



**Banco de instrumentos
y metodologías en Salud Mental**

www.cibersam.es/bancoinstrumentos

www.cibersam.es

cibersam

Centro de Investigación Biomédica En Red
de **Salud Mental**

INVENTARIO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEFICITARIO (SDS)

Adaptación del manual elaborado por el Dr. Kirkpatrick y colaboradores del Maryland Psychiatric Research Center (EEUU) para el diagnóstico del síndrome deficitario de la esquizofrenia propuesto por Carpenter et al. en 1985

Miguel Bernardo,
Emilio Fernández-Egea
Amparo Torras
Maribel Ahuir
Fernando Gutiérrez
Celso Arango*

Programa Esquizofrenia Clínic (PEC). Servei de Psiquiatria. Hospital Clínic. Barcelona
*Servicio de Psiquiatria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

pec Programa **esquizofrènia** | **Clínic**
Hospital Clínic de Barcelona
Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer

 **Hospital General Universitario
Gregorio Marañón**
SaludMadrid  Comunidad de Madrid

Adaptación y validación en castellano del Inventario para la Esquizofrenia Deficitaria (SDS). Artículo publicado en Medicina Clínica, 2006.

INDICE

I. Generalidades	2
II. Criterio #1	4
Aplanamiento afectivo	5
Rango emocional disminuido	6
Alogia	6
Pérdida de intereses	7
Falta de objetivos	8
Pérdida de interés en actividades sociales	9
III. Criterio #2	10
IV. Criterio #3	10
V. Criterio #4	13
VI. Resumen	13
<u>APÉNDICE 1: Criterios diagnósticos para el síndrome deficitario en la esquizofrenia</u>	<u>15</u>
<u>APÉNDICE 2: Claves para la puntuación del criterio #1</u>	<u>16</u>
<u>APÉNDICE 3: Inventario para la puntuación del síndrome deficitario</u>	<u>19</u>
<u>Bibliografía básica de referencia</u>	<u>20</u>

INVENTARIO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEFICITARIO

I. Generalidades

El concepto de síndrome deficitario difiere de forma importante del concepto de síntomas negativos. Por síndrome deficitario se entiende un supuesto subtipo de esquizofrenia, en el cual los síntomas negativos son prominentes y primarios, junto a unas características duraderas a partir del estado basal del paciente. Durante los períodos de remisión parcial, pueden estar presentes síntomas psicóticos (o “positivos”) significativos, aunque con frecuencia es posible diagnosticar el síndrome deficitario a pesar de la presencia de estos síntomas. Para una revisión de este concepto, ver Carpenter *et al*, *American Journal of Psychiatry*, Mayo 1988.

El rasgo distintivo del síndrome deficitario es la pérdida de viveza o de intereses. Los pacientes con el síndrome deficitario han perdido interés en la gente y en las cosas, de tal manera que esta pérdida no es atribuible a la suspicacia, a la depresión o la medicación. Citando a Kraepelin:

“Si realizamos ahora un visión general del cuadro clínico psíquico de la *dementia praecox*, hay aparentemente dos grupos principales de trastornos, que caracterizan la enfermedad. Por un lado, observamos un debilitamiento de esas actividades emocionales que conforman el mayor impulso de la volición... El resultado de esta parte de proceso mórbido es el apagado emocional, el fracaso de la actividad mental, la pérdida del control sobre la volición, del esfuerzo y de la capacidad para la acción individual. La esencia de la personalidad está destruida, la mejor y más preciada parte de su ser, tal como Griesinger expresó una vez, huye de ella. Con la aniquilación del deseo personal, la posibilidad de un desarrollo posterior, totalmente dependiente de la actividad de la volición, se pierde”.

La información para este inventario se obtiene a través de la entrevista con el paciente o de cualquier otra fuente de información necesaria, incluyendo médicos y familiares. La categorización deficitario/no-deficitario se basa en el funcionamiento del paciente durante los periodos de estabilidad clínica (remisión parcial o funcionamiento basal) y la entrevista y los

datos obtenidos se deben enfocar hacia estos periodos. Cuando el paciente esté estable, también son importantes los datos sobre el funcionamiento durante los periodos sin medicación.

La entrevista deberá aludir al nivel de funcionamiento del paciente, por ejemplo la ocupación y la situación vital, así como también a las principales áreas de la psicopatología de la esquizofrenia. Cuestiones adicionales sobre los antecedentes del paciente, como por ejemplo el nivel educativo y los antecedentes familiares, ayudan en la valoración de las respuestas.

Las preguntas deberán ser formuladas de una manera abierta para proporcionar a los entrevistadores mayor cantidad de información para valorar el funcionamiento del paciente. La categorización puede ser realizada por un amplio abanico de clínicos, incluyendo psicólogos y trabajadores sociales, siempre que estén familiarizados con pacientes esquizofrénicos ambulatorios. Los ejemplos de preguntas que se facilitan aquí son un intento de guía maestra y no deben sustituir una entrevista clínica hábil y flexible.

Para cumplir los criterios para el diagnóstico de síndrome deficitario, se deben satisfacer los cuatro criterios del Apéndice 1. Una puntuación de 9 significa que la información se considera inadecuada o invalida para realizar un juicio.

Se debe tener en cuenta que el Inventario para el Síndrome Deficitario (ISD) (o Schedule for the Deficit Syndrome en inglés (SDS)) no ha sido diseñado para ser utilizado como una escala, sino como un instrumento diagnóstico y que sería complicado utilizarlo con el objetivo de medir el cambio durante un ensayo de tratamiento.

II. Criterio #1

1. Un mínimo de dos de los siguientes seis síntomas negativos deben estar presentes:

- a. Aplanamiento afectivo.
- b. Rango emocional disminuido.
- c. Alogia (discurso pobre).
- d. Pérdida de intereses.
- e. Falta de objetivos.
- f. Pérdida de interés en actividades sociales.

El criterio #1 se refiere a síntomas negativos, que pueden diferenciarse de los rasgos deficitarios. Los últimos son síntomas negativos primarios, duraderos y presentes durante periodos de estabilidad clínica (por ejemplo, en la línea basal). Por ejemplo, la desmoralización frente a repetidos fallos puede conducir a una alta puntuación en los ítems listados en el criterio #1, pero estos síntomas deberían ser considerados secundarios y por lo tanto no como rasgos deficitarios.

Para cada uno de los seis síntomas del criterio #1, el evaluador valora a los pacientes en una escala de 0 a 4. La puntuación de 0 significa que el paciente es normal con relación a este ítem. Una puntuación de 1 implica que el paciente es posiblemente anormal, pero no de una manera definitiva o clara, con relación a esa característica evaluada o que, si bien no es habitual con respecto a esta característica, se encuentra dentro del rango de variación normal. Una puntuación de 2 indica un juicio clínico en el que el paciente es claramente anormal con relación a esta característica, y que está más allá del rango de variabilidad normal. Una puntuación de 4 implica que el paciente está severamente deteriorado. Se han incluido unas claves para cada puntuación de los ítems (ver apéndice 2). Para satisfacer los criterios del síndrome deficitario (y para satisfacer el criterio #1), un paciente debe haber puntuado 2 o más en dos de los seis ítems del criterio #1.

Adjuntamos unas cuantas sugerencias de preguntas para cada síntoma negativo, aunque generalmente las respuestas más valiosas suelen basarse en la información que el paciente proporciona de forma espontánea, por lo que es mejor seguir el discurso del paciente. Es importante tener en cuenta que los pacientes pueden dar respuestas socialmente adecuadas en relación a su rango emocional, intereses, objetivos vitales e impulso social, pero estas respuestas deben ser contrastadas con las actividades (o con su carencia) que realiza el paciente. Las fuentes de información externas (familiares, médicos, trabajadores sociales) proporcionan datos con que refrenden las conclusiones derivadas de la entrevista con el paciente, y esta información puede llegar a considerarse más válida que aquella obtenida a través de la entrevista.

a. Aplanamiento afectivo

Este ítem normalmente no requiere de preguntas específicas y se puntúa basándose en lo observado durante la entrevista y mediante la información que se obtenga a través de otras personas que hayan mantenido un contacto prolongado con el paciente. El aplanamiento afectivo se refiere a las conductas observadas más que a la experiencia subjetiva del paciente. Específicamente, se puntúa:

1. Una relativa falta de expresividad de la cara o una expresión facial inmodificable.
2. Reducción de gestos expresivos cuando se habla de temas con contenido emocional.
3. Disminución de las inflexiones del habla.

Es importante distinguir entre aplanamiento afectivo primario y la forma de hablar cautelosa debida a la suspicacia o por la reticencia o vergüenza normal a una entrevista. Si la información clínica sugiere alguna de estas últimas, la puntuación debe ser alta pero el síntoma deberá ser valorado como secundario. La información a través de otras fuentes puede ser de utilidad para realizar tal distinción.

b. Rango emocional disminuido

Mediante este término se puntúa la intensidad y rango de la experiencia emocional subjetiva del paciente. Este ítem debe distinguirse de la capacidad para mostrar afecto, que se puntúa en el “aplanamiento afectivo”. Se puntúa la incapacidad para experimentar placer o la “disforia” de cualquier tipo. Por ejemplo, un paciente que parece experimentar poco placer debido a que se siente torturado por las alucinaciones auditivas no se consideraría que tenga un rango emocional disminuido. Es importante distinguir una disminución primaria del rango emocional de la reticencia normal frente a desconocidos, incluidos los profesionales.

Preguntas:

- ¿Qué es lo que te hace disfrutar en la vida?
- ¿Que te molesta / disturba?
- ¿Qué te entristece?
- ¿Qué te irrita o hace que te enfades?

c. Alogia (discurso pobre)

La pobreza del lenguaje no requiere pruebas específicas sino que se puntúa en base a lo observado durante la entrevista. El discurso deliberadamente opaco, por ejemplo en el caso de creencias persecutorias, o la reserva normal ante desconocidos no sería considerada pobreza del lenguaje primaria. La puntuación se basa tanto en el número de palabras utilizadas como en la cantidad de información expresada, incluyendo la información que es voluntaria y que no es absolutamente requerida para la respuesta literal a la pregunta. La anomalía llamada a veces pobreza en el contenido del discurso no se puntúa aquí. Por pobreza en el contenido del discurso entendemos que el paciente proporciona un discurso adecuado en cantidad o en el número de palabras, pero con poca información transmitida debido al discurso vago, reiterativo, estereotipado o cargado de clichés.

d. Pérdida de intereses

Este ítem se utiliza para puntuar el grado de interés de la persona en el mundo que le rodea, tanto acerca de la ideas como de los acontecimientos. La puntuación de este ítem debe basarse tanto en la conducta como en los pensamientos del paciente. Estar interesado en el mundo que lo rodea es diferente a tener conocimientos sobre las cosas que le interesan.

El paciente puede mostrar un rango o una profundidad disminuida de intereses: ambos deterioros deben considerarse patológicos. A pesar de esto, un profundo interés en un número escaso de temas (¡tal y como se encuentra a veces entre los investigadores!) no se consideraría habitualmente como patológico. Una preocupación patológica por temas psicóticos puede limitar la curiosidad o el interés en otras cosas, pero no es una disminución de intereses tal y como se entiende aquí, dado que el paciente está claramente atento respecto a esta área de funcionamiento. El paciente con un intenso pero aparentemente patológico interés en un objetivo irreal, al que dirige tanto los pensamientos como los actos, no manifiesta una pérdida de intereses.

Preguntas sugeridas:

¿Qué encuentras interesante?

¿En qué sueles pensar?

¿Qué haces para saber más de estos temas?

¿De qué te gustaría saber más?

¿Has leído periódicos, o escuchado o visto noticias en la TV o la radio últimamente?

¿Puedes explicarme alguna gran noticia que hayas escuchado últimamente?

e. Falta de objetivos

Mediante este ítem se intenta puntuar: 1) el grado en el que el paciente se fija objetivos en su vida; 2) hasta que punto no consigue iniciar o mantener actividades dirigidas a objetivos debido a un problema de motivación; y 3) la cantidad de tiempo empleado en actividades sin propósito, independientemente de si el objetivo es realizable o no. Pese a ello, el paciente con un compromiso superficial con su objetivo –por ejemplo, aquel que sólo alaba algo pero sin hacer realmente nada de un objetivo socialmente aceptable- debería considerarse que tiene una falta de objetivos. Es importante distinguir entre la actividad en la que el paciente toma la iniciativa y aquellas en las que es otra persona (como un miembro de la familia) quien lo proporciona.

Es crucial distinguir la falta de objetivos de las manifestaciones en las que el paciente presenta: 1) desorganización psicótica o 2) se siente sobrepasado por lo que, para la mayoría de las personas, sería un pequeño esfuerzo. Si un paciente presenta un deterioro en la falta de objetivos (un síntoma negativo), pero se considera secundario a psicosis (y por lo tanto no una característica deficitaria), él o ella deberá recibir un 2 o más aquí, y un “Falso” para este ítem en el criterio #3 (el criterio primario/secundario).

Preguntas sugeridas:

¿Piensas mucho acerca el futuro?

¿Te has fijado algún objetivo para tí mismo?

¿Cómo cambiarías tu vida si pudieses?

¿Qué has hecho últimamente para cambiar tu situación?

¿Han habido actividades que quisieras realizar pero que no las has llegado a hacer por algún motivo? (Si es afirmativo: ¿Por qué fue?)

¿Inviertes mucho tiempo quedándote simplemente sentado, o en la cama o viendo la televisión? (Si afirmativo: ¿Estás interesado en el programa o estás simplemente pasando el tiempo?)

f. Pérdida de intereses en actividades sociales

Este ítem se utiliza para puntuar el grado en el cual una persona busca o desea la interacción social. El paciente evitativo, que aspira al contacto social y lo busca irregularmente pero se siente incómodo con él, no se considera que tenga una pérdida de interés en las actividades sociales. La puntuación debería considerarse en base a la experiencia interna del paciente, sus afirmaciones y sus conductas. Aquí no se puntúa el éxito social. Muchas personas con esquizofrenia tienen importantes discapacidades sociales, pero la mayoría de personas socialmente deterioradas, con esquizofrenia u otra problemática, por lo general persisten en buscar algún tipo de interacción social. El término no se refiere al aislamiento social que sólo está presente durante los episodios psicóticos o al aislamiento secundario a la desconfianza o por un efecto de la disminución de estímulos o por cualquier otro factor diferente de la pérdida de intereses descrita.

Preguntas sugeridas:

¿En qué utilizas tu tiempo?

¿Sueles hacer las actividades en solitario o con otras personas?

A algunas personas les gusta estar con otras; otras prefieren estar solas. ¿Cómo te describirías a tí mismo? (Si el paciente es introvertido:) ¿Por qué prefieres estar sólo?

¿Te sientes sólo a veces?

¿Te gustaría estar más tiempo con otra gente?

¿Buscas estar en contacto con otras personas?

¿Esperas a menudo que sean los otros quienes te inviten a hacer algo con ellos?

Cuando te encuentras con otras personas, ¿quién decide qué hacer?

Cuando estás con otras personas, ¿tomas tú la iniciativa o son los otros?

III. Criterio #2

Alguna combinación de dos o más de estos síntomas negativos ha estado presente durante los últimos 12 meses y ha estado siempre presente durante períodos de estabilidad clínica (incluyendo estados psicóticos crónicos). Estos síntomas pueden ser o no detectables durante episodios transitorios de desorganización o descompensación psicótica aguda.

Cada uno de los seis ítems del Criterio#2 se puntúa como verdadero o falso. Para cumplir los criterios para el síndrome deficitario, el paciente debe haber puntuado 0 (verdadero) en un mínimo de dos de las preguntas del Criterio#2.

IV. Criterio #3

Los síntomas negativos son primarios, no secundarios a otros factores que no sean los propios del proceso de la enfermedad. Estos factores incluyen:

- Ansiedad.
- Efectos de los fármacos.
- Susplicia (y otros síntomas psicóticos).
- Retraso mental.
- Depresión.

Las puntuaciones en este ítem están planteadas en gran parte por nuestro deseo de definir un grupo relativamente homogéneo para propósitos de investigación. En consecuencia, si hay una duda razonable acerca de si los síntomas negativos son primarios o secundarios nosotros valoramos este ítem como “Falso” aunque el paciente haya obtenido puntuaciones altas para los síntomas en el criterio #1. Los pacientes que tienen una valoración de “Falso” en el criterio #3, pero por otro lado cumplen los requisitos para el Síndrome Deficitario reciben una puntuación en la severidad global de 1. En nuestra experiencia no es infrecuente que estos factores sean lo suficientemente severos como para provocar una valoración de “Falso” en este criterio, sin que esto excluya que pacientes con síntomas psicóticos moderados puedan ser categorizados como pacientes deficitarios.

No siempre es fácil para el clínico hacer una inferencia válida acerca de la causa de los síntomas negativos. Aunque en cada caso existe la posibilidad de efectuar una valoración errónea, por lo general los clínicos son capaces de conseguir un alto grado de precisión. El predominio de síntomas negativos puede ser secundario a: 1) una respuesta adaptativa (por ejemplo, retraimiento para protegerse de una excesiva estimulación), 2) afecto patológico como la depresión, 3) desmoralización, 4) efectos adversos secundarios a los neurolépticos, 5) síntomas secundarios a una exposición continua a un ambiente infraestimulado y 6) una manifestación primaria de la esquizofrenia. Sin embargo, ésta no es una lista exhaustiva.

Dos perspectivas pueden ayudarnos a determinar qué síntomas son primarios o secundarios: la observación longitudinal y la manipulación empírica. Específicamente:

1. ¿Manifiesta el paciente predominio de síntomas negativos en ausencia de desmoralización, depresión o desesperanza?
2. ¿Manifiesta el paciente predominio de síntomas negativos durante periodos sin medicación y durante periodos de relativa inactividad de síntomas positivos?
3. ¿Hay antecedentes de falta de impulso vital, expresión emocional limitada, y predominio de otros síntomas negativos previos al inicio de la psicosis y tratamiento, y previos a cualquier experiencia prolongada de exposición a un ambiente poco estimulante?
4. ¿Disminuyen las manifestaciones como una expresión rígida con el uso de medicación antiparkinsoniana, o durante periodos sin medicación?

Confiar en la valoración clínica es inevitable para este ítem. Nuestro enfoque ha sido el de intentar eliminar de la categoría de deficitario a los pacientes con causas mayores de predominio de síntomas negativos secundarios. Sin duda, en algunos pacientes esta valoración será errónea, pero nuestros datos sugieren que el conjunto de los clínicos realizan una adecuada distinción.

Puntuamos estos ítems como falsos si el paciente: 1) atribuye su deterioro a una fuerte sensación de desmoralización, suspicacia, ansiedad, etc., y su estado es congruente con su conducta y lo aportado por otras fuentes de información, 2) no cumple el criterio #1 cuando

está clínicamente estable (no en recaída), aunque sin tratamiento o cuando los síntomas psicóticos mejoran transitoriamente, 3) muestra signos vegetativos u otros síntomas significativos de depresión durante periodos en que predominan los síntomas negativos, 4) es incapaz de responder a preguntas de la entrevista debido a los trastornos del pensamiento persistentes durante una remisión parcial, 5) está tan crónicamente desorganizado o suspicaz que es incapaz de dedicarse a ningún interés o 6) tiene un retraso mental.

Finalmente Rifkin et al., señalaron que la sedación es el marcador clave de una forma de acinesia inducida por neurolepticos que puede causar muchos de los síntomas negativos encontrados en el criterio #1.

La lista citada no es exhaustiva.

Sería recomendable que las cuestiones utilizadas para esta discriminación fuesen preguntadas también a otros informantes a parte del paciente.

Algunas preguntas sugeridas para la entrevista:

¿Hay algo que te haya molestado hoy?

¿Te sientes ansioso, tenso o nervioso?

¿Te sientes triste, abatido o deprimido?

¿Has dejado de intentar de hacer cosas? (si responde “sí”: ¿por qué?)

¿Es duro hacer cosas? (si responde “sí”: ¿por qué?)

(Si las respuestas han sido “sí” a las cuestiones anteriores.) ¿Sientes esto la mayor parte del tiempo? ¿Se van estas sensaciones cuando estás tomando (o no tomas) medicación?

¿Te sientes mejor cuando tus alucinaciones, ideas de suspicacia, confusión, etc.. mejoran?

¿Qué medicaciones tomas?

¿Cómo te hace sentir esta medicación?

¿La medicación te produce somnolencia?

¿Te sientes muy diferente cuando no estás medicado? ¿Tienes más energía cuando no estás medicado?

V. Criterio #4

4. El paciente cumple los criterios DSM para la esquizofrenia.

El ISD (SDS) no proporciona un protocolo para hacer este diagnóstico

VI. Resumen.

Pese a que ha sido posible conseguir una buena fiabilidad interevaluador para el ISD (SDS) dentro de nuestro propio grupo de investigación, el problema de la fiabilidad entre diferentes grupos de investigadores es más complicado. Diferentes grupos han publicado a veces resultados muy contradictorios sobre el síndrome deficitario, aunque si se examinan las características clínicas de los dos grupos de síndrome deficitario se comprueba que estos investigadores no hablaban del mismo tipo de pacientes. El problema está en que su concepto de síndrome deficitario es muy diferente al nuestro. El hecho de utilizar el ISD (SDS) o que se apliquen los criterios del síndrome deficitario no evita este problema completamente, debido a los problemas de fiabilidad intergrupos.

Para ayudar al lector sobre este tema, sería de mucha utilidad proporcionar una comparación de los detalles clínicos entre el grupo deficitario y no deficitario en cualquier publicación, especialmente los demográficos, estado civil, cronicidad de la enfermedad, síntomas y nivel de funcionamiento premórbido. Se podría esperar que el grupo deficitario tuviese un mayor porcentaje de hombres y un peor funcionamiento premórbido o actual. Pese a todo, estas variables de validez no deberían confundirse debido a una mayor duración de la enfermedad o gravedad de síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios o trastorno formal del pensamiento). Se podría esperar que el grupo deficitario también tuviese una menor severidad de la suspicacia y la emocionabilidad (humor depresivo, ansiedad, culpa y hostilidad). No todas las diferencias esperables serán significativas en cada muestra, aunque una severidad importante de la psicosis en el grupo deficitario sería preocupante.

Generalmente el problema más grande para hacer la fiabilidad intergrupos está en hacer el diagnóstico de síntomas negativos primarios vs secundarios, especialmente en los pacientes

con síntomas psicóticos severos. La mayoría de las veces, nosotros categorizaremos al paciente con una importante desorganización como no deficitario, sin preocuparnos por la puntuación que él o ella haya conseguido en instrumentos como la SANS. De igual forma, un paciente absorto en sus alucinaciones y/o delirios será considerado como no deficitario. La categoría de deficitario no es equivalente a peor función. Hay muchas causas de funcionamiento empobrecido en la esquizofrenia y la presencia del síndrome deficitario es sólo una de ellas.

APÉNDICE 1:

Criterios diagnósticos para el síndrome deficitario en la esquizofrenia

1. Presencia de al menos dos síntomas de la siguiente lista de seis síntomas negativos:
 - a. Aplanamiento afectivo.
 - b. Rango emocional disminuido.
 - c. Alogia (discurso pobre).
 - d. Pérdida de intereses.
 - e. Falta de objetivos.
 - f. Pérdida de interés en actividades sociales.
2. Alguna combinación de dos o más de estos síntomas negativos ha estado presente durante los últimos doce meses, y ha estado siempre presente durante periodos de estabilidad clínica (incluyendo estados psicóticos crónicos). Estos síntomas pueden ser o no detectables durante episodios transitorios de desorganización o descompensación psicótica aguda.
3. Los síntomas negativos son primarios, es decir, no secundarios a otros factores que no sean los de la enfermedad. Dichos factores incluyen: a) ansiedad, b) efectos de la medicación, c) suspicacia (y otros síntomas psicóticos), d) retraso mental y e) depresión.
4. El paciente cumple los criterios DSM para esquizofrenia

APÉNDICE 2: CLAVES PARA LA PUNTUACIÓN DEL CRITERIO #1

ESQUEMA GENERAL PARA PUNTUAR LOS ÍTEMS:

0. El paciente se muestra normal respecto a esta característica.
1. El empeoramiento del funcionamiento es de severidad cuestionable (ej: el paciente es algo inusual en relación al ítem pero se considera patológico).
2. El paciente tiene esta área de funcionamiento claramente empeorada (de forma patológica) pero algunos aspectos clínicos están intactos.
3. Claro empeoramiento en relación a la mayoría de aspectos de la característica.
4. Empeoramiento en relación a todos los aspectos de la característica.

Aplanamiento afectivo.

0. El paciente muestra un rango de expresión del afecto espontáneo y amplio.
1. Disminución del afecto mostrado pero que no es considerado patológico.
2. Disminución moderada del afecto en relación a muchos aspectos o una severa disminución en relación a algunos aspectos.
3. Disminución severa del afecto en relación a muchos aspectos o una muy severa disminución en algunos aspectos.
4. Disminución muy severa del afecto en relación a muchos aspectos.

Rango emocional disminuido.

0. No hay disminución en la variedad emocional o intensidad.
1. Disminución cuestionable en variedad o intensidad de las emociones o severidad media no considerada patológica.
2. Disminución moderada en variedad o intensidad de las emociones en relación a muchos aspectos o una disminución severa en relación a algunos aspectos.
3. Disminución severa en variedad o intensidad de las emociones en relación a muchos aspectos o una disminución muy severa en relación a algunos aspectos.
4. Disminución muy severa en variedad o intensidad de las emociones en relación a muchos aspectos.

Alogia

0. Discurso normal en cantidad de habla y en cantidad de información proporcionada.
1. Disminución media en la cantidad de habla o de información proporcionada pero no considerada patológica
2. Disminución moderada en cantidad de habla o de información proporcionada en relación a muchos temas, o disminución severa en relación a algunos temas.
3. Disminución severa en cantidad de habla o de información proporcionada en relación a muchos temas o disminución muy severa en relación a algunos temas.
4. Disminución muy severa en cantidad de habla o de información proporcionada en muchos temas.

Pérdida de intereses

0. Cantidad normal de intereses; en un amplio rango de intereses o muy intensos en un grupo pequeño.
1. Disminución del rango o intensidad de los intereses pero tan leve que no se considera patológico.
2. Disminución moderada del rango o intensidad de intereses.
3. Disminución severa del rango o intensidad de intereses.
4. Disminución muy severa del rango o intensidad de intereses.

Falta de objetivos

0. Motivación normal y actividades dirigidas a objetivos en rango o intensidad normal.
1. Disminución en la motivación y actividades dirigidas a objetivos pero tan leves que no se consideran patológicas.
2. Disminución moderada en rango o intensidad de la motivación y actividades dirigidas a objetivos.
3. Disminución severa en rango o intensidad de la motivación y actividades dirigidas a objetivos.
4. Disminución muy severa en rango o intensidad de la motivación y actividades dirigidas a objetivos.

Pérdida de interés en actividades sociales.

0. Expresión espontánea de actividades sociales en diferentes situaciones.
1. Disminución en las actividades sociales tan leve que no se considera patológico.
2. Disminución moderada en las actividades sociales.
3. Disminución severa en las actividades sociales.
4. Disminución muy severa en las actividades sociales.

Iniciales sujeto _____ **Evaluador** _____

Nº ID _____ **Fecha :** _____

I. Síntomas negativos

	<u>Severidad</u>	Primarios			Estables		
		No	Sí	NA*	No	Sí	NA*
Aplanamiento afectivo	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Rango emocional disminuido	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Alogia (discurso pobre)	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Pérdida de intereses	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Falta de objetivos	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Pérdida de interés en act. sociales	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9

(* no aplicable si la severidad es 0 ó 1)

II. CRITERIOS PARA EL SÍNDROME DEFICITARIO

	No	Sí	NA*
1. Esquizofrenia según DSM-IV	1	2	
2. Dos síntomas negativos tienen una severidad de 2 o más	1	2	
3. Estos síntomas negativos son considerados primarios	1	2	9
4. Estos síntomas negativos son características estables durante períodos de relativa remisión durante el año anterior.	1	2	9

(* no aplicable)

III. CATEGORIZACIÓN

Categorización global	Deficitario = 2	No-deficitario = 3	
Severidad Global	0	1	2 3 4

BIBLIOGRAFIA BÁSICA DE REFERENCIA

Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., McKenney, P. D., Alphas, L. D. & Carpenter, W. T., Jr. The Schedule for the Deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res.* **30**, 119-123 (1989).

Carpenter, W. T., Jr., Heinrichs, D. W. & Wagman, A. M. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am. J. Psychiatry.* **145**, 578-583 (1988).

Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Ross, D. E. & Carpenter, W. T., Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry.* **58**, 165-171 (2001).