

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA INVESTIGACION PSIQUIATRICA (**) (A propósito de evaluación de psicofármacos)

Eliana Morales Garfias(*)

Introducción

La acción del trabajador social en la investigación psiquiátrica puede dirigirse hacia el estudio y diagnóstico psicosocial de factores que interactúan en el desencadenamiento y recuperación de los cuadros psiquiátricos y como evaluación y análisis de estos factores en el seguimiento de pacientes sometidos a algún programa de investigación psicoterapéutica y/o farmacológica.

Llevando a cabo estas acciones de estudio e investigación social aportamos importantes antecedentes para la concepción integral del paciente psíquico, reforzando el marco conceptual del "hombre en situación".

El presente trabajo se centra en la descripción de los instrumentos psico-sociales empleados en un programa de seguimiento de pacientes esquizofrénicos en prueba de psicofármacos, evaluando, a través del seguimiento social, el ajuste personal y la adaptación del paciente en las áreas de actividad y participación social en el transcurso de un año de tratamiento. Además, se comunican algunos aspectos generales del funcionamiento de sus familias y los cambios que ocurren en éstas paralelamente a la evolución del paciente.

Consideramos que el estudio de familia es indispensable, no sólo como interés académico de la investigación, sino para generar líneas de acciones terapéuticas que involucren un compromiso del quehacer profesional en su rol como partícipe del equipo de salud mental en nuestra realidad.

Descripción de la Muestra

La muestra estaba constituida por 20 pacientes esquizofrénicos en primer brote o crónicos rea-

gudizados, con familias residentes en el área metropolitana.

14 de los pacientes eran de sexo masculino y 6 de sexo femenino; la mayoría de los hombres se concentraba entre las edades de 16 y 25 años, mientras que la edad de las mujeres fluctuaba entre 26 y 35 años. 18 pacientes eran solteros (15 hombres y 3 mujeres), 1 era casado y otro separado de hecho. El nivel predominante de escolaridad era secundario o equivalente y universitario; el nivel más bajo correspondía a 2 pacientes que habían completado la escuela básica. Antes de la irrupción de la psicosis, 10 de los 20 pacientes eran estudiantes, 4 empleados técnico-administrativo y 1 profesional universitario en ejercicio. Al iniciar el tratamiento, 17 de los pacientes se encontraban inactivos desde hacía 6 meses a 4 años.

17 de los 20 pacientes procedían de familias nucleares. El nivel socio-económico, medido considerando el ingreso familiar per capita y la satisfacción de necesidades básicas, era bajo medio. En cambio el status socio-cultural, determinado a través de las expectativas culturales del grupo, del nivel de escolaridad de sus miembros y el medio social donde se desenvuelven, era medio-alto (Gráfico N°1).

(*) Asistente Social, Académico - Dpto. Psiquiatría y Salud Mental - División de Ciencias Médicas - Facultad de Medicina - Universidad de Chile - Santiago.

(**) Este trabajo es complementario a la prueba de un psicofármaco de acción prolongada realizado en el Servicio de Psicofarmacología Clínica - Hospital Psiquiátrico "El Peral" - Facultad de Medicina Sur - Universidad de Chile - Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental: "Evolución Clínica y Social en un año de Seguimiento de pacientes esquizofrénicos en Prueba de Psicofármaco Penfluridol".
Levy V., Morales E., Hormazabal L., Shilkrut R.- Trabajo publicado por Revista Latinoamericana de Neurología y Psiquiatría, 1981.

FAMILIA: COMPARACION DE NIVEL SOCIO-ECONOMICO Y SOCIO-CULTURAL

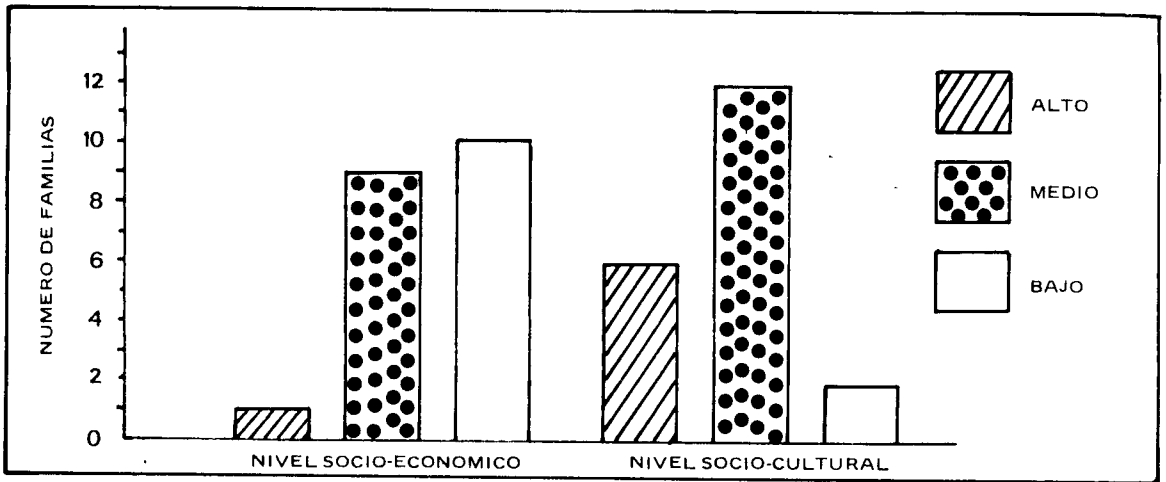


GRAFICO 1

Método e Instrumentos

El set terapéutico estaba formado por un Médico Psiquiatra, una Asistente Social Psiquiátrica y un Auxiliar de Enfermería. Se trabaja en base a estudio semiestructurado con contacto psicoterapéutico y reunión quincenal de grupo de pacientes, con el objeto de observar actitud social y psicoterapia.

El estudio de familias se realizó utilizando el método de caso social-psiquiátrico, a través de entrevistas y visitas domiciliarias efectuadas por la asistente social en calidad de observador participante. Además, se efectuaron entrevistas semiestructuradas con el familiar que tenía una relación más adecuada con el paciente, con el objeto de aplicar los protocolos de evolución clínico-social familiar.

Para protocolizar el seguimiento social y el estudio de familia se emplearon 3 instrumentos diseñados especialmente para la investigación, y se consideró además, la observación de la actividad desarrollada por el paciente.

1.- Ficha psicosocial integral. Este instrumento abarca:

- Individualización integral del paciente y de su grupo familiar, precisando nivel socio-económico y socio-cultural.
- Aspectos psicosociales propiamente tales, como estructura, status familiar y ejercicio de roles. Para

ello se utilizó el esquema de posiciones familiares, según modelo de familia chilena de cultura latinoamericana. Este modelo fija el ejercicio de roles según la edad, peso en las decisiones familiares y grado de reconocimiento por los otros. Se correlacionó este modelo ideal con el que en la realidad representaba la familia del paciente al irrumpir la psicosis.

- Actitud familiar frente a la enfermedad.
- Diagnóstico social de comienzo de la experiencia.

Este protocolo se completó en el curso de los primeros 6 meses de la experiencia. En el aspecto de asunción y ejercicio de roles, se completó al comienzo y al fin de la experiencia.

2. Cuestionario clínico-social (adaptación de escala BRPS). (1).

Se consideró importante complementar la evolución psicopatológica evaluada en el set de entrevista psiquiátrica y medida empleando el BRPS, con un protocolo que documentara la observación directa de la conducta espontánea del paciente en su medio. Con este objeto, se elaboró un cuestionario clínico-social, trasladando cada ítem del BRPS a preguntas formuladas en un lenguaje simple y directo; cada ítem se evalúa con un puntaje de 1 a 5 empleando los mismos criterios descritos para el BRPS. Este instrumento, que hemos designado como cuestionario clínico-social, se aplicó al familiar con mejor contacto con el paciente antes del comienzo del tratamiento y después de 3,

6 y 12 meses de evolución. (El texto completo del cuestionario clínico social y su correspondencia con los ítems del BPRS aparecen en el anexo 1.).

3. Escala de participación social:

Con el objeto de protocolizar variables que reflejaran objetivamente el quehacer, la conducta y la participación social del paciente, se elaboró un instrumento que comprende 6 ítems que apuntan a medir el grado de integración del paciente en:

- a) Vida familiar
- b) grado de contacto (comunicación)
- c) vida de relación de pareja
- d) vida de relación de amigos
- e) participación en actividades de grupos informales
- f) participación en grupos organizados de comunidad.

Cada ítem se evaluó con un puntaje de 1 a 5. La escala de participación social fue evaluada por la asistente social, a través de la observación del comportamiento del paciente en estas áreas, en los mismos momentos evolutivos en que aplicó el cuestionario clínico social (BPRS adaptado). El texto completo de la escala aparece en el anexo 2).

EVOLUCION CUESTIONARIO CLINICO-SOCIAL
(B.P.R.S. ADAPTADO)

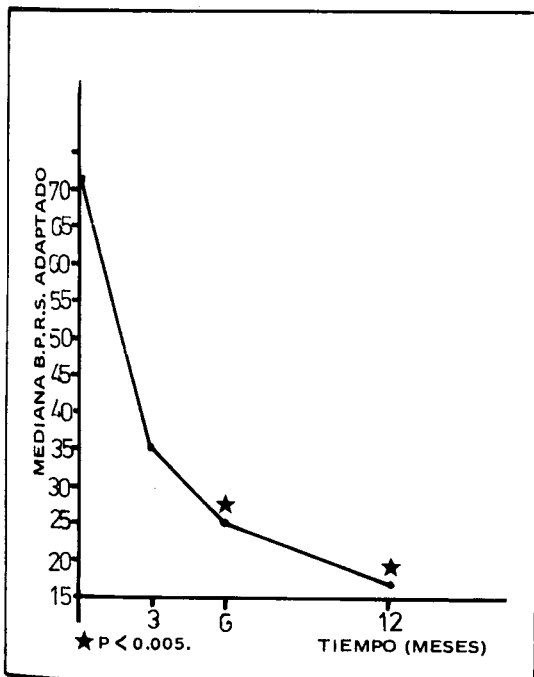


GRAFICO 2

4. El nivel de actividad del paciente:

Antes del comienzo del tratamiento y después de 1 año de evolución, fue evaluado por la asistente social mediante observación directa o información entregada por las personas inmediatas a su quehacer específico.

El estudio estadístico se realizó empleando el test de Wilcoxon y la correlación de Spearman.

Resultados

1. ASPECTOS GENERALES Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO.

17 de los 20 pacientes completaron el año de seguimiento; los 3 restantes fueron retirados de la experiencia por indicación médica. En el año de seguimiento, 6 de los pacientes (30%) intentaron abandonar el tratamiento, pero el manejo ambiental efectuado por asistente social psiquiátrica logró que todos ellos reiniciaran su terapia.

2. EVOLUCION DE CUESTIONARIO CLINICO SOCIAL (BRPS adaptado).

Se observó una mejoría gradual y progresiva en todas las áreas que mide también la escala BPRS. Al comienzo del tratamiento los pacientes presentaban un puntaje elevado (mediana de 73,5 en una escala máxima de 90 puntos), el que descendió progresivamente hasta llegar a una mediana de 19 a los 12 meses de tratamiento (Gráfico N°2).

La diferencia entre el puntaje antes de iniciar el tratamiento y el obtenido después de 3, 6 y 12 meses de evolución fue estadísticamente significativo, como asimismo entre cada uno de los momentos estudiados.

Se compararon los puntajes del BPRS adaptado con los obtenidos en el BPRS, obteniéndose un alto nivel de correlación para todos los momentos del estudio (Gráfico N°3).

3. EVOLUCION DE LA ESCALA DE PARTICIPACION SOCIAL:

La evolución de los puntajes en este instrumento diseñado para evaluar el efecto resocializador(2), mostró una mejoría significativa. Antes del comienzo del tratamiento, los pacientes tenían el máximo puntaje que permitía la escala (mediana: 30). Se observó una disminución gradual y mante-

nida del puntaje hasta llegar al año de tratamiento a una mediana de 10, siendo 6 el mínimo que permite la escala (Gráfico N°4). Los resultados fueron estadísticamente significativos en prácticamente todos los cortes estudiados.

La observación directa y periódica de los pacientes en su contexto nos permite afirmar que existió una mejoría evidente en la participación social, que trasciende a todos los ámbitos de la conducta y de las relaciones interpersonales. Se observaron más abiertos y espontáneos y con una recepción adecuada de los estímulos provenientes de su entorno.

EVOLUCION CLINICA Y CLINICO-SOCIAL

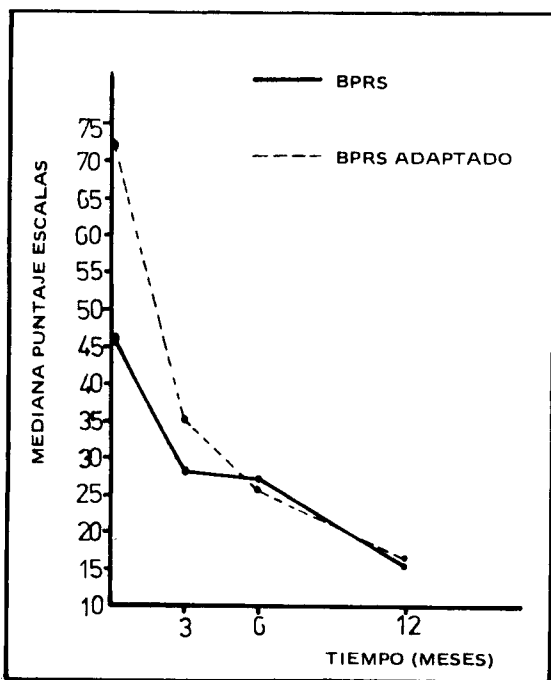


GRAFICO 3

4. EVOLUCION DEL NIVEL DE ACTIVIDAD: (Gráfico N°5).

Antes del comienzo del tratamiento, 17 de los 20 pacientes se encontraban inactivos desde hacía meses a años. Al año de tratamiento, 13 han reiniciado actividad laboral regular, 12 en su nivel previo, con rendimiento satisfactorio, y 1 con descenso de su nivel ocupacional, por carencia de plaza en el mercado laboral. Una paciente está incorporada a programa terapéutico de reactivación laboral, con excelente rendimiento y adecuación, y otra ha reiniciado paulatinamente su quehacer doméstico.

Un paciente, que vive una situación de sobreprotección anormal de la madre, se ha reincorporado parcialmente y con oscilaciones, y otro ha permanecido apático a través de todo el seguimiento; en este último han fracasado los intentos de activación por factores de ansiedad, grave deterioro de la personalidad y abuso de medicamentos.

ACTIVIDAD AL AÑO DE SEGUIMIENTO

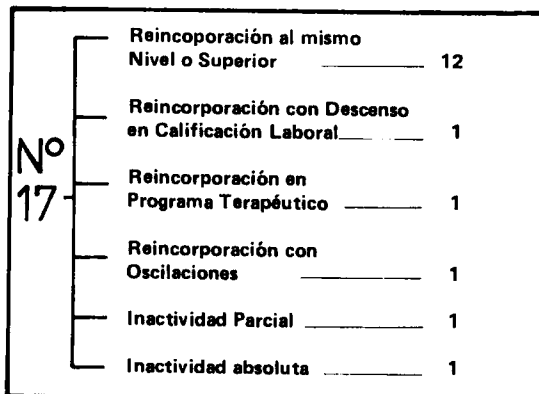


GRAFICO 5

EVOLUCION ESCALA PARTICIPACION SOCIAL

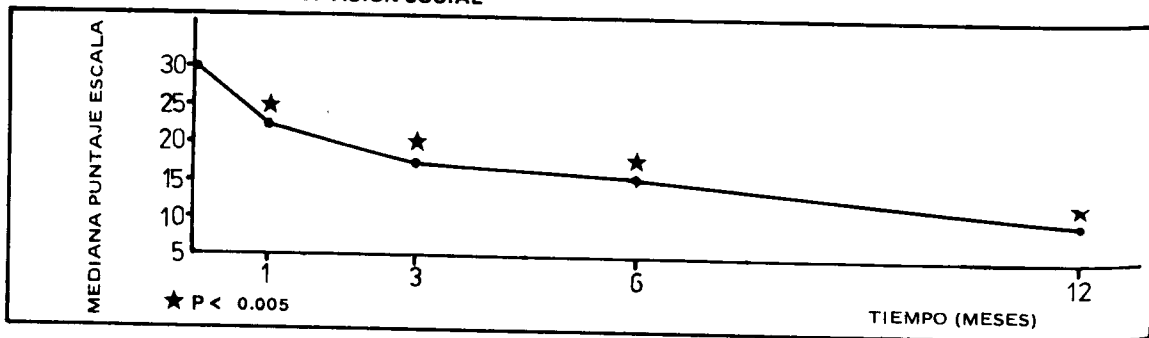


GRAFICO 4

En resumen, la evolución socio-laboral objetiva la influencia favorable del tratamiento sobre la apatía y el autismo.

5. EVOLUCION DEL MODELO DE STATUS FAMILIAR:

La observación a lo largo de 1 año de la forma de vida de estas familias, nos permite afirmar que en un 80% de ellas existía patología evidente de la dinámica familiar, en cuanto a su estructura y función de los roles. Además, existía un alto grado de patología parental, ya sea en ambos cónyuges o en uno de ellos, bajo la forma de personalidades anormales, psicosis y/o alcoholismo. Sólo en 3 de las familias estudiadas se encontró que no había patología psiquiátrica evidente en los padres.

En relación a la dinámica familiar alterada, a la patología de los padres y a la enfermedad del paciente, se observó que en todos los casos excepto en uno, existía una alteración global del status familiar. El paciente estaba relegado al último lugar de prestigio, a veces en compañía de uno de sus padres con evidente patología psiquiátrica; los roles que debían ejercer los pacientes eran asumidos por otros miembros del grupo familiar.

Con el tratamiento del paciente, en 12 de sus familias hubo modificación del status; en 8 de ellas se modificó exclusivamente la posición del paciente por aumento de prestigio y actitud activa en la dinámica familiar. En las otras 4, se desarrollaron además de la mejoría del status del paciente, mecanismos psicodinámicos familiares que mejoraron el status global familiar. El paciente que pese a su psicosis no había perdido status, lo acrecentó con su mejoría clínica.

En 7 de las familias estudiadas no hubo modificación del status familiar; éstas corresponden a los pacientes con peor respuesta clínica.

Discusión

En la presente publicación se comunican los resultados de una experiencia terapéutica de 1 año de duración, efectuada en pacientes esquizofrénicos empleando un neuroléptico de acción prolongada (*), el que fue administrado en un set terapéutico constituido por médico psiquiatra y asistente social. En esta prueba de fármaco, paralela a la evaluación psicopatológica, se intentó documentar el efecto activador del medicamento a través de la

observación de los cambios que ocurrían en el comportamiento social y en la actividad laboral de los pacientes en tratamiento. De esta observación y evaluación, podemos concluir que el fármaco estudiado tiene un efecto activador y facilitador de la sociabilidad, que le da un perfil diferente al de otros neurolépticos de acción prolongada. En una experiencia con el empleo de Modecate (*), y en concordancia con la experiencia internacional, hemos comunicado que durante el primer año de tratamiento, paralelamente a la supresión de los fenómenos psicóticos, un alto porcentaje de los pacientes muestra un grado considerable de apatía, lo que se traduce en la reincorporación laboral, que se efectuaba preferentemente en actividades de tipo artesanal-doméstico o de pseudo-empleo, con un alto porcentaje de insatisfacción en sus tareas (8). En cambio, en el set terapéutico aquí descrito, la totalidad de los pacientes que completaron 1 año de tratamiento se encontraron incorporados a algún nivel de actividad laboral remunerada y los estudiantes completaron a satisfacción su año escolar y cursaron niveles superiores. Este resultado traduce la evolución clínica de los pacientes, en los que se observa disminución del autismo y de la

apatía, con mantención o mejoría de la capacidad de insight. Esto permite orientar la psicoterapia al desarrollo personal y el trabajo terapéutico familiar al desarrollo de actitudes sanas y al estímulo de espacios vitales satisfactorios, en el sentido de obtener niveles de diferenciación más aceptables.

Pese a que en la literatura se ha enfatizado la importancia de la familia en la génesis y evolución del proceso esquizofrénico, llama la atención la escasez de instrumentos que permitan objetivar la estructura y dinámica de estas familias y las modificaciones que en ella ocurren con el tratamiento del paciente (14). Por esta carencia de instrumentos adecuados, fue necesario diseñar escalas que fuesen capaces de traducir la evolución psico-social de los pacientes.

El BPRS modificado o cuestionario clínico-social mostró una alta correlación con la evaluación psiquiátrico-clínica efectuado por medio del BPRS. Esta concordancia entre la observación efectuada por especialista y la llevada a cabo por un miembro seleccionado de la familia, nos confirma que se trataría de un método adecuado como indicador de los cambios en el comportamiento social del pa-

(*) Medicamentos con propiedad antipsicótica.

ciente. Estos cambios no siempre son posibles de evidenciar en la entrevista clínica, que por definición, se desarrolla en un ambiente artificial, tiene una duración limitada en el tiempo y puede ser influida por actitudes de reticencia o finalismo del paciente o por expectativas no advertidas del examinador.

La escala de participación social mostró también una evolución paralela a la mejoría clínica del paciente y a su reincorporación laboral, y nos ha parecido como un instrumento de estructura sencilla, de fácil aplicación, que traduce con fidelidad el comportamiento del paciente en su vida habitual.

Nos parece que el uso conjunto de varios instrumentos, como la observación familiar protocolizada, la medición de la participación social y la documentación de la actividad del paciente, aplicados en su conjunto, dan una imagen real de lo que está sucediendo, complementan la observación del psiquiatra y perfilan al paciente como persona en su actividad social y no sólo en situación de examen.

En estudios efectuados empleando diferentes neurolepticos de acción prolongada, en nuestro medio y en el extranjero, se ha comunicado que un 20 a 30% de los pacientes lo interrumpen (8, 15, 16, 17). En el presente estudio, 30% de los pacientes intentaron abandonarlo, pero en todos ellos el manejo ambiental efectuado por el asistente social impidió que se concretara el drop-out. Esta observación enfatiza la importancia de la incorporación del asistente social psiquiátrico al equipo terapéutico.

La experiencia obtenida a través de la observación familiar, nos permite afirmar que existe patología en el sentido de estructuras anómalas del sistema y patología de los padres, lo que está en concordancia con la bibliografía internacional (5). Este aspecto descriptivo familiar constituye un proyecto complementario y será motivo de otra comunicación, pero consideramos importante bosquejar algunas observaciones preliminares acerca de la estructura de estas 20 familias estudiadas.

Son familias cerradas, estáticas, sin vida de relación extrafamiliar; la modulación de la afectividad es pobre y no hay manifestaciones afectivas al interior de la familia. Sólo en 2 de las 20 familias se daba complementariedad y estructura adecuada, permisiva de la diferenciación y autonomía individual. Estas familias cerradas, se dan con funcionamiento formal de los roles, se excluye los miembros que se independizan, se cierra el círculo familiar y se los vivencia como extraños y sin derecho

a participar. Son familias con existencias individuales, retraídas, no permiten inclusión de otros miembros sin satisfacción fuera del hogar; se sienten encerrados y cualquier atisbo de independencia es vivenciado como deslealtad y vivido con culpa. Consideramos que probablemente los miembros de este grupo familiar compense la frustración de expresión afectiva, a través de una hipertrofia de la actividad intelectual, lo que se expresa en la comparación de su nivel socio-económico con el nivel de aspiración socio-cultural (Gráfico 1).

En estas familias no hay conciencia de conflicto y el único que reconocen es el "problema" del paciente. Aparecen en primera instancia estables, pero ocultando una relación conyugal insatisfactoria o quebrada, hasta relaciones simbióticas padres-hijo esquizofrénico. Se encuentran roles trastocados: inversión de los roles paternos, reemplazo, sustitución y usurpación. En resumen, son formalmente complementarias y existe una pseudo-estabilidad rígida, con resistencia al conflicto y diferenciación.

Se encuentra entre los padres una alta frecuencia de patología psiquiátrica en las formas de psicosis, personalidades psicopáticas, neurosis del carácter grave y alcoholismo.

Estas anomalías de la estructura y dinámica familiares, unidas a la enfermedad del paciente, conducen al desplazamiento de las posiciones familiares y el paciente queda relegado en el esquema familiar, sin posibilidades de mantener el ejercicio de sus roles ni asumir nuevas funciones. Cuando el tratamiento antipsicótico es satisfactorio y hay activación del paciente, se produce una reacomodación de distintos grados en el sistema familiar, como pudimos observar en un 65% de la muestra. Sin embargo, nos parece que la movilidad del status familiar es lograda principalmente por aumento de prestigio del paciente, sin modificación global familiar. Pudimos observar que el nivel de movilidad se da cuando emergen mecanismos psicodinámicos que permiten movilizar a los miembros del grupo familiar hacia la toma de actitudes más adecuadas. En ese sentido consideramos al paciente mejorado como un potencial agente de cambio en la dinámica y estructura familiar.

Por esta razón, y como segunda etapa de nuestra investigación, hemos diseñado un estudio acerca de las posibilidades y rendimiento de una psicoterapia de grupo y manejo familiar de base psicodinámica en estos mismos pacientes esquizofrénicos en tratamiento de mantención prolongado.

Resumen

Con el objeto de evaluar el efecto antipsicótico y resocializador de un neuroleptico de acción prolongada, 20 pacientes esquizofrénicos fueron tratados durante un año, y paralelamente al seguimiento clínico se efectuó una evaluación de aspectos psicosociales a cargo de asistente social psiquiátrica. Se analizó la reinserción del paciente en su medio familiar, su comportamiento social y su reincorporación laboral, para lo que se diseñaron instrumentos específicos. Después de un año de tratamiento se observó que, junto con la mejoría clínica, se produjeron cambios muy significativos en todos los aspectos del comportamiento social estudiados.

Se señala, además, que el manejo familiar reduce el abandono del tratamiento y con ello la frecuencia de recaída. Se resume, por último, algunas observaciones preliminares sobre la estructura y dinámica familiar y los cambios que ocurren en ésta con el tratamiento del paciente psicótico.

NOTAS

- (1) BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale.- Escala psicopatológica que abarca ítems para áreas de afectividad, trastornos del pensar, actitud y conducta.
- (2) Facilitador de la Sociabilidad, término que definimos como la apertura del hombre hacia sus semejantes, ampliando progresivamente el horizonte de sus relaciones sociales a la familia, amigos y otros ámbitos de la vida social.

BIBLIOGRAFIA

1. Kasanin K., Knight E., Sage D.
"The parent-child relationships in schizophrenia"
J. Nerv. Ment. Dis. 79: 249, 1934.
2. Fromm-Reichmann F.
"Notes on the development of the schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy"
Psychiatry 11: 267, 1948.
3. Ackerman N.W.
"Interpersonal disturbances in the family: some unsolved problems in psychotherapy"
Psychiatry 19: 68, 1957.
4. Lidz T., Flech S., Cornelison A.R. (editores)
"Schizophrenia and the family".
New York, 1965.
5. Bateson G., Ferreira A., Jackson A., Lidz T., Wyne L., Suk G.,
"Interacción familiar, Aportes fundamentales sobre teoría y técnica".
Biblioteca de Ciencias de la Conducta. Editorial Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires. 1970.
6. Parsons T., Bates R.
"Family, socialization and interaction"
Free Press, Glencoe Il., 1975.
7. Saxton Lloyd
"El individuo, el matrimonio y la familia".
Editorial Guadalupe. Buenos Aires. 1975.
8. Ahumada C., Bórquez M., Morales E.
"Conducta social de pacientes en tratamiento con decanoato de flufenazina".
Actas Jornadas Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 1976.
9. Tanghe A., Vereecken J.L. Th. M.
"Fluspirilene, an injectable, and Penfluridol, an oral long-acting neuroleptic"
Acta psychiatr. scand. 48: 315, 1972.
10. Jus A., Pineau R., Jus K., Villeneuve A., Gautier J., Pires P., Drolet A., Coté M., Villeneuve R.
"Penfluridol: a long-acting oral neuroleptic as therapeutic agent in chronic schizophrenia".
Curr. Therap. Res. 10: 1041, 1974.
11. Gerlach J., Kramp P., Kristjansen P., Lauritsen B., Lühndorf K., Munkvad I.
"Peroral and parenteral administration of long-acting neuroleptics: a double blind study of Penfluridol compared to Flupenthixol decanoate in the treatment of schizophrenia". Acta psychiatr. scand. 52: 132, 1975.
12. Jacobsson L., von Knorring L., Mattsson B., Rapp W., Edenius B., Kettner B., Magnusson K.E. Villemoes P.,
"Controlled trial of Penfluridol and Thiothixene in the maintenance treatment of chronic schizophrenic syndromes". Acta psychiatr. scand. 54: 113, 1976.
13. Levy V., Hormazábal L., Morales E., Schilkrut R.
"Evaluación del neuroleptico de acción prolongada Penfluridol. Evolución clínica y psicosocial en un año de seguimiento en pacientes esquizofrénicos. Evolución clínica".
Acta psiquiátr. psicol. Amér. Lat. : 19.
14. Hirsch R. S.
"The scientific status of the theory that parents cause schizophrenia".
Nervenarzt 50. 337, 1979.
15. Hirsch S.R., Gajnd R., Rhode P.D., Stevens B.C., Wing J.K. "Out patient maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting fluphenazine: a double-blind placebo trial".
Br. Med. J. 1973 |; 633.
16. Schilkrut R., Durán E., Haverbeck C., Katz I., Vidal P. "Verlauf von psychopathologischen und extrapyramidalen motorischen Symptomen unter Langzeit-Neuroleptikabehandlung schizophrener Patienten".
Arzneimittel - Forsch. (Drug Res.) 28: 1494, 1978.
17. Linden M.
"Therapeutic strategies for improving patient-compliance" Nervenarzt 50: 109, 1979.

ANEXO Nº 1

BRPS adaptado (cuestionario clínico-social)

Item BRPS	BPRS adaptado
1. Preocupación somática (hipocondría)	¿Muestra o manifiesta sentirse enfermo?
2. Ansiedad	¿Le parece a Ud. que está preocupado o temeroso en relación al presente o futuro?
3. Aislamiento emocional	¿Se siente Ud. incómodo cuando está con él?
4. Alteraciones formales del pensar	¿Encuentra que está desorganizado y no mantiene el hilo de lo que habla?
5. Sentimientos de culpa	¿Le ha manifestado sentimientos de culpa?
6. Tensión	¿Se le ve nervioso, o tenso o inquieto?
7. Amaneramiento y posturas anormales	¿Ha tenido actitudes y gestos extraños?
8. Ideas de grandeza u omnipotencia	¿Le ha comunicado tener poderes o una gran capacidad?
9. Animo depresivo	¿Está triste y pesimista?
10. Hostilidad	¿Ha relatado o mostrado rabia y desprecio por otros?
11. Susplicia	¿Nota Ud. que el paciente sospecha que lo persiguen o perjudican?
12. Alucinaciones	¿Ha manifestado que escucha voces o tiene visiones?
13. Lentificación psicomotora	¿Se ve lento en sus movimientos y habla raro?
14. Falta de cooperación	Cuando Ud. se acerca a él, ¿lo encuentra molesto, poco amistoso, rechazante?
15. Contenidos anormales del pensamiento	¿Tiene ideas raras?
16. Aplanamiento afectivo	¿Lo nota indiferente, como que no muestra sus sentimientos y emociones?
17. Excitación	¿Observó en este último tiempo que el paciente estaba amenazante, excitado, rompió objetos o golpeó personas?
18. Desorientación	¿Está orientado con respecto a lugares, sabe dónde está? Está orientado con respecto a la fecha? (día, semana, mes, año?).

Crterios de evaluación

- 1: como normal
- 2: dudoso
- 3: si, pero leve
- 4: obviamente
- 5: no podría ser peor

ANEXO Nº2

CUESTIONARIO DE PARTICIPACION SOCIAL

- 1.- ¿Participa y comparte momentos afectivos en familia?
- 2.- Si se plantea o discute un problema, ¿se interesa en él?
- 3.- ¿Conversa espontáneamente?
- 4.- ¿Visita a familiares y/o amigos?
- 5.- ¿Mantiene relaciones sentimentales estables?
- 6.- ¿Participa en grupos u organizaciones comunales?

Crterios de evaluación

- 1: Si, como todos
- 2: Dudoso, no sé precisarlo
- 3: Si, pero poco
- 4: No
- 5: No podría estar peor