mentira (como cuando le dicen que son sus padres biológicos, cuando en realidad es adoptado).

6.4 Abuso sexual (extrafamiliar)

Epidemiológicamente se sabe que los incidentes sexuales con niños son extremadamente frecuentes, de tal forma que es probable que la mayoría de los incidentes menores tengan poca significancia psicológica. Se desconoce con certeza qué tipo de incidentes tienen mayor probabilidad de ser perjudiciales. Sin embargo, es presumible que la magnitud del riesgo psiquiátrico esté influenciada por el grado en que implica directamente al niño, por el grado de intrusión personal (sexual), o está centrado en el abuso de poder basado en la edad, autoridad o la relación personal/profesional, y por el grado de trauma o coerción física.

Pautas para el diagnóstico

Los incidentes sexuales son considerados como abuso si:

- I. la otra persona es sustancialmente mayor que el niño (por ejemplo, no se trata de una relación amorosa equitativa, en la que la otra persona es técnicamente un adulto, pero en términos reales es vista por el niño como un compañero igual a él),
y
- II. el incidente sexual se produjo sobre las bases de la posición o el estatus de la otra persona (él o ella era el médico del niño, un sacerdote o un cuidador profesional de fuera de la casa), o
- III. el niño no deseaba participar (indistintamente de si hubo o no resistencia activa).

Además, la codificación de abuso requiere que:

- A) haya habido o se haya intentado el contacto con los pechos o genitales del niño, o
- B) haya habido o se haya intentado el contacto con los pechos o genitales de la otra persona, o
- C) la otra persona se haya expuesto sexualmente, existiendo tocamientos o intentos (por ejemplo, la exposición de genitales a distancia o de forma no directa hacia el niño estaría excluida), o
- D) la otra persona ha podido desvestirse al niño (o ha hecho que se desnude) en circunstancias en que esto era socialmente inaceptable, o
- E) la otra persona ha seducido al niño para que se vaya con él (dentro de un vehículo o a otro lugar) en circunstancias en que esto acarrea una amenaza psicológica.

Excluye: Abuso sexual dentro de la familia (1.4)

6.5 Experiencias personales atemorizantes

En conjunto, la evidencia limitada de la que se dispone sugiere que las experiencias atemorizantes breves, aunque desconcertantes, habitualmente no conllevan un riesgo psiquiátrico significativo a largo plazo. Sin embargo, parece que sí lo acarrearán si la naturaleza o contexto del acontecimiento supone una amenaza implícita o explícita con respecto al futuro bienestar del niño. Dichas amenazas proceden de la incertidumbre derivada de las posibles graves consecuencias, del daño real a otros o del trauma persistente en el niño.

Pautas para el diagnóstico

Para ser incluida, la experiencia debe estar claramente fuera de los acontecimientos esperables y constituir una amenaza para el futuro del niño.

Dicha amenaza puede manifestarse en:

- A) serias incertidumbres acerca de si el niño saldrá ileso (como en el caso de ser secuestrado o retenido como rehén, aunque no haya resultado herido), o
- B) si existe implícitamente una seria amenaza de muerte (como inundaciones, terremotos, volcanes y otros desastres naturales que producen la muerte o lesiones graves a otras personas física o emocionalmente cercanas al niño, incluso cuando éste sale ileso), o
- C) el niño es herido, produciéndose una seria amenaza para la seguridad o la autoimagen de éste (como la mordedura de un perro en la cara o cuando se ve envuelto en un accidente en el que se producen graves daños de otras personas o propiedades), o
- D) si existe un dolor severo prolongado (como las quemaduras extensas y graves), o
- E) si el niño es testigo de un grave accidente o trauma deliberado en miembros de su familia o en otros individuos con los que tiene una relación emocional estrecha (como violación, asalto con violencia o accidente de tráfico grave), o
- F) si el niño está involucrado en un episodio que amenaza a la propiedad, en circunstancias que conllevan también una amenaza personal (por ejemplo, un robo en el que se trastorna la habitación del niño, o que el niño descubre a los ladrones entrando en la casa, o es asaltado o se encuentra en compañía de un familiar que es atracado), o
- G) si el episodio es repetitivo o recurrente (por ejemplo, seria intimidación en el colegio o en el vecindario).

Excluye:

- desastres naturales en los que el niño no está directamente implicado, pero que producen la muerte de alguien cercano a éste (codificar 6.0);
- desastres que conllevan una amenaza potencial para la familia, pero que no es percibida directamente por el niño, como por ejemplo, un accidente nuclear en el vecindario (codificar sólo si existen elementos que reúnan los criterios para otras categorías).
- malestar civil que no afecta directamente al niño, no constituyendo una amenaza a largo plazo.
- acontecimientos vitales que afectan a miembros de la familia, pero no directamente al niño (codificar sólo si la reacción familiar produce situaciones psicosociales que cumplen criterios para otras categorías).

6.8 Otros

Cualquier otro acontecimiento vital agudo no recogido en las categorías de la 6.0 a la 6.5 que cumple los criterios generales para los acontecimientos que implican una sustancial amenaza contextual a largo plazo (psicológica o física).

7 Factores estresantes sociales

Esta categoría engloba aquellos estresores que reflejan factores y que derivan de fuerzas o características sociales más amplias, y no tanto características del entorno inmediato del niño o sus experiencias individuales. Para ser incluidos, los acontecimientos, circunstancias o sucesos deben afectar directamente al niño y conllevar un grado sustancial de amenaza psicológica o física a largo plazo.

7.0 Persecución o discriminación negativa

Esta categoría incluye acontecimientos o experiencia que:

- I. afectan directamente al niño, y
- II. producen una amenaza a largo plazo, y
- III. suponen una persecución o discriminación adversas basadas en la pertenencia del niño a alguna etnia, religión u otro grupo más amplio (más que en las características personales del niño).

La codificación debe reservarse a experiencias/sucesos que conducen:

- I. a un daño físico, o
- II. a la exclusión de actividades de importancia para el niño, o
- III. a la humillación o estigmatización públicas subyacentes en comportamientos molestos que forman parte de un amplio rango de estresores corrientes en la vida.

Pautas para el diagnóstico

La persecución/discriminación negativa puede incluir:

- A) golpes u otro tipo de degradación física (como, por ejemplo, manchar la ropa del niño),
- B) impedir que el niño participe en actividades de ocio y trabajo que le gusten,
- C) forzar a que el niño sea públicamente etiquetado por medio de la roja que usa, o teniendo que sentarse o jugar en determinadas áreas, etc..., o
- D) cualquier forma de estigma o humillación pública grave.

En todos los casos es necesario que la discriminación se base en la pertenencia del niño a un grupo (definido por el color de la piel, religión, origen étnico, etc.), más que en las propias características del niño, apariencia o comportamiento. La burla o el apodo que no se sigue de lo esperable por parte de un grupo de compañeros desagradables no sería suficiente para la codificación. Sin embargo, la humillación pública o conducta discriminatoria de un profesor debe ser incluida.

Excluye: El intimidar a molestar al niño por sus características personales (considerar si cumple los criterios para el punto 6.5 ó 6.3).

7.1 Migración o cambio social

La evidencia limitada de la que disponemos sugiere que el riesgo psiquiátrico asociado a movimientos geográficos es pequeño (cambios de casa o colegio). Sin embargo, puede existir un riesgo significativo si:

- I. el cambio ha sido forzado (como ocurre con los refugiados a os desahuciados), o
- II. se produce una importante ruptura de lazos o relaciones personales, o
- III. el traslado supone un cambio a una subcultura muy diferente, o
- IV. el niño en su nuevo entorno ha de aprender otro idioma, o
- V. se produce una pérdida importante de estatus social.

Pautas para el diagnóstico

Los movimientos deben ser incluidos si:

- A) el niño es desplazado a otro entorno sin su familia (como ocurre en ciertos tipos de evacuación), o
- B) el traslado de la familia es forzado e implica la pérdida de seguridad personal (como ocurre con los refugiados o los desahuciados de sus casas); no incluye, sin embargo, traslados como consecuencia de realojamientos si no existe una amenaza prolongada, o
- C) el traslado supone un cambio a una cultura radicalmente diferente o el niño debe aprender un nuevo idioma (no se incluyen los casos en los que el niño conserva parte de su propia subcultura, como en las familias de diplomáticos o militares), o
- D) el cambio supone una reducción en el bienestar o estatus social del niño (por ejemplo, ruina familiar).

7.8 Otros

Cualquier otro estresor social no cubierto por las categorías 7.0 y 7.1, y que cumpla los criterios generales para los estresores sociales.

8 Estrés crónico interpersonal asocial con el colegio / trabajo

Tanto el colegio como el trabajo constituyen dos entornos sociales en los que las personas se desenvuelven la mayor parte del tiempo. Esta categoría hace referencia a aquellas relaciones anormales dentro de la escuela o el trabajo que son de un tipo y severidad tal, que constituyen un riesgo psiquiátrico para la gente joven. En este aspecto existe un paralelismo con las relaciones intra familiares anormales incluidas en las categorías de la 1.0 a la 1.8. El estrés interpersonal crónico asociado con el trabajo/colegio puede provenir del rechazo por parte de los compañeros, de ser la víctima propiciadora de los profesores (o de los supervisores en el trabajo) o de malestar o disputas generales en el mismo.

El estrés interpersonal debe estar asociado al colegio o al trabajo para puntuar en esta categoría, pero no tiene necesariamente que ser experimentado sobre las premisas, ni ha de involucrar a personas de estos medios. Así, por ejemplo, la intimidación en el camino al colegio por alumnos de otros centros debería ser incluida.

Como ocurre con las relaciones anormales dentro de la familia, con frecuencia las propias acciones, actitudes o respuestas del niño habrán jugado una parte importante en la creación o perpetuación de las dificultades interpersonales en el colegio o el trabajo. Sin embargo, se deben codificar únicamente sobre las bases de un comportamiento anormal en la otra persona, independientemente de la contribución del propio niño a la relación alterada.

8.0 Relaciones de disputa con los compañeros

Esta categoría incluye los desacuerdos entre el niño y sus compañeros. La ausencia de relaciones positivas no es suficiente para la codificación, debe existir un intercambio negativo activo e importante. Igualmente, episodios repetidos y breves de peleas tampoco son suficiente; más bien, la relación debe ser persistentemente negativa. Una única relación marcadamente negativa y que cumpla todos los criterios diagnósticos o relaciones múltiples del mismo tipo sí deben ser incluidas. Como principio general, la presencia de relaciones discordantes debe ser codificada, a pesar de que existan relaciones positivas compensadoras de las otras.

Pautas para el diagnóstico

Las relaciones con los compañeros deben ser consideradas anormales cuando el niño es:

- A) repetidamente atormentado, denigrado o insultado, o
- B) repetidamente amenazado o intimidado, o
- C) coaccionado a participar en actividades en contra de sus deseos, o
- D) extorsionado, o
- E) rechazado activamente, ignorado o aislado por sus compañeros, o
- F) repetidamente sometido a experiencias humillantes.

8.1 “Cabeza de turco” para profesores o supervisores en el trabajo

Esta categoría se refiere a los sentimientos marcadamente negativos y personalmente focalizados de uno o más profesores o supervisores en el trabajo hacia el niño. Estos sentimientos deben estar específicamente dirigidos al niño, pero es posible que sean aplicables a más de un niño en el grupo de compañeros.

Pautas para el diagnóstico

La codificación requiere que:

- I. el comportamiento negativo del adulto es claramente anormal en su forma y/o grado, y
- II. está específicamente dirigido al niño como individuo, y
- III. es persistente en el tiempo y generalizado a varios comportamientos del niño (por ejemplo, una reacción excesiva por parte del adulto hacia una o dos acciones específicas del niño no sería adecuada para la codificación).

La hostilidad “cabeza de turco” puede observarse por:

- A) una tendencia irracional a culpabilizar al niño por problemas o dificultades en el colegio o trabajo, o
- B) críticas repetidas hacia el niño que le denigran como persona, y que generalizan fallos del pasado o anticipan futuros fracasos, o
- C) una tendencia general a atribuir al niño características negativas, o
- D) una tendencia clara y específica de molestar al niño o de involucrarse en intercambios negativos cuando el adulto se siente miserable, irritado o malhumorado, o
- E) tratar al niño injustamente en relación con otras personas en el trabajo o en la escuela, con una excesiva carga de trabajo o responsabilidades, excluyéndole de actividades positivas o ignorando sus dificultades o necesidades.

8.2 Desasosiego en el ambiente escolar/laboral

Esta categoría alude a la disconformidad o desasosiego por la situación en el trabajo o en el colegio, que afecta al niño de forma importante, pero que se debe principalmente al desacuerdo entre los otros y no con el niño. Para ser codificada, la situación debe ser anormal en el contexto sociocultural, debe haber durado al menos la mitad del período de tiempo necesario para la codificación y debe haber afectado al niño considerablemente. La disconformidad/desasosiego puede producirse fundamentalmente entre varios de los otros niños, entre adultos en el trabajo o en el colegio, o entre los profesores y otros compañeros (o supervisores y otros trabajadores). Para ser codificada debe interferir en la realización de la tarea por parte del niño, o debe afectar a las relaciones interpersonales en el trabajo o en el colegio.

Pautas para el diagnóstico

La situación en el trabajo o en el colegio ha de ser considerada como anormal si se caracteriza por lo siguiente:

- A) un comportamiento persistente y repetidamente disruptivo, con frecuentes disputas, altercados o actos agresivos o destructivos, protagonizados por adultos, otros niños o ambos, o
- B) una ausencia marcada de control y disciplina, de tal forma que el trabajo no puede proseguirse o es necesaria la asistencia repetida de los demás para recuperarlo, o
- C) frecuentes disputas o peleas entre profesores (o supervisores en el trabajo).

8.8 Otros

Cualquier otro estrés interpersonal crónico, asociado al trabajo o al colegio, que cumpla los criterios generales de tipo y severidad para esta categoría, pero que no pueda ser codificado bajo los puntos 8.0 al 8.2.

Excluye: El estrés resultante del fracaso escolar o de una enseñanza inadecuada, o de otros aspectos no sociales relacionados con el trabajo o el colegio.

9 Situaciones o acontecimientos estresantes de los propios trastornos o discapacidades del niño

Esta categoría está limitada estrictamente a aquellos eventos o situaciones resultantes del propio trastorno o discapacidad del niño (por ello no pueden ser codificados bajo las categorías de la 1 a la 8), pero cuya existencia es causa de un estresor adicional importante. Por lo tanto, el que el niño viva en una institución residencial puede haber sido resultado de su trastorno, pero al mismo tiempo, la crianza en instituciones puede constituir per se un riesgo psiquiátrico adicional. Igualmente, el niño puede ser expulsado del colegio por su comportamiento disruptivo, pero aún así, la propia expulsión puede suponer un factor estresante más significativo. Esta categoría debe ser utilizada únicamente si claramente la situación resultante del propio trastorno/discapacidad del niño constituyó realmente un estresor sustancial adicional.

Como se ha dicho previamente, es probable que el comportamiento del niño haya contribuido en parte a una gran variedad de situaciones psicosociales anormales. Por ejemplo, esto es frecuente en muchos casos de disputas dentro de la familia o en el colegio. Sin embargo, este supuesto no debe ser una razón para codificar la situación aquí (ver instrucciones para las categorías 1 a 8). La categoría 9 se reduce a aquellas situaciones en las que el papel del niño como desencadenante de las mismas es el principal e importante.

9.0 Crianza en instituciones

La codificación para esta categoría debe ser hecha de acuerdo con los criterios diagnósticos para el punto 5.0, con el requerimiento adicional de que esta crianza haya sido ocasionada por el propio trastorno/discapacidad del niño. Por lo tanto, la crianza en un hospital psiquiátrico o en una institución para delincuentes debe ser incluida aquí.

9.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa

Los criterios para esta categoría son los mismos que para la categoría 6.1, pero con el requerimiento adicional de que el cambio de hogar se haya producido como consecuencia del propio trastorno/discapacidad del niño.

9.2 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima

La codificación de esta categoría sigue los criterios para la categoría 6.3, pero con el requerimiento adicional de que el suceso fue primariamente debido al propio comportamiento del niño. por lo tanto, la pérdida de autoestima puede deberse a la exposición pública de un aspecto avergonzante en el comportamiento del niño, de la humillación asociada a la expulsión del colegio o al despido en el trabajo, o de la pérdida de confianza o respeto en alguien importante para el niño, como consecuencia de las acciones de éste.

Excluye: La pérdida de autoestima como consecuencia del descubrimiento de un aspecto avergonzante o estigmatizante en otros miembros de la familia (codificar 6.3)

9.8 Otros

Cualquier situación/suceso que acarree una amenaza contextual a largo plazo que cumpla los criterios generales para la categoría 9. Esta categoría debe ser usada sólo cuando claramente dicha situación sea el resultado del propio trastorno/discapacidad del niño y haya supuesto un estresor adicional importante para éste.

Este eje debe reflejar el funcionamiento psicológico, social y ocupacional, a la vez que la evaluación clínica del paciente. Excepto para trastornos muy agudos, debería ser evaluado durante el período que abarca los tres meses previos, pero la intención es que la codificación refleje el funcionamiento durante el período del trastorno. Los códigos deben recoger la disminución en el funcionamiento psicosocial, consecuencia del trastorno psiquiátrico (por ejemplo, cualquier trastorno del eje i). De un trastorno específico del desarrollo psicológico (por ejemplo, cualquier trastorno del eje ii) o de retraso mental (por ejemplo, una codificación dentro de los epígrafes 70 al 79 en el eje iii). Lo que es debido a limitaciones físicas o ambientales no debe ser codificado aquí. Se debe evaluar el nivel de funcionamiento más bajo del sujeto durante los tres últimos meses, y codificar sobre las bases del funcionamiento social del niño acorde con su contexto real de oportunidades, sin tener en cuenta la presencia/ausencia de síntomas psiquiátricos.

La evaluación de la discapacidad psicosocial se basará en la capacidad del niño para mantener relaciones relativamente armoniosas con sus padres, hermanos, profesores y otros adultos. También del grado en que el niño se cuida de estar limpio y arreglado de acuerdo con su edad y circunstancias sociales; colaboración razonable en las tareas domésticas; capacidad de marcharse de casa sin dificultad; realización de sus deberes adecuadamente según su edad e inteligencia; capacidad de establecer relaciones en las que comparte distintas actividades con sus compañeros; participar en actividades de ocio y en trabajos remunerados (si es contratado). La decisión acerca de si la discapacidad es debida a un trastorno psiquiátrico debe basarse fundamentalmente en si el cambio en el grado de funcionamiento psicosocial está relacionado significativamente con el tiempo de inicio de los síntomas psiquiátricos, y si hay una explicación plausible sobre cómo los síntomas han podido conducir a la discapacidad únicamente con factores mentales, codificada en los tres primeros ejes, difiere de los criterios empleados en la clasificación multiaxial de la OMS para los trastornos psiquiátricos en adultos, que permite la codificación de las discapacidades causadas por trastornos tanto mentales como físicos.

0 Funcionamiento social bueno o superior

Se refiere a un buen funcionamiento en todos los aspectos sociales. por ejemplo: unas buenas relaciones interpersonales dentro de la familia, con compañeros y adultos fuera de ésta, el poder manejar todas las situaciones sociales y el que el niño tenga una amplia gama de intereses y actividades de ocio.

1 Funcionamiento social moderado

Globalmente existe un funcionamiento moderado, con algunas dificultades transitorias o de menor importancia en una o dos áreas solamente (el funcionamiento puede ser o no superior en una o dos áreas distintas).

2 Discapacidad social leve

se da un funcionamiento adecuado en la mayoría de los aspectos, pero existen pequeñas dificultades en, al menos, una o dos áreas (por ejemplo, problemas con las amistades, actividades o intereses sociales limitados, dificultades en las relaciones familiares, problemas para hacer frente a distintas situaciones sociales o dificultades con adultos fuera de la familia).

3 discapacidad social moderada

Discapacidad moderada en, al menos, una o dos áreas.

4 Discapacidad social grave

Discapacidad importante en, al menos, una o dos áreas (ausencia marcada de amistades, incapacidad para hacer frente a situaciones sociales nuevas o incapacidad para acudir a clase).

5 Discapacidad social grave y generalizada

Discapacidad importante en la mayoría de las áreas.

6 Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas

Necesidad de una supervisión continuada o de cuidados por parte de otras personas para mantener el funcionamiento diario. El niño es incapaz de manejarse completamente solo.

7 Discapacidad social grosera/persistente y generalizada

Algunas veces el niño es incapaz de atender mínimamente su propia higiene personal, de vez en cuando requiere una supervisión continuada para no perjudicarse a sí mismo o a los otros, o existe un deterioro grosero en todas las formas de comunicación.

8 Discapacidad social profunda/persistente y generalizada

Incapacidad persistente para atender su propia higiene personal, riesgo de dañarse gravemente a sí mismo o a otros, o ausencia total de comunicación.

CRITERIOS PARA EL PUNTAJE ESCALA PANSS

Escala Positiva (P)

P1. Delirios. Creencias que son infundadas, no realistas y extravagantes.

BASE PARA EL PUNTAJE: CONTENIDO DEL PENSAMIENTO EXPRESADO EN LA ENTREVISTA Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RELACIONES SOCIALES.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Presencia de una o dos ideas delirantes que son vagas, no cristalizadas, y no son sostenidas con tenacidad. No interfieren con el pensamiento, relaciones sociales o el comportamiento.
4. Moderado – Presencia ya sea de un conjunto caleidoscópico de ideas delirantes mal formadas o inestables, o pocas ideas delirantes bien formadas que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
5. Moderado-severo – Presencia de numerosas ideas delirantes bien formadas que son tenazmente sostenidas y ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
6. Severo – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están cristalizadas, posiblemente sistematizadas, y son tenazmente sostenidas e interfieren claramente el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
7. Extremo – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están ya sea altamente sistematizadas o muy numerosas, y que dominan las principales facetas de la vida del paciente. Esto frecuentemente resulta en acciones inapropiadas e irresponsables, que incluso pueden amenazar la seguridad del paciente o de otros.

P2. Desorganización conceptual. Desorganización del proceso del pensamiento caracterizado por una interrupción en la secuencia dirigida a un objetivo, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones sueltas, falta de lógica general, o bloqueo del pensamiento.

Base para el puntaje: procesos cognitivos-verbales observados durante el curso de la entrevista.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Hay dificultad en dirigir el pensamiento a un objetivo, y algunas asociaciones sueltas pueden evidenciarse bajo presión.
4. Moderado – Capaz de enfocar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero se vuelven sueltas o irrelevantes cuando se trata de comunicaciones más complejas o bajo mínima presión.

5. Moderado-severo – Generalmente tiene dificultad en organizar el pensamiento, como se muestra en las frecuentes desconexiones o asociaciones y respuestas al margen aun sin estar exigido.
6. Severo – El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, resultando con irrelevancias generales y desorganización en el proceso del pensamiento, lo que ocurre casi permanentemente.
7. Extremo – El pensamiento está desorganizado a tal grado que el paciente es incoherente. Hay marcadas asociaciones sueltas que resultan en total falla de la comunicación, por ejemplo “ensalada de palabras” o mutismo.

P3. Comportamiento alucinatorio. Información verbal o comportamiento que indica percepciones que no están generadas por estímulos externos. Estas pueden ser auditivas, visuales, olfatorias o somáticas.

Base para el puntaje: Información verbal o manifestaciones conductuales durante la entrevista así como informe de enfermería o de familiares.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o algunas percepciones anormales vagas que no alteran el pensamiento o la conducta.
4. Moderado – Las alucinaciones ocurren frecuente pero no continuamente, y el pensamiento y comportamiento del paciente están afectados en grado mínimo.
5. Moderado-severo – Las alucinaciones son frecuentes, pueden involucrar más de una modalidad sensorial y tienden a distorsionar el pensamiento o trastornar el comportamiento. El paciente puede tener una interpretación delirante de estas experiencias y tener respuestas emotivas y en ocasiones también verbales.
6. Severo – Las alucinaciones están presentes casi continuamente, distorsionando gravemente el pensamiento y el comportamiento. El paciente trata las alucinaciones como percepciones reales y su funcionamiento está impedido por las frecuentes respuestas emocionales y verbales.
7. Extremo – El paciente está casi totalmente preocupado por las alucinaciones, que prácticamente dominan el pensamiento y el comportamiento. Las alucinaciones están provistas de una interpretación delirante rígida y provocan respuestas verbales y del comportamiento, que incluyen la obediencia a las órdenes alucinatorias.

P4. Excitación. Hiperactividad reflejada en una actividad motora acelerada, respuesta exagerada a estímulos, hipervigilancia o labilidad afectiva excesiva.

Base para el puntaje: Manifestaciones del comportamiento durante el curso de la entrevista o bien informe de enfermería o de familiares.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Tiende a estar ligeramente agitado, hipervigilante o excitado durante la entrevista, pero sin episodios específicos de excitación o labilidad efectiva marcada. El lenguaje puede estar ligeramente acelerado.
4. Moderado – Agitación o excitación claramente evidentes durante la entrevista, afectando el lenguaje y la movilidad general; pueden ocurrir estallidos episódicos en forma esporádica.

5. Moderado-severo – Se observan hiperactividad significativa o estallidos frecuentes de actividad motora, lo que dificulta que el paciente permanezca sentado por más de unos minutos.
6. Severo – La entrevista está dominada por una excitación marcada, que disminuye la atención y afecta en cierto grado las funciones personales como comer y dormir.
7. Extremo – La excitación muy marcada interfiere seriamente el comer y dormir y hace que las interacciones personales sean virtualmente imposibles. La aceleración del lenguaje y la actividad motora pueden señalar incoherencia y agotamiento.

P.5 Grandiosidad. Opinión de sí mismo exagerada y convicciones de superioridad irreales que incluyen habilidades extraordinarias, riqueza, conocimiento, fama, poder y rectitud moral.

Base para el puntaje: Contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia en el comportamiento del paciente.

1. Ausente- La definición no se aplica
2. Mínimo- Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales
3. Ligero - Se evidencia algo de expansividad o jactancia, pero sin ser claramente delirio de grandeza
4. Moderado - Se siente clara e irrealmente superior a otros. Algunas ideas delirantes mal formadas acerca de status u habilidades especiales pueden estar presentes pero no influyen en el comportamiento
5. Moderado-severo - Ideas francamente delirantes en relación a sus habilidades, status o poder sobresalientes, que influyen en su actitud pero no en su comportamiento.
6. Severo – Expresa ideas francamente delirantes de marcada superioridad en más de un parámetro (riqueza, conocimiento, fama, etc.) que influyen notablemente en sus interacciones y comportamiento
7. Extremo – Pensamiento, interacciones y comportamiento dominados por delirios múltiples de habilidad, riqueza, conocimiento, fama, poder y/o estatura moral excepcionales que pueden tener rasgos bizarros.

P6. Suspiciacia/ Persecución Ideas irreales o exageradas de persecución reflejadas en actitud defensiva, desconfiada, sospecha hipervigilante, o franco delirio de que alguien desea dañarle.

Base para el puntaje: Contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia en el comportamiento

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Presenta actitud defensiva o francamente desconfiada, pero sus pensamientos, interacciones y comportamiento están mínimamente afectados.
4. Moderado – La desconfianza es claramente evidente e interfiere con la entrevista y/o el comportamiento, pero no hay evidencias de delirio de persecución. Alternativamente, puede haber indicios de un delirio de persecución laxamente formado, pero que parece no afectar la actitud del paciente o sus relaciones interpersonales.

5. Moderado-severo – El paciente muestra marcada desconfianza, que ocasiona grave distorsión de las relaciones interpersonales, o un delirio persecutorio claramente definido con impacto limitado en sus relaciones interpersonales o su comportamiento.
6. Severo – Delirio de persecución franco que puede estar sistematizado y que interfiere en forma significativa en las relaciones interpersonales.
7. Extremo – Una trama de delirios de persecución sistematizados dominan el pensamiento del paciente, sus relaciones sociales y su comportamiento.

P7 Hostilidad Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, comportamiento pasivo-agresivo, abuso verbal y agresividad

Base para el puntaje: Comportamiento interpersonal observado durante la entrevista e informes de enfermería o de familiares.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Comunicación de ira indirecta o restringida como sarcasmo, falta de respeto, expresiones hostiles y ocasionalmente irritabilidad.
4. Moderado – Presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando frecuentemente irritabilidad y expresión directa de enojo o resentimiento.
5. Moderado-severo - el paciente está muy irritable y ocasionalmente hay abuso verbal o amenazas.
6. Severo – Falta de cooperación; el abuso verbal y las amenazas influyen notablemente en la entrevista y tienen un impacto serio en las relaciones sociales. El paciente puede estar violento y destructivo pero no agrede físicamente a otros.
7. Extremo – La ira excesiva produce total falta de cooperación, evitando otro tipo de interacciones, así como episodios de agresión física hacia otros.

CRITERIOS PARA EL PUNTAJE ESCALA PANSS

Escala Negativa (N)

N1. Embotamiento Afectivo Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación.

Bases para la evaluación: Observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

□

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.

4. Moderado: Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
5. Moderado - severo: El afecto es generalmente "apático" con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.
6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.
7. Extremo: Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de "madera".

N2. Retracción emocional. Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos.

Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

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

N3. Pobre relación: Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal.

Bases de valoración: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.

4. Moderada: El paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés..
5. Moderada - severa: La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.
6. Severa: El paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.
7. Extrema: Falta de implicación total con el entrevistador. El paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. Retracción social, apatía pasiva. Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas.

Bases de valoración: Informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

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

N5. Dificultad de pensamiento abstracto. Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema.

Bases de valoración: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente..

4. Moderada: Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
5. Moderada - severa: Trata principalmente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacío o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas
7. Extrema: Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación: Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal.

Bases de evaluación: Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.

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

N7. Pensamiento estereotipado. Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril.

La base para la evaluación: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.

4. Moderada: La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.
5. Moderada - severa: El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
6. Severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación
7. Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del paciente

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL

PG1. Preocupaciones somáticas. Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna.

Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado en la entrevista.

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

PG2. Ansiedad. Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico.

Bases para la valoración: Comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.

4. Moderado: El paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.
5. Moderado severo: El paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.
6. Severo: Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.
7. Extremo: La vida del paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual esta casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. Sentimientos de culpa. Remordimientos o auto reproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado.

Bases para la valoración: Comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.

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

PG4. Tensión motora. Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud.

Bases para la valoración: Manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

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

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

PG5. Manierismos y posturas. Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante.

Bases para la valoración: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.
4. Moderado: La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el paciente mantiene una postura artificial.
5. Moderado severo: Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
6. Severo: Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
7. Extremo: El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. Depresión. Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo.

Bases para la valoración: Manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.

4. Moderado: Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y el paciente puede ser generalmente animado.
5. Moderado severo: Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. El paciente no puede ser fácilmente animado.
6. Severo: Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de auto abandono.
7. Extremo: Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, auto abandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. Retardo motor. Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor.

Bases para la valoración: Manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.

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

PG8. Falta de colaboración. Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

Bases para la valoración: Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.

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

PG9. Inusuales contenidos del pensamiento. El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas.

Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

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

PG10. Desorientación. Falta de conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento.

Bases para la valoración: Respuestas a preguntas sobre orientación.

1. Ausente: No cumple la definición.

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

PG11. Atención deficiente. Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo.

Bases para la valoración: Manifestaciones durante el curso de la entrevista.

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

PG12. Ausencia de juicio e introspección. Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo.

Bases para la valoración: Contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

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

PG13. Trastornos de la volición. Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje.

Bases para la valoración: Contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.

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

PG14. Control deficiente de impulsos. Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

Bases para la valoración: Conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.
4. Moderado: El paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.
5. Moderado severo: - El paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.
6. Severo: El paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.
7. Extremo: El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. Preocupación. Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa.

Bases para la valoración: Conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.

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

PG16. Evitación social activa. Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza.

Bases para la valoración: Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente parece molesto por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario, si bien participa en actividades sociales cuando es requerido para ello.
4. Moderado: El paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.
5. Moderado severo: El paciente se mantiene alejado, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo sin realizar actividad productiva alguna.
6. Severo: El paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.
7. Extremo: No se puede implicar al paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evita todas las relaciones y permanece aislado de los demás.

FICHA EVOLUCION
PERSONAS EN TRATAMIENTO POR PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA

Nombre _____

PATerno

MATerno

NOMBRE

RUT: _____

TELEFONO _____

Evaluación Escala PANSS inicial

Fecha _____

SUBESCALA POSITIVA

- P1 Delirios1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P2 DESORGANIZACION CONCEPTUAL..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P3 Comportamiento alucinatorio.... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P4 Excitación.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P5 Grandiosidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P6 Suspicion / persecución.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P7 Hostilidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Evaluación Escala PANSS a los 6 meses de tratamiento

..

Fecha _____

SUBESCALA POSITIVA

- P1 Delirios1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P2 DESORGANIZACION CONCEPTUAL..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P3 Comportamiento alucinatorio.... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P4 Excitación.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P5 Grandiosidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P6 Suspicion / persecución.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P7 Hostilidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

INSTRUCCIONES: CIRCULE EL PUNTAJE DE CADA ITEM SIGUIENDO LA LINEA DE LA ENTREVISTA CLINICA ESPECIFICA. CONSULTE EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEFINICION DE LOS ITEMS, LA DESCRIPCION DE PUNTOS DE ANCLAJE Y ASIGNACION DE PUNTAJE

1 = AUSENTE, 2 = MINIMO, 3 = LIGERO, 4 = MODERADO, 5 = MODERADO – SEVERO, 6 = SEVERO,
7 = EXTREMO

INSTRUCCIONES: CIRCULE EL PUNTAJE DE CADA ITEM SIGUIENDO LA LINEA DE LA ENTREVISTA CLINICA ESPECIFICA. CONSULTE EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEFINICION DE LOS ITEMES, LA DESCRIPCIÓN DE PUNTOS DE ANCLAJE Y ASIGNACION DE PUNTAJE

1 = AUSENTE, 2 = MINIMO, 3 = LIGERO, 4 = MODERADO, 5 = MODERADO – SEVERO, 6 = SEVERO,
7 = EXTREMO

ANEXO 5

Escala de evaluación de la actividad global (GAF)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuo* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

100	ACTIVIDAD SATISFACTORIA EN UNA AMPLIA GAMA DE ACTIVIDADES, NUNCA PARECE	
		□ superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen),	
	□ buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional	□
81	con miembros de la familia).	
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante	
	□ agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una	□ discusión
	familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral	
71	o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).	
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna	
	□ dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o	
	□ robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones	
61	interpersonales significativas.	
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia	□
	ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej.,	
51	pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).	
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o	
	□ cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos,	
41	incapaz de mantenerse en un empleo).	
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es □	□ a veces
	ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el	

<p>▫ trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo</p> <p>▫ (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar;</p> <p>▫ un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a 31 la escuela).</p>
<p>30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o</p> <p>▫ existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente,</p> <p>▫ actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar ▫ en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o 21 amigos).</p>
<p>20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una</p> <p>▫ expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u</p> <p>▫ ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de 11 excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).</p>
<p>10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) ▫ o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave 1 con expectativa manifiesta de muerte.</p>
<p>0 Información inadecuada.</p>

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: «Clinicians' Judgments of Mental Health». Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. Desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

Escala CGI

IMPRESIONES CLINICAS GLOBALES

Nombre del usuario

Fecha de evaluación Ficha clínica

MARQUE LA CASILLA ADECUADA

1.- Severidad de la enfermedad:

- 0 Normal, sano
- 1 ¿Enfermo?
- 2 Levemente enfermo
- 3 Moderadamente enfermo
- 4 Marcadamente enfermo
- 5 Severamente enfermo
- 6 Extremadamente enfermo

2.- Mejoras globales:

- 0 Mejoría muy importante
- 1 Mejoría importante
- 2 Mejoría mínima
- 3 Sin cambio
- 4 Desmejora mínima
- 5 Desmejora importante
- 6 Desmejora muy importante

**CRITERIOS DE EVALUACION
PARA MONITOREAR LA IMPLEMENTACION DEL
PROTOCOLO AUQE DE ESQUIZOFRENIA**

1. **Atención oportuna:** La persona que es derivada por sospecha diagnóstica de esquizofrenia a la unidad especializada de psiquiatría es atendida dentro de los 20 días siguientes por un psiquiatra, verificable en registro en ficha clínica.

SI () NO ()
2. Existen registros de todas las intervenciones y procedimientos efectuados a la persona

SI () NO ()
3. A las personas con sospecha diagnóstica de EQZ se les realiza proceso diagnóstico según protocolo:
 - a. Al menos 2 entrevistas clínicas por psiquiatra **SI () NO ()**
 - b. exámenes de acuerdo a protocolo **SI () NO ()**
 - c. pruebas psicométricas o de psicodiagnóstico según de acuerdo a protocolo **SI () NO ()**
 - d. aplicación de instrumentos protocolizados (CIE 10 Multiaxial, PANSS y GAF) **SI () NO ()**
4. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben tratamiento farmacológico de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
5. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben actividades de psicoeducación de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
6. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben intervenciones terapéuticas de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
7. Los familiares de las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben intervenciones de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
8. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben rehabilitación psicosocial de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
9. Se establecen modificaciones en el tratamiento de las personas con esquizofrenia en base a observaciones registradas por el equipo clínico, según criterios definidos en protocolo

SI () NO ()