

CONFIABILIDAD INTEREVALUADOR DE LAS ESCALAS DE MANCHESTER Y NIVELES DE FUNCIONAMIENTO DE STRAUSS-CARPENTER EN PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS

Cecilia SOGI* & Maria MENDOZA**

PALABRAS CLAVE : Escalas de calificación - confiabilidad interevaluador - psicóticos crónicos

KEY WORDS : Rating Scales - Interrater reliability - chronic psychotics

La confiabilidad interevaluador de las escalas de Manchester y niveles de funcionamiento de Strauss-Carpenter fue examinada. Treintaun pacientes asistentes al programa de seguimiento de psicóticos crónicos del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" fueron examinados por dos clínicos en evaluación conjunta. La confiabilidad interevaluador fue buena en la escala de Manchester exceptuando el ítem retardo psicomotor, al igual que el puntaje global del funcionamiento resultante en la escala de niveles de funcionamiento de Carpenter-Strauss. Se discute la necesidad de llevar a cabo estudios de confiabilidad con múltiples evaluadores, la sensibilidad a los cambios del estado mental, así como explorar las ventajas de otros instrumentos.

INTER-RATER RELIABILITY OF THE MANCHESTER AND STRAUSS-CARPENTER LEVELS OF FUNCTION SCALES IN CHRONIC PSYCHOTIC PATIENTS

An inter-rater reliability study of the Manchester and Strauss-Carpenter levels of function scales was carried out. Thirty-one patients attending the chronic psychotic follow-up program of the Community Mental Health Department of the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" were assessed by two clinicians in joint ratings. The inter-rater reliability was good on the Manchester scale except in psychomotor retardation, as well as the total outcome score of the Strauss-Carpenter Levels of function scale. Reliability studies including multiple raters and the sensitivity to changes of the mental state are discussed, as well as the examination of the advantages of other instruments.

* Departamento de Investigación, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

** Departamento de Salud Mental Comunitaria, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

INTRODUCCION

Una aproximación sistemática en la identificación de síntomas resulta crucial en un campo predominantemente clínico como es la psiquiatría. Esto es, la estandarización del proceso diagnóstico, mediante la provisión de reglas claras para determinar la presencia o ausencia de síntomas, así como la provisión de un glosario de términos.

Las escalas de calificación (rating scales) son instrumentos de valoración psicopatológica/conductual elaboradas por necesidades específicas de sus autores. Así, por ejemplo The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) de Overall & Graham (1962) fue elaborada como un procedimiento de evaluación rápida y altamente eficiente orientado a evaluar cambios terapéuticos en pacientes psiquiátricos, y que al mismo tiempo proporciona una descripción comprehensiva de los síntomas mayores. La escala de Manchester de Krawiecka et al (1977), objeto del presente estudio, también fue elaborada para fines de evaluación clínica confiable de los pacientes psicóticos crónicos así como sensible a los cambios en su condición mental.

Hall (1977) en su revisión de las escalas de calificación dice : "Las escalas que han resultado útiles para los propósitos iniciales pueden luego ser aplicadas a otros propósitos p.ej., la escala de Wing (1961), orientada inicialmente a evaluar programas de rehabilitación, ha sido usada en estudios de neuroencefalografía (Store, 1966); para evaluar los efectos de la atención intensiva de enfermería (Philip & McKechnie, 1969); y para evaluar los efectos de la abstinencia a medicación fenotiazínica (Andrews et al, 1976). Asimismo, menciona que algunas escalas que han demostrado

ser buenas han sido mutiladas por algunos autores de acuerdo a sus necesidades".

La calificación de los pacientes psicóticos crónicos, así como la calificación de cualquier otro grupo de pacientes, se lleva a cabo con el fin de que las decisiones sean tomadas más eficientemente. Esta decisión se relaciona a menudo con la efectividad de un tratamiento y con propósitos clínicos o de investigación.

Las escalas de calificación pueden ser diseñadas para ser administradas por observadores adiestrados o ser completadas por el paciente; ambas tienen ventajas y desventajas como señala Snaith (1981) "En el primer caso, un sesgo importante es la expectativa del observador de cuán enfermo debe estar el paciente; p.ej., se asume generalmente que los pacientes están más enfermos antes de iniciar el tratamiento que al término de éste. Asimismo, la calificación de la severidad del trastorno depende de la experiencia del observador, con casos leves en la comunidad o severo en hospitales. Las deficiencias de las escalas de autocalificación son muchas mas obvias: sólo puede ser usado por pacientes colaboradores y alfabetos, no esten demasiado enfermos o sufran de condiciones que puedan falsear las respuestas."

Si bien la selección de una escala depende de las necesidades de clínicos e investigadores, la literatura revisada sobre el tema coincide en que "Una buena escala de calificación debe consistir en no demasiados o muy pocos ítemes; deben haber sido seleccionados tanto por intuición como por experiencia clínica, así como por el proceso de análisis de ítemes. Asimismo, la confiabilidad y validez de las escalas son aspectos cruciales a tener

en cuenta."

Paralelamente a un instrumento de calificación psicopatológica/conductual se vió la conveniencia de contar con un instrumento que evalúe el resultado en el tiempo del trastorno esquizofrénico. Así, se seleccionó la escala de niveles de funcionamiento de Strauss-Carpenter. Estos autores definen el resultado (outcome) como "compuesto de hospitalización, relaciones sociales, trabajo y estado de los síntomas"

El propósito del presente estudio fue la de contar con instrumentos adecuados que permitan evaluar sistemáticamente a los pacientes del programa de seguimiento de psicóticos crónicos del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM),

METODOLOGIA

Muestra.- Se tomaron 31 pacientes consecutivos del programa de seguimiento de pacientes psicóticos crónicos del Departamento de Salud Mental Comunitaria del INSM, que asisten al centro de salud Club de Leones de San Martín de Porres.

Instrumentos.- Se evaluó la confiabilidad interevaluador de los siguientes instrumentos:

Escala de Manchester (Krawiecka M., Goldberg D. & Vaughan, 1977).- Consiste en 8 ítems clave que representa una amplia psicopatología; cada ítem es evaluado en una escala de 5 puntos (0=ausente; 1=leve; 2=moderado; 3=marcado; 4=severo). Existen definiciones explícitas de cada ítem e instrucciones para la calificación del puntaje en la escala. En el Anexo No

1 se presenta la escala y su guía.

Escala de Niveles de Funcionamiento de Strauss-Carpenter (1977).- Evalúa los resultados en el tiempo del trastorno esquizofrénico. En el Anexo No 2 se presenta el instrumento.

Procedimiento.- El paciente fue entrevistado por un par de clínicos que procedieron a la evaluación conjunta psiquiatra (CS), y enfermera (MM), ambos con experiencia de investigación. La entrevista fue en vivo, uno dirigía la entrevista en forma alternada y luego procedían con la calificación independientemente.

Las primeras entrevistas sirvieron para la familiarización de los clínicos con las escalas así como de adiestramiento.

Previamente, el diagnóstico de los pacientes fue confirmado aplicando los criterios diagnósticos del DSM-III-R a la información contenida en las historias clínicas.

Análisis estadístico.- Para establecer la confiabilidad interevaluador se determinó el coeficiente de correlación de calificación (Spearman, 1904).

RESULTADOS

las características demográficas de la muestra de pacientes se muestra en el Cuadro N° 1

Como se observa, la edad media fue 30.4 años ; igual proporción de hombres y mujeres; predominantemente solteros, con educación secundaria y desocupados. El tiempo de enfermedad media fue 8.4 años.

En el Cuadro N° 2 se presenta los resultados del coeficiente de correlación interevaluador:

CUADRO N° 1
DATOS DEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA CENTRO DE SALUD CLUB
DE LEONES 1993

DATOS DEMOGRAFICOS

Edad Media	30.4 años (Rango 17-49)	%
Sexo	Hombre	48.4
	Mujer	51.6
Estado Civil	Soltero	96.8
	Casado	3.2
Educación	Primaria	16.1
	Secundaria	64.5
	Superior	19.4
Ocupación	Desocupado	51.6
	Su casa	19.4
	Obrero	12.9
	Ambulante	6.4
	Estudiante	6.4
	Empleado	3.2
Tiempo de Enfermedad	8.4 años (Rango 1-22)	

CUADRO N° 2
CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE KRAWIECKA ET AL (1977) Y
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DE CARPENTER Y STRAUSS (1977)

KRAWIECKA ET AL (1977)	(r)
Deprimido	0.86
Ansioso	0.73
Delusiones expresadas coherentemente	0.94
Alucinaciones	0.99
Incoherencia, irrelevancia del lenguaje	0.80
Pobreza del lenguaje, mutismo	0.67
Afecto aplanado, incongruente	0.85
Retardo Psicomotriz	0.54
CARPENTER Y STRAUSS	
Nivel de funcionamiento global	0.96

(r) Coeficiente de correlación de Spearman

Como se observa en el Cuadro N° 2, la confiabilidad interevaluador fue alta en la escala de Manchester a excepción del retardo psicomotor.

Asimismo, el nivel de funcionamiento global fue alta en la escala de niveles de funcionamiento de Strauss-Carpenter.

DISCUSION

La necesidad de procedimientos de evaluación de pacientes razonablemente rigurosos así como clínicamente válidos se hace cada vez más aparente en el campo de la investigación psiquiátrica.

En relación al método utilizado en la confiabilidad interevaluador, esta es recomendada por autores como Grove (1987) "Dos o más evaluadores pueden sentarse y entrevistar pacientes en forma alternada (para promediar los efectos del entrevistador). Asimismo, en las entrevistas en vivo, (a diferencia de las entrevistas video-grabadas), las conductas sutiles pueden ser notados por todos, haciendo quizás el diagnóstico más confiable. Señala también la necesidad de preguntas opcionales de parte de los evaluadores que faciliten la calificación."

Los resultados de la confiabilidad interevaluador presentada por Jackson et al (1989) y Krawiecka et al (1977), son diferentes a los resultados del presente estudio. La posible explicación sería que la experiencia de los evaluadores son diferentes (psiquiatra y enfermera). En relación a este último Snaith (1981) en su revisión de la literatura halla que "algunos consideran que las enfermeras son pobres evaluadoras y necesitan de ayuda, sin embargo, otros opinan en sentido completamente contrario."

Overall & Gorham (1962) señalan que "la experiencia en el uso de la

escala indica que la consistencia inter-evaluador aumenta con la experiencia en calificaciones conjuntas." Esta observación es importante a considerar en el plan de adiestramiento de los futuros evaluadores.

Asimismo, si bien el procedimiento descrito es estandarizado a fin de evitar la variabilidad en la calificación, hay que tener en cuenta que los pacientes son diferentes y esto obliga a flexibilizar las preguntas necesarias para determinar la presencia o ausencia de síntomas. Asimismo, durante el curso del estudio observamos que es importantísimo contar con información indirecta para una adecuada calificación del caso en evaluación.

Finalmente, como señala Hall (1980), "la práctica de la calificación clínica esta estrechamente ligada con la práctica terapéutica y el conocimiento metodológico y los procedimientos de calificación práctica llega a ser una habilidad necesaria de cualquier profesional comprometido en tareas de rehabilitación efectiva." Consideramos que deben llevarse a cabo estudios de confiabilidad entre múltiples evaluadores, asimismo, explorar la sensibilidad de la escala de Manchester a los cambios en el estado mental del paciente, también examinar las ventajas y desventajas de otros instrumentos que podrían ser de utilidad para el programa de seguimiento de los pacientes psicóticos crónicos.

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSO-

REFERENCIAS

- CIATION (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition Revised (DSM-III-R) APA. Washington D.C.
2. CARPENTER WT & STRAUSS JS (1977) Methodological issues in the study of outcome pp 345-367 in the origins and course of psychopathology. Strauss JS, Babigan HM & Roff M Plenum Press, New York
 3. CHOU YL (1977). Analisis Estadístico Ed. Interamericana
 4. GROVE WM (1987) The reliability of Psychiatric Diagnosis pp 99-120 in Issues in diagnostic research Ed. C.G. Last & M Hersen . Plenum Press.
 5. HALL JN (1980) Ward rating scales for long-stay patients: a review. Psychological Medicine 10:277-288
 6. JACKSON HJ, BURGESS PM MINAS IH & JOSHUA SD (1990) Psychometric properties of the Manchester scale Acta psychiatr. scand. 81:108-113
 7. KRAWIECKA M; GOLDBERG D & VAUGHAN M (1977) A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. Acta psychiatr. scand. 55:299-308
 8. OVERALL JE & GORHAM DR (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale Psychological Reports 10:799-812
 9. SNAITH RP (1981) Rating Scales Brit J. Psychiatry 138:512-514

*Dirección Postal : Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"
Av. Alameda Palao s/n Lima 31.*

ANEXO Nº 1

ESCALA DE MANCHESTER

HOJA DE CALIFICACION PARA PSIQUIATRAS EN LA EVALUACION DE PACIENTES

Nombre del paciente.....

Fecha..... Entrevistador.....

Sintomas clave en el pasado:

(Las preguntas acerca de la semana anterior deben incluir: si estuvo deprimido (severo? frecuente?); si estuvo ansioso (severo? frecuente?); como se conducía con otras personas; si alguien parecía estar contra él; si puede pensar claramente; alguna interferencia con sus pensamientos; lectura del pensamiento; referencias a su persona en la televisión; escuchar voces o ver visiones).

SINTOMAS	CALIFICACION
----------	--------------

Calificación de respuestas a preguntas:

Deprimido	0	1	2	3	4
Ansioso	0	1	2	3	4
Delusiones expresadas coherentemente	0	1	2	3	4
Alucinaciones	0	1	2	3	4

Calificación basada en la observación:

Incoherencia e irrelevancia del lenguaje	0	1	2	3	4
Pobreza del lenguaje, mutismo	0	1	2	3	4
Afecto aplanado, incongruente	0	1	2	3	4
Retardo psicomotor	0	1	2	3	4

GUIA PARA EL USO DE LA ESCALA DE CINCO PUNTOS

Se espera que en la calificación el psiquiatra use su juicio clínico para hacer una evaluación global del paciente en cada área particular. Por ejemplo, en la calificación de la depresión, el evaluador debe estar expresando su propia evaluación clínica de la severidad de la depresión, basado tanto en el porte y conducta del paciente durante la entrevista así como la historia que el paciente ha dado en relación a depresión. Debe ser enfatizado que una calificación morbida (2, 3, 4) para depresión no implica que el diagnóstico

principal será necesariamente una enfermedad afectiva.

Reglas generales para la escala de cinco puntos:

- | | |
|---------------|--|
| "0" Ausente: | El ítem está ausente para todos los propósitos prácticos |
| "1" Leve : | Aunque existe alguna evidencia para el ítem en referencia, él no se considera patológico |
| "2" Moderado: | El ítem está presente en un grado suficiente para ser considerado |
| "3" Marcado: | |
| "4" Severo: | Ver definiciones individuales |

DEPRESION

Esta no incluye solamente la conducta actual observada en la entrevista aspecto abatido, apariencia triste, actitud desesperada - si no debe ser una calificación clínica que exprese la evaluación global de la depresión, siendo calificada la contribución que esta anomalía del afecto está haciendo en el estado mental anormal. Si hay una discrepancia entre la depresión observada en la entrevista y el humor deprimido expresado como haberlo presentado en las últimas dos semanas, la calificación hecha debe ser el mayor de las dos calificaciones.

- | | |
|---------------|--|
| "0" Ausente: | Actitud y conducta normal durante la entrevista. No se obtuvo fenómeno depresivo |
| "1" Leve : | Aunque puede haber alguna evidencia de depresión - abatimiento ocasional, falta de inspiración, etc, el evaluador no lo considera patológico, o lo considera como un rasgo habitual no contribuyente para una depresión clínicamente significativa |
| "2" Moderado: | Se piensa que el paciente está clínicamente deprimido pero en grado leve o sentimiento de depresión ocasional que causa ya sea distress significativo o es considerado por el paciente como un cambio significativo en su modo de sentir habitual en las últimas dos semanas |
| "3" Marcado : | Se piensa que el paciente está clínicamente deprimido en grado marcado o sentimientos de depresión frecuente como se describe en "2" en la semana anterior, distress extremo causado por depresión ocasional |
| "4" Severo : | Se piensa que el paciente está clínicamente deprimido en grado extremo. Deben estar presente los fenómenos depresivos mayores; ideación suicida fuerte, o la depresión ha causado extremo distress frecuentemente en las últimas dos semanas |

ANSIEDAD

En adición a la evidencia directa de ansiedad observada por el evaluador durante la entrevista, esta calificación debe expresar la visión del evaluador de la contribución que la ansiedad mórbida esta haciendo en el estado mental en consideración. (Puede haber algunos signos fisiológicos de sobre-actividad simpática, palmas húmedas, temblor ligero, ronchas en la piel, etc.). Cuando la ansiedad es de tal grado que se asocia a agitación motriz, esto será calificado no menos de "3". Cuando existe discrepancia entre la ansiedad observada en la entrevista y la ansiedad expresada en la semana previa la calificación debe ser el mayor de las dos calificaciones.

- "0" Ausente: Humor normal en la entrevista
- "1" Leve : Se considera que la tensión que presenta el paciente es un rasgo habitual sin proporción patológica o se piensa que es una respuesta esperada para la situación de la entrevista
- "2" Moderado: Se piensa que el paciente presenta un grado leve de ansiedad o tensión clínicamente significativa o ansiedad suficiente para causar distress significativo ha ocurrido ocasionalmente en la semana anterior
- "3" Marcado : Se piensa que el paciente presenta un marcado grado de ansiedad o tensión clínicamente significativo. El puede estar aprehensivo acerca de la entrevista y necesita reaseguración pero las interrupciones de la entrevista son menores debido a la ansiedad. Puede estar asociado a agitación motora en grado leve o ansiedad suficiente para causar distress ha ocurrido frecuentemente en la semana anterior, o ansiedad que causa distress extremo para el individuo en cuestión ocasionalmente en la semana anterior
- "4" Severo : Se piensa que el paciente presenta un grado extremo de ansiedad o tensión clínicamente significativo. El puede ser incapaz de relajarse, o pueden darse interrupciones mayores de la entrevista debido a la ansiedad. Puede estar asociado a agitación motora de grado marcado, o una preocupación temerosa con acontecimientos inminentes o la ansiedad ha causado extremo distress en el individuo en cuestión frecuentemente en la semana anterior

AFECTO APLANADO, INCONGRUENTE

Aplanamiento afectivo se refiere a una falla en el rango de las respuestas emocionales disponibles; el paciente es incapaz de inmutarse mientras relata su historia y no transmite cariño o afecto mientras habla de aquellos cercanos a él.

- "0" Ausente: Humor normal en la entrevista
- "1" Leve : El paciente puede ser lacónico, taciturno o no responde en la discusión de tópicos emocionalmente cargados, pero el evaluador considera que ésto es un rasgo habitual más que un signo de enfermedad
- "2" Moderado: Deterioro clínicamente significativo de la respuesta emocional en grado leve. Definitiva falta de tono emocional discutiendo tópicos importantes; o respuestas emocionales indudablemente incongruentes aunque ocasional durante la entrevista
- "3" Marcado: Deterioro clínicamente significativo de las respuestas emocionales en grado marcado. No demuestra afecto ni emoción. No trasmite el impacto de los sucesos cuando da la historia, no expresa interés acerca del futuro o frecuentes respuestas incongruentes de grado leve o grosera incongruencia ocasional
- "4" Severo : Deterioro clínicamente significativo de la respuesta emocional de grado extremo: sin respuesta emocional de algún tipo o grosera y frecuente incongruencia; fatuo, arrogante, risa tonta, etc., en tal grado como para perturbar la entrevista

RETARDO PSICOMOTOR

- "0" Ausente: Actitud y lenguaje normal durante la entrevista. Las preguntas son contestadas casi con prontitud; aires de espontaneidad y cambios de expresión
- "1" Leve : Aunque existe evidencia de lentitud o pobre espontaneidad el evaluador considera que esto es, ya sea un rasgo habitual o que no es suficiente para proporciones claramente patológicas
- "2" Moderado: El evaluador detecta enlentecimiento o falta de espontaneidad en la entrevista y atribuye esto a enfermedad psiquiátrica; es clínicamente detectable. Retardo en responder preguntas amerita esta calificación que el evaluador considera es parte de un estado mental mórbido más que un rasgo habitual del paciente.
- "3" Marcado: Retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica es fácilmente detectado en la entrevista y se piensa hace su contribución material a la anormalidad del estado mental del paciente.

DELUSIONES EXPRESADAS COHERENTEMENTE

- "0" Ausente: No se detecta anormalidad durante la entrevista
- "1" Leve : Creencias ecéntricas o errores de interpretación triviales: que el mal clima es causado por pruebas nucleares; supersticiones, sectas religiosas, etc.
- "2" Moderado: Ideas sobrevaloradas e ideas de referencia, o indudable-

- mente malas interpretaciones. Significados especiales.
- "3" Marcado: Se describen delusiones sin lugar a duda o percepciones delusionales como que ocurrieron en el último mes, pero el paciente niega que aún lo mantenga o las ideas delusionales están presentes pero no son fuertemente sostenidos o inamovibles
- "4" Severo : Están presentes delusiones sin lugar a dudas y aún son mantenidas en la actualidad

ALUCINACIONES

- "0" Ausente: Sin evidencia de alucinaciones
- "1" Leve : las alucinaciones referidas al evaluador no son definitivamente mórbidas: alucinaciones hipnagógicas, imágenes eidéticas e ilusiones
- "2" Moderado: Pseudoalucinaciones auditivas y visuales; alucinaciones asociadas a conciencia de enfermedad p.ej., aquellas que siguen al duelo
- "3" Marcado: Verdaderas alucinaciones han estado presentes en la semana anterior pero éstas ocurrieron infrecuentemente
- "4" Severa : Verdaderas alucinaciones han ocurrido frecuentemente en la semana anterior

INCOHERENCIA E IRRELEVANCIA DEL LENGUAJE

- "0" Ausente: Sin evidencia de trastorno del pensamiento
- "1" Leve : Aunque las respuestas son algunas veces singulares las anomalías no llegan a constituir un trastorno del pensamiento; siempre es posible comprender la conexión entre las ideas.
- "2" Moderado: Evidencia ocasional de trastorno del pensamiento, pero de otro lado, el paciente es coherente
- "3" Marcado : Evidencia frecuente de trastorno del pensamiento pero una comunicación significativa con el paciente es posible o ocurren múltiples episodios de incoherencia
- "4" Severo : Respuestas difíciles de seguir debido a falta de asociaciones directrices. Lenguaje frecuentemente incoherente, sin una trama de significado discernible

POBREZA DEL LENGUAJE, MUTISMO

- "0" Ausente: Lenguaje normal en cantidad y en forma
- "1" Leve : El paciente sólo habla cuando le hablan; tiende a dar respuestas cortas
- "2" Moderado: Dificultades o silencios ocasionales pero la mayor parte de la entrevista prosigue suavemente; o la conversación es impedida por la vaguedad, titubeo o brevedad de las respuestas
- "3" Marcado : Respuestas monosilábicas; a menudo pausas prolongadas o falla en responder del todo o razonable cantidad

de lenguaje, pero respuestas lentas y titubeantes, falta en contenido, o repeticiones y divagaciones, de modo que una conversación significativa es casi imposible

"4" Severa : Mudo a lo largo de la entrevista, o habla sólo dos o tres palabras o constantemente murmura jadeante (catatonía proséctica)

ANEXO N°2

ESCALA DE NIVELES DE FUNCIONAMIENTO DE STRAUSS-CARPENTER

INSTRUCCIONES: Califique el funcionamiento habitual durante el año anterior a excepción del Item 4.

1. TIEMPO SIN HOSPITALIZACION POR TRASTORNO PSIQUIATRICO

Sin hospitalización durante el año anterior (excluir la hospitalización al momento de la primera entrevista si ella fue menor de un mes luego de la entrevista)	4
Hospitalización menor de 3 meses en el año anterior	3
Hospitalización entre 3 y 6 meses durante el año anterior	2
Hospitalización mayor de 6 meses, hasta 9 meses durante el año anterior	1
Hospitalización mayor de 9 meses en el año anterior	0

2A. FRECUENCIA DE LOS CONTACTOS SOCIALES

NUMERO DE RELACIONES SOCIALES (se reúne con amigos o tiene actividades con grupos sociales, fútbol, reuniones, etc. Excluir citas con personas del sexo opuesto o actividades sociales sólo con el cónyuge. Use los datos pertinentes tanto de la información social como de la historia clínica)

(No incluir reuniones con amigos en el trabajo o conversaciones casuales con vecinos).

Reuniones con amigos en un promedio de, por lo menos, una vez a la semana	4
Reuniones con amigos alrededor de una vez cada dos semanas	3
Reuniones con amigos alrededor de una vez por mes	2

INCLUIR TODOS LOS CONOCIDOS

No se reúne con los amigos excepto en "conversaciones casuales" en el trabajo o en la escuela	1
No se reúne con los amigos bajo ninguna circunstancia	0

2B. CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES (En las relaciones descritas en 2A ¿Cuál es la que tuvo mayormente durante el año anterior?)

Una o más relaciones cercanas	4
Una o, quizás más, relaciones cercanas	3
Una o más relaciones de moderada cercanía	2
Solamente relaciones superficiales	1

Solamente relaciones muy superficiales (p.ej., la relación es sólo decir ¡hola! a los vecinos)	0
3A CANTIDAD DE TRABAJO PRODUCTIVO EN EL AÑO ANTERIOR (Incluir como trabajo el remunerado, estudiante, ama de casa. Excluir el tiempo que permaneció en el hospital. Cualquier hospitalización en el año anterior no contribuirá a disminuir el puntaje. El trabajo como estudiante durante todo el año académico se calificará "4")	
"Empleado" a tiempo completo continuamente	4
"Empleado" cerca de las 3/4 partes de las horas laborales del año (p.ej., trabajo a tiempo completo cerca de 9 meses)	3
"Empleado" cerca de la mitad de las horas laborales del año p.ej., empleado a tiempo parcial o continuamente o/a tiempo completo durante 6 meses)	2
"Empleado" cerca de la cuarta parte de las horas laborales del año (p.ej., trabajo a tiempo parcial por 6 meses)	1
No trabajo productivo	0
3B. CALIDAD DEL TRABAJO PRODUCTIVO (Considerarlo en relación a edad, educación, capacitación, y las oportunidades disponibles - pero no compensado para su psicopatología, cómo está funcionando en el área ocupacional en relación al nivel esperado de complejidad y competencia de la que debería ser capaz).	
Muy competente	4
Competente	3
Moderadamente competente	2
Marginalmente competente	1
Incompetente	0
4. AUSENCIA DE SINTOMAS (EN EL MES ANTERIOR)	
Sin signos o síntomas	4
Leves signos o síntomas la mayor parte del tiempo o moderados signos y síntomas en raras ocasiones	3
Moderados signos y síntomas parte del tiempo	2
Severos signos y síntomas parte del tiempo o moderados signos o síntomas continuamente	1
Continuos y severos signos y síntomas	0
5. CAPACIDAD PARA ATENDER SUS PROPIAS NECESIDADES BASICAS EN EL AÑO ANTERIOR (ALIMENTACION, CUIDADO PERSONAL)	
Sin necesidad de ayuda para estas actividades	4
Requiere un poco de ayuda para estas actividades	3
Requiere alguna ayuda para estas actividades	2

Requiere considerable ayuda para estas actividades	1
Requiere una ayuda completa para estas actividades	0
6. PLENITUD DE LA VIDA EN EL AÑO ANTERIOR	
Una vida muy plena	4
Una vida plena	3
Una vida moderadamente plena	2
Una vida relativamente vacía	1
Una existencia vegetativa	0
7. NIVEL DE FUNCIONAMIENTO GENERAL DURANTE EL AÑO ANTERIOR	
(Considerar como línea base una persona "normal" hipotética con un empleo a tiempo completo y regular, relaciones sociales significativas, sin síntomas, etc.) Sin deterioro	4
Leve deterioro la mayor parte del tiempo o moderado	
Deterioro en raras ocasiones	3
Moderado deterioro parte del tiempo	2
Severo deterioro parte del tiempo o moderado deterioro continuamente	1
Continuo y severo deterioro	0
8. PUNTAJE TOTAL (SUMA DE TODAS LAS CALIFICACIONES EN LOS ITEMS MENCIONADOS) RANGO 0-36	