

11241



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE**

**TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS
Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS
EN PACIENTES QUEMADOS**

**T É S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
P S I Q U I A T R Í A
PRESENTA:**

M.C. RAYMUNDO OLIVER GARCÍA FABELA

ASESORES:

**M. C. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES
M. C. MARTHA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
M. C. JAIME RUÍZ ORNELAS**



**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICIASTRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

Alejandro Díaz
No. 120.
DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Claudia Fouilloux Morales

M. C. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

Asesor de tesis

Martha Georgina Ochoa Madrigal

M. C. MARTHA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

Asesor de tesis

Jaime Ruíz Ornelas

M. C. JAIME RUÍZ ORNELAS

Asesor de tesis

Raymundo Oliver García Fabela

M. C. RAYMUNDO OLIVER GARCÍA FABELA

Autor

Francisco Javier Valencia Granados

M. C. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS

Titular del curso

Mauricio Di Silvio López

M. C. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ
Subdirector de Enseñanza e Investigación



PROLOGO

El presente estudio tiene como finalidad conocer el número de pacientes quemados que desarrollaron algún trastorno de ansiedad, depresivo o por consumo de sustancias aplicando una entrevista estructurada que evalúa dichos padecimientos correspondientes al eje I del DSM-IV; así como el análisis con algunas variables demográficas.

La escala empleada es la Entrevista Diagnóstica Estructurada para el DSM-IV (SCID-I) en los apartados correspondientes a: trastornos de ansiedad, depresivos y por consumo de sustancias que es considerada el estándar de oro para verificar otros instrumentos, así como, la precisión diagnóstica de los clínicos.

La investigación muestra la relevancia que tienen los padecimientos mentales en pacientes quemados; población considerada en mayor riesgo de sufrírselos. Hoy en día estos pacientes tienen mayor probabilidad de sobrevivir y reincorporarse a sus actividades, y es por la repercusión e importancia de las secuelas psíquicas que se analizó a esta población.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son una de las patologías agudas más graves, terroríficas y amenazantes que están más allá del espectro normal de la vida. El paciente quemado tiene que hacer uso de todos sus recursos psicológicos para hacer frente a su nueva situación movilizando una serie de recursos emocionales con la finalidad de adaptarse, y en caso de no lograrlo, sufre el riesgo de desarrollar psicopatología. Hay varias limitantes para una adaptación exitosa entre las que podemos citar: estado mental previo, características de personalidad y pobre red social de apoyo.

La quemadura actúa como un estresor que desencadena el inicio, recurrencia, o agravamiento de un trastorno mental subyacente sobresaliendo los trastornos de ansiedad, depresivos y por consumo de sustancias. La mayoría de estos padecimientos se desarrollan muy pronto después de sufrir la lesión impidiendo una pronta recuperación y apego a los procedimientos médicos que son necesarios durante su hospitalización; y a su egreso suelen dificultar en algunos casos su rendimiento laboral y su capacidad de relacionarse con otros por las complicaciones estéticas y/o funcionales, especialmente si se acompañan de un padecimiento mental previo.

La investigación se realizó en la "Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"", el cual es un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, que atiende a un grupo de asegurados del gobierno federal.

INDICE

Prólogo	III
Introducción	IV
Índice	5
Resumen	6
Marco teórico	7
Trastornos de ansiedad, depresivos, y por consumo de sustancias en pacientes quemados	
Material y métodos	10
Planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología.	
Resultados	14
Discusión	16
Bibliografía	18
Anexo	20
Entrevista Diagnóstica Estructurada para el DSM-IV	
* Únicamente se anexa sección de tamizaje.	

RESUMEN

Antecedentes: El incremento de pacientes que sobreviven a una quemadura ha ocasionado una mayor demanda en sus necesidades físicas y psicológicas. Estos sujetos tienen altas demandas adaptativas y sufren varias reacciones emocionales. La quemadura actúa como un estresor que precipita el inicio o la recurrencia de un padecimiento mental. El propósito de este estudio fue explorar la frecuencia de trastornos de ansiedad, depresivos, y por consumo de sustancias en pacientes que sufrieron quemaduras.

Métodos: La presente investigación es un estudio descriptivo, prospectivo y abierto de 11 pacientes con lesiones por quemadura admitidos en una Unidad de Quemados de un hospital de la Ciudad de México. A todos los pacientes adultos ingresados durante un año se les aplicó la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV.

Resultados: la frecuencia de trastornos de ansiedad fue de 50%; depresivos, 30%; y por consumo de sustancias, 20%. La edad, el sexo, el grado escolar, el estado civil, y la extensión de la quemadura se asociaron con la aparición de un trastorno psiquiátrico.

Conclusiones: el riesgo de desarrollar algún trastorno mental después de presentar una lesión por quemadura es alto.

ABSTRACT

Background: An increase of patients surviving from a burn has also increased the need to manage their physical and psychological needs. These individuals exhibit many adjustment demands and suffer from many emotional responses. A burn injury might act as a stressor that precipitates the beginning or a recurrence of a mental disorder. The purpose of this study was to explore the frequency of anxiety, depressive, and substance disorders.

Methods: The present trial is a descriptive, prospective and open study of 11 patients with burn injuries admitted to a burn unit of a hospital in Mexico City. All consecutive of adult burn inpatients during a year were conducted by de DSM-IV Structured Clinical Interview.

Results: The frequency of anxiety disorders was 50%; depressive, 30%; and substance abuse, 20%. The age, sex, scholarship, marital status, and the extent of burns was found to be associated with a psychiatric disorder.

Conclusions: the risk of developing a psychiatric disorder before a burn injury is high

TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES QUEMADOS

ANTECEDENTES

El hecho de sufrir quemaduras en sí misma es aterradora y en cierta forma fuera del rango usual de la experiencia humana ⁽¹⁾. El incremento en la capacidad para vencer los retos médicos que enfrentan los pacientes quemados ha derivado en aumento en el porcentaje de personas que sobreviven, así como, el manejo físico y psicológico de estos pacientes; por lo que, la pregunta que surge es si las necesidades psicológicas son cubiertas adecuadamente especialmente en los sujetos con daño severo ⁽²⁾⁽³⁾.

La imagen corporal es definida por "la forma en que percibimos nuestro cuerpo, su apariencia y la forma en que pensamos acerca de él", mientras que, la distorsión en la imagen corporal se define por "cualquier alteración en la percepción de la imagen corporal que ocurre fuera del desarrollo humano esperado" ⁽⁴⁾. Todos los pacientes quemados comparten al menos una experiencia -una lesión a su cubierta corporal-: la piel que sujeta, protege, une y distingue al individuo como un ser humano que no tiene igual. Estas lesiones representan un trauma severo con sentimientos de desintegración, miedo existencial y peligro real que involucra daño a la integridad y apariencia corporal, así como al funcionamiento haciendo difícil mantener la continuidad y el sentido de coherencia en la imagen corporal que es única; resultando entonces en baja autoestima, confusión, problemas de autoidentidad y distorsión de ésta ocasionando estrés adicional ⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾. La confusión de identidad es acompañada por temor al rechazo y pérdida de apreciación entendiéndose entonces que la persona con lesión en la piel no solamente experimenta desintegración y confusión con respecto a su identidad sino que también manifiesta ansiedad en relación a su lugar en el mundo ⁽⁷⁾.

Casi todos los pacientes quemados enfrentan un incremento en sus demandas adaptativas sufriendo un sin número de reacciones emocionales tales como: miedo, ansiedad, inquietud, depresión, fenómenos de regresión psicológica, sentimientos de duelo y desesperanza - algunos de estos síntomas de distrés psicológico están circunscritos al dolor asociado al manejo médico -; las cuales combinadas a los síntomas de la lesión por quemadura (dolor al descansar y durante los procedimientos y los trastornos inmunológicos y metabólicos) vuelven al cuidado de estos pacientes una tarea muy estresante ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾. Sin embargo, existen algunos pacientes que hacen frente relativamente bien adaptándose eficazmente a sus nuevas circunstancias ⁽⁶⁾. Hay varios impedimentos para la adaptación satisfactoria posterior a la quemadura, algunos de estos factores son: estado emocional previo, patrones de personalidad, la capacidad para responder ante situaciones nuevas, la adaptación psicosocial previa, la presencia de un síndrome orgánico cerebral, el consumo de sustancias, estrés familiar y el apoyo social ⁽⁸⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. El distrés psicológico durante la estancia hospitalaria afecta la percepción en la severidad del dolor, originando falta de cumplimiento en el manejo y rehabilitación y acrecentamiento en culparse y en la conducta

del dolor ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. El culparse por haber sufrido el accidente, especialmente aquellos que piensan que este pudo evitarse, se asocia con pobre cumplimiento en las actividades médicas y de enfermería, mayor dolor y depresión ⁽¹⁶⁾.

Los trastornos psiquiátricos son hoy considerados de interés por sus implicaciones en la planeación de las políticas salud y por sus efectos negativos en la economía; siendo estos padecimientos los principales factores predisponentes para sufrir lesiones por quemadura ⁽¹⁵⁾. Rockwell empleando los criterios del DSM-III-R encontró que el 69% de los pacientes quemados tenían padecimientos mentales premórbidos, siendo los más comunes: el trastorno adaptativo con humor depresivo, el abuso de alcohol y los trastornos de personalidad ⁽¹⁷⁾. La quemadura actúa como un severo estresor que precipita el inicio o la recurrencia del trastorno psiquiátrico, representando las secuelas más comunes: el episodio depresivo, los trastornos de ansiedad destacando el trastorno por estrés post-traumático (TEPT) y el consumo de sustancias (principalmente alcohol) ⁽²⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾; tornando importante la búsqueda en los antecedentes del paciente la presencia de episodios previos de ansiedad, depresión o consumo de sustancias con la finalidad de limitar la morbilidad debido a que tener historia de padecer alguno de estos desórdenes incrementa la posibilidad de presentar el mismo tipo de problemas dentro del primer año postquemadura ⁽¹⁵⁾.

Dentro de los padecimientos psiquiátricos más comunes en pacientes con quemaduras están los trastornos de ansiedad que afectan a poco más de un tercio de estos ⁽¹⁹⁾. La ansiedad es definida por "la presencia de miedo o aprehensión que esta fuera de proporción del contexto de una situación en la vida" ⁽²⁰⁾. En la población con quemaduras hay tres tipos de ansiedad: 1) la ansiedad como un patrón individual de conducta previo a la quemadura, 2) en el postrauma podrá experimentar TEPT y 3) la ansiedad específica de lugar, la cual comienza como un sentido de anticipación o temor al dolor del tratamiento que rápidamente se generaliza a todos los sitios del hospital ⁽²¹⁾.

De los trastornos de ansiedad el que más destaca es el TEPT cuya prevalencia se triplica a los cuatro meses posterior al egreso hospitalario del paciente reflejando un retraso en la aparición de los síntomas de evitación y de embotamiento emocional ⁽⁵⁾⁽²²⁾, sin embargo, tiende a disminuir nuevamente posterior a 6 meses del alta hospitalaria ⁽¹⁵⁾⁽²³⁾. El TEPT se presenta entre el 28 y 35% de los pacientes a los 4 meses del alta hospitalaria disminuyendo el número de casos al año del egreso (20%) ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾. El resto de los trastornos de ansiedad como la fobia simple, fobia social, trastorno de pánico, así como el trastorno de ansiedad generalizada son poco representativos, alcanzando hasta el 9% al momento del egreso e incrementando al año hasta el 11% de los pacientes ⁽⁹⁾⁽¹¹⁾. Los pacientes con trastornos por estrés tienen mayor probabilidad de desarrollar ansiedad anticipatoria asociada con los procedimientos médicos dolorosos, mientras que, los pacientes con ansiedad están envueltos en un círculo vicioso de retroalimentación positiva en el cual el dolor incrementa la ansiedad y la ansiedad aumenta el dolor ⁽¹⁾⁽⁸⁾⁽²⁴⁾.

La naturaleza multifacética de la depresión la convierte en una dificultad por sus componentes psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos que influyen diferentes aspectos de la recuperación posterior a la quemadura ⁽³⁾. La depresión se define como "el estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, baja autoestima y autoreproche; acompañado de retraso psicomotor o agitación, abandono del

contacto interpersonal y síntomas vegetativos ⁽²⁰⁾. Existe discrepancia entre los reportes sobre la prevalencia de depresión en pacientes quemados debido a que algunos estudios únicamente reportan a la depresión severa, representando el 4% de los casos al momento del egreso hospitalario, y 10% al año de seguimiento ⁽³⁾⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾; no obstante, la prevalencia de depresión leve y moderada (15% y 22% respectivamente) al momento del egreso ⁽³⁾ incrementa la prevalencia global de la depresión sin embargo no existen dichos estudios de seguimiento a un año. La depresión durante la primera semana de estancia hospitalaria sufre un descenso en su prevalencia, de modo similar al TEPT, posteriormente ésta incrementa durante el resto de la estancia hospitalaria hasta el momento del egreso hospitalario; volviendo a tener una disminución al año de seguimiento ⁽³⁾. No hay relación entre el tamaño de la quemadura y depresión ⁽³⁾⁽²⁰⁾. Los pacientes en mayor riesgo a padecer depresión son aquellos que sufren quemaduras en manos y cara ⁽¹⁹⁾.

El consumo de sustancias, primordialmente el alcohol, es considerado como el principal factor de riesgo para sufrir quemadura por el hecho de que al estar intoxicado se origina disminución del procesamiento cognitivo, al igual que del control de impulsos, originando errores de juicio ⁽¹⁵⁾⁽²⁶⁾; teniendo la población alcohólica mayor mortalidad que los no alcohólicos (31% vs 18%) ⁽²⁷⁾. Existe incremento del consumo de sustancias entre los pacientes con quemaduras al año de seguimiento ⁽²⁸⁾; correspondiendo la mayoría de casos al abuso y/o dependencia a la ingesta de alcohol (10% al momento del egreso y alcanzando el 11% al año de seguimiento), seguido del abuso y/o dependencia de cocaína (7% al momento del egreso y 4% al año de seguimiento) y de marihuana (3% al momento del egreso y desapareciendo al año de seguimiento) ⁽¹⁵⁾. Contrariamente a lo que podría esperarse no se refiere abuso y/o dependencia de sedantes en este grupo de pacientes ⁽¹⁵⁾.

A pesar de que la mayoría de los datos son obtenidos a partir de pacientes con quemaduras graves que ameritan hospitalización de larga estancia, existe un grupo que representa a la mayoría de la población quemada que por sus repercusiones en la adaptación psicológica que conlleva se les ha denominado como pacientes con "una pequeña quemadura, un gran problema" los cuales experimentan solamente cambios temporales en su apariencia y función manifestando distrés que ocasiona discapacidad ocupacional y/o social en un periodo de tiempo mayor al que tardan en sanar sus lesiones ⁽²⁹⁾. Las principales manifestaciones psicológicas que refieren son: 1) herida narcisista y miedo a perder al sujeto amado ante la preocupación de desfiguración permanente y 2) dependencia ante la posible pérdida de función ⁽²⁹⁾.

Aunque comúnmente se asume que los pacientes con quemaduras extensas y más visibles son aquellos que experimentaran trastornos psiquiátricos, esto no es necesariamente la regla en los trastornos de ansiedad y depresivos ⁽¹⁾⁽³⁾⁽²²⁾. Los pacientes que desarrollan trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias por quemadura tienden a mostrar estancias hospitalarias prolongadas y complicaciones durante su rehabilitación y subsecuente adaptación ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾. El marcador que se asocia con el no desarrollo o la pronta resolución del trastorno psiquiátrico es el apoyo social ⁽⁹⁾⁽⁸⁾ que depende no solo del proveedor del apoyo social sino también del receptor de tal apoyo, siendo este último capaz de despertar una respuesta de apoyo del ambiente y de movilizar fuentes internas. Los principales proveedores de apoyo social durante la hospitalización es el personal de enfermería seguido del psiquiatra y al retornar a casa el grupo que aporta el apoyo es la familia y el personal de enfermería ⁽³⁰⁾⁽³¹⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha incrementado el número de sobrevivientes por quemaduras severas secundario al desarrollo de nuevas y más efectivas propuestas de tratamiento, por ende, un aumento de las necesidades de rehabilitación física y psiquiátrica de los mismos; ante lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿cuál es la incidencia de trastornos de ansiedad, depresivos y por consumo de sustancias en pacientes quemados en la Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE del 1º de marzo de 2003 al 28 de febrero de 2004?

JUSTIFICACIÓN

Hoy es entendido que los padecimientos psiquiátricos se encuentran entre las enfermedades más discapacitantes. Ante el hecho de sufrir una situación estresante fuera de la capacidad humana de adaptación con implicaciones físicas, sociales y psicológicas como es la quemadura, entran en juego una serie de mecanismos psicológicos y emocionales para enfrentar la estancia hospitalaria prolongada, el dolor propio de la quemadura, la dependencia, así como en algunos casos daño cosmético que afectan la imagen corporal y la autoestima del sujeto, que pueden originar problemas psicológicos posteriores.

La historia de un trastorno psiquiátrico previo es un factor de riesgo para sufrir quemaduras debido a que reduce la competencia, altera el estado mental, produce descuido en el autocuidado, y debilita el pensamiento: al mismo tiempo, el estrés al que esta sujeto el paciente con quemadura lo predispone a sufrir desórdenes psiquiátricos.

El manejo del paciente quemado principalmente se ha centrado en las alteraciones somáticas haciendo a un lado las de la "psique", y cuando se realiza este último es en la complicación psiquiátrica más común, el Trastorno por estrés postraumático. Aunque en México existen centros hospitalarios con gran capacidad de pacientes, pocos de ellos cuentan con una unidad de quemados, y aun más, a un limitado número de enfermos se les brinda atención psiquiátrica a pesar de lo frecuente con que se presentan los trastornos mentales. Por desgracia, muchos de los trastornos psiquiátricos no son identificados y/o tratados, resultando en un fracaso temprano al retornar al trabajo, aumentando la carga económica, lo mismo que abandono social.

Por lo anterior se decide realizar una investigación de los padecimientos psiquiátricos más comunes en los pacientes quemados aplicando una escala que los evalúe con la finalidad de realizar las medidas preventivas pertinentes para su reajuste a la sociedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el número de casos de pacientes quemados con trastorno por ansiedad, depresivos y por consumo de sustancias en la Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE durante el periodo de estudio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los trastornos psiquiátricos más comunes previos a la quemadura en el periodo establecido.
- Correlacionar superficie corporal total quemada con los trastornos psiquiátricos.
- Describir las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad) en los trastornos de ansiedad, depresivos y por consumo de sustancias en pacientes quemados en la Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el periodo de estudio.
- Correlacionar la presencia de trastornos psiquiátricos previos con los trastornos de ansiedad, depresivos y por consumo de sustancias subsecuentes a una quemadura en pacientes quemados de la Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de noviembre" del ISSSTE en el periodo establecido.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y abierto.

UNIVERSO DE TRABAJO

Paciente del género masculino o femenino mayor de 18 años y menor de 65 años de edad con quemaduras que se encuentre en la Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

LÍMITE DE ESPACIO

Unidad de Quemados y Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

LÍMITE DE TIEMPO

Paciente con diagnóstico de quemaduras que sea internado en la Unidad de Quemados del Centro Médico nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el periodo que comprende del 1º marzo de 2003 al 28 febrero de 2004.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente masculino o femenino mayor de 18 años y menor de 65 años de edad con quemaduras que se encuentre en la Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE que sea capaz de completar la entrevista a las dos semanas después de su ingreso tras aceptar participar mediante el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Paciente que no complete la entrevista a las dos semanas de su ingreso.

Paciente que decida no participar en el estudio.

Paciente que presente algún estado de consciencia alterado, demencia o retraso mental.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Paciente que fallezca durante la realización del estudio.

INSTRUMENTO

La información del estado psiquiátrico será recopilada mediante la aplicación de la Entrevista Diagnóstica Estructura para el DSM-IV (SCID-I) en los apartados correspondientes a trastornos de ansiedad, depresivos y por consumo de sustancias a cada paciente. El SCID-I es una entrevista semiestructurada que evalúa los diagnósticos del Eje I de acuerdo a los criterios del DSM-IV. El SCID-I consta de una ficha de identificación que abarca datos demográficos, educación e historia laboral; un apartado de antecedentes psicopatológicos previos, así como, una sección de tamizaje que cubre los trastornos en estudio para un abordaje más certero y rápido de cada padecimiento en cuestión; y una sección con preguntas para cada uno de los trastornos mentales (Anexo 1).

METODOLOGÍA

Se identificará a todo aquel paciente que ingrese a la Unidad de Quemados del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE que cumpla el criterio de inclusión. La superficie corporal total quemada será tomado del expediente médico y su severidad se agrupará por porcentaje como sigue: <14%, 15-19%, 20-29%, y >30%. Se aplicará el instrumento a las dos semanas de su estancia hospitalaria por el investigador. La información recabada en cada entrevista será registrada en cada apartado del instrumento acorde a cada pregunta del SCID-I.

ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida fue procesada de la siguiente forma:

- a) Las variables de tipo cuantitativo como: edad, estado civil, escolaridad, género, y superficie corporal total quemada: se midieron con el uso de la media.
- b) Las variables de tipo cualitativo se evaluaron mediante proporciones.
- c) El análisis de riesgo se llevó a cabo con la razón de momios, estableciendo los intervalos de confianza al 95% para evaluar su significancia estadística.
- d) Se realizaron pruebas de hipótesis con *chi cuadrada* para analizar posibles diferencias para patologías psiquiátricas en función de las variables demográficas; considerando un valor de $p < 0.05$.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	f. Tiempo que ha vivido una persona ⁽²²⁾	Años	Cuantitativa continua
Estado civil	m. Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles ⁽³²⁾	Soltero, casado, divorciado, o viudo	Cuantitativa continua
Escolaridad	f. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente ⁽³²⁾	Primaria, secundaria, preparatoria, normal, técnica, universitario	Cuantitativa continua
Género	m. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y plantas ⁽³²⁾	Masculino o femenino	Cuantitativa continua
Trastorno por abuso de sustancias	Trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos ⁽²⁰⁾	Dependencia de: alcohol, hipnótico-sedantes, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, opiáceos, PCP, SCID I	Cualitativo nominal
Trastorno de ansiedad	Trastorno mental que se caracteriza por una serie de síntomas somáticos: temblor, palpitaciones, diaforesis, dificultad para deglutir, náusea, boca seca, y disminución de la libido; cognitivos: hipervigilancia, pobre concentración, sentimientos de perder el control y pensamiento catastrófico; conductuales: temor, aislamiento, irritabilidad, inmovilidad; y disturbios perceptuales: hiperestesias, despersonalización, desrealización ^(2,1)	Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, fobia, trastorno de pánico, SCID I	Cualitativo nominal
Trastorno depresivo	Trastorno mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, baja autoestima, y autoreproche; acompañado de signos que incluye retraso psicomotor o algunas veces agitación, abandono del contacto social, y síntomas vegetativos como insomnio y anorexia ⁽²⁰⁾	Episodio depresivo y Distimia, SCID I	Cualitativo nominal

RECURSOS

Escala Diagnóstica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-II). La información se recabará por los investigadores siendo necesario para su realización copias de la escala, hojas de papel bond, lápiz y pluma.

FINANCIAMIENTO

El costo de la investigación será financiada por los investigadores.

RESULTADOS

Dentro del periodo de estudio se evaluaron a 12 pacientes de los cuales se excluyó uno por estar incapacitado para realizarle una entrevista adecuada.

De la población estudiada 5 (45%) fueron del género masculino y 6(55%) femenino; con promedio de edad de 41.36 años (rango 19-64). El nivel de educación varió ampliamente: 5 (46%), tenían estudios de primaria o menos; 1 (9%), tenía secundaria; 1 (9%), preparatoria o equivalente; 3 (27%), estaban cursando una carrera universitaria o la dejaron trunca; y 1 (9%) era profesionista; siendo el promedio de años de estudio de 9.27.

El mecanismo de lesión que ocasionó la quemadura fue: en 3 casos (27%) por electricidad, en 1 (9%) por escaldadura, y en 7 (64%) por fuego; mientras que el porcentaje de superficie corporal total quemada fue de 16.72% (rango 7-45).

Antes de sufrir una lesión por quemadura la probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico incrementó con la edad mayor al promedio (41.36 años); mientras que, después de haberla sufrido, el ser mayor a la media se volvió un factor protector y un factor de riesgo el ser menor a dicha edad. Con respecto al sexo, se observó que los varones tuvieron menos riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico antes del accidente; lo cual se modificó después de sufrirlo, donde el ser varón fue una variable de riesgo y el ser mujer una variable protectora. En relación al estado civil, estar casado aumentó el riesgo de sufrir un trastorno mental previo a la quemadura; situación que cambió después del incidente donde estar soltero o divorciado se volvió un factor de riesgo y estar casado un factor protector. El grado escolar fue una variable protectora previo a la quemadura, sin embargo, esta incrementó la posibilidad de tener un trastorno psiquiátrico si tenía más años de estudio superior al promedio (9.27 años) y disminuyó la posibilidad de padecerlo si tenía menos años de estudio con respecto a la media (ver Cuadro 1).

CUADRO 1
RAZÓN DE MOMIOS (OR) E INTERVALO DE CONFIANZA (IC)
DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS ANTES Y DESPUÉS DE LA QUEMADURA

VARIABLE	ANTES		DESPUÉS	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad	3	0.15-84.76	0.33	0.01-6.80
Sexo	0.66	0.03-13.47	1.5	0.07-32.93
Estado civil	0.25	0.01-6.23	4	0.16-174.72
Escolaridad	0.33	0.01-6.80	3	0.15-84.76

Por otro lado, se analizó mediante pruebas estadísticas a las variables demográficas no encontrando validez estadística (ver Cuadro 2).

CUADRO 2
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLE	X ²	P<0.05
Edad	0.78	0.37
Sexo	0.78	0.74
Estado civil	1.06	0.30
Escolaridad	0.78	0.37

Los sujetos con superficie corporal total quemada superior a la media tuvieron más riesgo de desarrollar depresión (OR 14; IC 95%, 0.35-286.09) y ansiedad (OR 3.33; IC 95%, 0.12-156.44).

En cuanto al estado de salud mental previo a la quemadura hubo dos sujetos que presentaron comorbilidad psiquiátrica: uno con dependencia de alcohol y distimia y otro con trastorno de ansiedad generalizada y distimia; los 3 restantes presentaron: en 2 casos, trastorno de ansiedad generalizada; y uno, dependencia de alcohol. Solo un paciente con trastorno psiquiátrico previo no desarrolló después de la quemadura algún padecimiento mental. Seis sujetos no manifestaron patología previa (ver Cuadro 3).

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO
PREVIO A LA QUEMADURA

DIAGNÓSTICO	TOTAL
Trastorno de ansiedad	3 (42%)
Trastorno de ansiedad generalizada	3
Trastorno depresivo	2
Distimia	2 (29%)
Trastorno por consumo de sustancias	2 (29%)
Dependencia de alcohol	2

Al momento de aplicar el instrumento se encontró que 6 (55%) sujetos presentaban algún diagnóstico psiquiátrico. Los más comunes fueron los trastornos de ansiedad en 5 (50%) casos; destacando el trastorno por estrés postraumático en 2 (20%) y el trastorno de ansiedad generalizada en 1 (10%). Con respecto a los trastornos depresivos hubo 3 casos (30%) de los cuales 2 (20%) fueron episodio depresivo y 1 (10%) distimia. Mientras que, de los trastornos por abuso de sustancias los 2 (20%) casos fueron por dependencia a alcohol (ver Cuadro 3).

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES QUEMADOS CON DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ACTUAL Y
SUPERFICIE CORPORAL TOTAL QUEMADA

DIAGNÓSTICO/SUPERFICIE CORPORAL TOTAL QUEMADA	<14%	15-19%	20-29%	>30%	TOTAL
Trastorno de ansiedad	3	0	1	1	5
Trastorno por estrés postraumático	1	0	1	1	3
Trastorno de ansiedad generalizada	2	0	0	0	2
Trastorno depresivo	1	0	1	1	3
Distimia	1	0	0	0	1
Episodio depresivo	0	0	1	1	2
Trastorno por consumo de sustancias	0	0	0	2	2
Dependencia de alcohol	0	0	0	2	2
TOTAL	4	0	2	4	10

DISCUSIÓN

Aunque existen muchos estudios que asocian las lesiones ocasionadas por quemaduras con trastornos psiquiátricos la mayoría examina la prevalencia al entrevistar a los pacientes tiempo después de haber sufrido el accidente haciendo énfasis en el trastorno por estrés postraumático. Este es uno de los pocos estudios que evalúan a más de un padecimiento mental durante la hospitalización y su relación con la superficie corporal quemada.

MacArthur y Moore encontraron que el 44% de los pacientes quemados tenían predisposición a desarrollar algún trastorno psiquiátrico similar al 45% reportado en nuestro estudio ⁽²⁶⁾. Fauerbarch y colaboradores reportaron una prevalencia a lo largo de la vida para los trastornos depresivos del 31% y para los trastornos de ansiedad del 10%, mientras que, Tedstone y Tarrier reportaron que el 18% sufrió de algún episodio depresivo previo y el 10% trastorno de ansiedad generalizada ⁽¹⁵⁾⁽⁸⁾. En los dos primeros estudios la prevalencia para el trastorno por consumo de sustancias oscilaba entre el 40%, mientras que, para los trastornos de ansiedad era baja. Nuestros hallazgos de prevalencia de trastornos depresivos (20%) se asemejan a lo reportado por estos autores, pero no con respecto a los trastornos de ansiedad y por consumo de sustancias (50% y 20% respectivamente), que bien puede deberse a la baja prevalencia de consumo de sustancias en nuestro país comparados con Estados Unidos y los países Europeos desarrollando en su lugar trastornos de ansiedad o del humor.

En la investigación realizada por Madianos y colaboradores, el ser varón y el tener un grado escolar más alto aumentaba el riesgo de sufrir algún trastorno psiquiátrico después de la quemadura ⁽⁹⁾. El estar casado fue un factor protector al contar con apoyo social y emocional lo que favorece una mejor adaptación y recuperación tal y como lo describen Gilboa, Kleve, y Wisely ⁽²⁴⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾, similar a los reportado por nosotros. En nuestra investigación encontramos que el ser varón y el tener un grado académico más alto aumentaba el riesgo de morbilidad psiquiátrica debido a que los roles en nuestro país aún están muy marcados, en donde, una persona del sexo masculino debe ser proveedora; además, de que para tener acceso a un trabajo calificado es importante el aspecto estético.

Pérez-Jiménez y colaboradores y Fauerbarch y colaboradores elaboraron dos de los tres estudios que emplean la SCID durante la hospitalización reportando una prevalencia para el trastorno de estrés postraumático de 7.7% y 8.4% respectivamente. Fauerbach hizo un seguimiento al año donde la prevalencia aumentaba al 20.4%; mientras que, Madianos y colaboradores reportaron un 17.8% durante el internamiento; el 42% presentaban la tercera parte de los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático ⁽⁹⁾⁽¹³⁾⁽³³⁾. Contrariamente ningún estudio reporta la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada. Nosotros encontramos una prevalencia para estos trastornos de 30% y 20% respectivamente.

Ward y colaboradores y Madianos y colaboradores reportaron una prevalencia de depresión durante la hospitalización de 20.6% y 16% respectivamente, mientras que, en

nuestra investigación fue del 20% ⁽¹⁹⁾⁽²⁵⁾. Algunos autores como Teadstone y Fauerbach reportan un 4.4% que se incrementa al 10% al año después de haber sufrido la quemadura ⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾.

Muchos autores consideran al consumo de sustancias como un factor de riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos si se sufre una quemadura, sin embargo, solo Fauerbach y colaboradores lo toma en consideración al reportar un 10.8% durante la hospitalización dicho resultado se mantiene estable al año de seguimiento ⁽¹⁵⁾. Nosotros encontramos 20%.

Si bien, la población de nuestro estudio es pequeña se correlaciona ampliamente con lo reportado por otros autores. Fue clara la relación de un trastorno psiquiátrico premórbido con la posibilidad de desarrollar, reactivar o recrudecer el padecimiento mental de base. Nuestros resultados pudieron ser afectados por los cuidados propios de la unidad de quemados, como son el uso de medicamentos opióides, el aislamiento, y las curaciones; los cuales pueden desencadenar o mimetizar algunos síntomas de ansiedad y depresión.

Llama la atención encontrar que la mayor parte de los sujetos que desarrollaron un padecimiento psiquiátrico eran aquellos con menos del 14% y más del 30% de la superficie corporal total quemada, por lo que, consideramos que el tamaño de la quemadura no se relaciona directamente con la prevalencia de trastornos psiquiátricos.

Nuestro estudio, al igual que con otros problemas de salud, enfatiza que la presencia o ausencia de salud se debe a la interacción de factores biológicos, cognitivos, psicológicos, y sociales; especialmente en los pacientes que sufren quemaduras. La interacción entre estos factores es lo que vuelve más capacitado a un individuo para adaptarse a las nuevas circunstancias que surgen: o en caso contrario generar respuestas maladaptativas hacia su entorno y persona.

En la práctica médica general se cree que la depresión y ansiedad son respuestas esperadas y normales después de sufrir una quemadura, por lo que, sugieren el uso de medicación antidepressiva de rutina; si bien, reportamos una prevalencia alta de estos padecimientos es necesario un estudio de seguimiento que apoye esta idea. Consideramos que el empleo de medicación antidepressiva es necesaria para una adaptación más pronta y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taal, LA; Faber, AW: Posttraumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns* 23(7/8):545-49, 1998.
2. Ilechukwu, S: Psychiatry of the medically ill in the burn unit. *Psychiatric Clinics of North America* 25(1):129-147, 2002.
3. Ptacek, JT; Patterson, DR; Heimbach, DM: Inpatient depression in persons with burns. *J Burn Care Rehabil* 23(1):1-9, 2002.
4. Bergamasco, E; Rossi, L; Amancio A; Carvalho, EC: Body image of patients with burns sequellae: evaluation through the critical incident technique. *Burns* 28:47-52, 2002.
5. Hee Yu, B, Dimsdale, J: Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *J Burn Care Rehabil* 20(5):426-33, 1999.
6. Gilboa, D; Bisk, L; Montang, I; Tsur, H: Personality traits and psychosocial adjustment of patients with burns. *J Burn Care Rehabil* 20(4):340-46, 1999.
7. Gilboa, D: Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns* 27:335-41, 2001.
8. Franulic, A; González, X; Trucco, M; Vallejos, F: Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns* 22(8):618-22, 1996.
9. Madianos, M; Papaghelis, M; Ioannovich, J; Dafni, R: Psychiatric disorders in burn patients: a follow-up study. *Psychother Psychosom* 70:30-37, 2001.
10. Wallace, L; Lees, J: A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit. *Burns* 14:39-45, 1998.
11. Aaron, LA; Patterson, DR; Finch, CP; Carrougher, GJ; Heimbach, DM: The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospectively predict pain and function: a comparative analysis. *Burns* 27:329-34, 2001.
12. Bereni-Marzouk, B; Giacalone, T; Thieulard, L; Wassermann, D: Behavioural changes in burned patients during their stay in hospital. *Burns* 8:365-68, 1981.
13. Bernstein, N; O'Connell, K; Chedekel, D: Patterns of burns adjustment. *J Burn Care Rehabil* 13(1):4-12, 1992.
14. Kolman, B: The incidence of psychopathology in burned adult patients; a critical review. *J Burn Care Rehab* 4:430-36, 1983.
15. Fauerbach, JA; Lawrance, J; Haythornthwaite, J; Richter, D; McGuire, M; Schmidt, C: Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. *Psychosomatics* 38(4):374-85, 1997.
16. Kiecolt-Glaser, JK; Williams, DA: Self-blame, compliance, and distress among burn patients. *J Personality Social Psychology* 53(1):187-93, 1987.
17. Rockwell, E; Dimsdale, J; Carroll, W: Preexisting psychiatric disorders in burn patients. *J Burn Care Rehabil* 9:83-86, 1988.
18. Tedstone, JE; Tarrrier, N: An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns* 23(7/8):550-54, 1997.
19. Williams, EE; Griffiths, TA: Psychological consequences of burn injury. *Burns* 17(6):478-80, 1991.
20. Sadock, B. "Signs and symptoms in psychiatry". En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed Lippincott Williams & Wilkins. 7^{ma} Edición. E.U. pp 681, 814, 924, 2000.

21. Robert, R; Blakeney, P; Villareal, C; Meyer, W: Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. *Burns* 26:549-52, 2000.
22. Roca, R; Spence, R; Munster, AM: Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *Am J Psychiatry* 149(9):1234-38, 1992.
23. Perry, S; Difede, J; Musngi, G; Frances, AJ; Jacobsberg, L: Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry* 149(7):931-35, 1992.
24. Gilboa, D; Friedman, M. The burn as a continuous traumatic stress: implications for emotional treatment during hospitalization; *J Burn Care Rehabil* 15:86-91, 1994.
25. Ward, HW; Moss, RL; Darko, DF: Prevalence of post-burn depression following burn injury. *J Burn Care Rehabil* 8:294-98, 1987.
26. McArthur, J; Moore, FD: Epidemiology of burns: the burn prone patient. *JAMA* 231:259-263, 1975.
27. Haum, A; Pervix W; Hack, HJ: Alcohol and drug abuse in burn injuries. *Burns* 21:194-199, 1995.
28. Swenson, JR; Dimsdale JE; Rockwell, E: Drug and alcohol abuse in patients with acute burn injuries. *Psychosomatics* 32:287-293, 1991.
29. Blumenfeld, M; Reddish, P: Identification of psychological impairment in patients with mild-moderate thermal injury: small burn, big problem. *Gen Hosp Psychiatry* 9:142-146, 1987.
30. Kleve, L; Robinson, E: A survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. *Burns* 25:575-79, 1999.
31. Wisely, JA; Tarrier, N: A survey of need for psychological input in follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns* 27:801-07, 2001.
32. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22^{va} Edición. Madrid, España. pp 862, 959, 989, 2058.
33. Pérez-Jiménez J; Gómez-Bajo: Psychiatric consultation and post-traumatic stress disorder in Burned patients. *Burns* 20:532-36, 1994.
34. Perry, S; Difede, J: Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry* 149:931-35, 1992.

WMH SCID 2000-1
ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS
DEL EJE I DEL DSM-IV

Versión modificada para el proyecto de Salud Mental Mundial 2000

Estudio _____ Lugar _____
Entrevista No _____
Número de teléfono _____ Fecha de la entrevista _____
Dirección _____
Hora de comienzo de la entrevista _____
Hora de finalización de la entrevista _____

Visión general

DATOS DEMOGRÁFICOS

GENERO: 1 hombre
 2 mujer

¿Cuál es su fecha de nacimiento? ____/____/____
 Día Mes Año
Edad _____

¿Cuál es su dirección? _____

¿Cuál es su estado civil? ESTADO CIVIL 1 Casado o vive con alguien como si
 estuviera casado
 2 Viudo
 3 Divorciado a matrimonio anulado
 4 Separado
 5 Soltero/a

¿Tiene hijos? _____
SI AFIRMATIVO: ¿cuántos hijos tiene? _____
¿Con quien vive? _____

EDUCACIÓN E HISTORIA LABORAL

¿Cual fue el grado/año escolar más alto que completo? _____
(Cuántos años fue a la escuela _____
¿Por qué no terminó? _____
SI NO HA PODIDO ACABAR UN CURSO EN QUE SE HABÍA MATRICULADO

¿Qué tipo de trabajo realiza? _____
(¿Trabaja fuera de casa?) _____
¿Está trabajando actualmente? _____
SI AFIRMATIVO: ¿desde cuando trabaja allí? _____
SI MENOS DE 6 MESES: ¿Por qué dejó su trabajo? _____

¿Ha realizado siempre el mismo tipo de trabajo? _____
SI NO: ¿Por qué? ¿qué tipo de trabajo ha realizado? ¿Cómo se mantiene económicamente ahora?

¿Ha habido alguna época en la que se haya sentido incapaz de trabajar o asistir a clase? _____
SI AFIRMATIVO: ¿Cuándo? ¿Por qué? _____

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS

¿Alguna vez ha consultado a alguien por problemas emocionales o psiquiátricos? _____

SI AFIRMATIVO: ¿Podría decirme como era eso? _____

SI NO: ¿Alguna vez ha tenido algún problema emocional o psiquiátrico que no comentó con un médico o algún profesional parecido? _____

Tratamiento para problemas emocionales 1 No

Con médico o profesional de salud 2 Si

SI NO: ¿Hubo alguna vez en que usted, o alguna otra persona, pensó que debería ver a alguien por la manera como se sentía o actuaba? _____

Alguna vez ha tomado medicamentos para problemas emocionales o psicológicos? _____

¿Algún tratamiento para drogas o alcohol? _____

¿Alguna vez ha estado en un hospital para tratamiento de problemas emocionales o psiquiátricos? _____

SI AFIRMATIVO: ¿Para que fue? (¿Cuántas veces?) _____

Ahora, piense en el último año. ¿Cuándo se sintió peor? _____

(En pocas palabras, ¿puede decirme como se sentía?) _____

Y ¿Cuándo se ha sentido mejor en los últimos 12 meses? _____

(Cómo era eso?) _____

PSICOPATOLOGÍA DURANTE EL ÚLTIMO MES

Ahora quisiera preguntarle acerca del último mes. Cómo le han ido las cosas? _____

¿Le ha ocurrido alguna cosa que haya sido especialmente difícil para usted? _____

¿Cómo ha sido su estado de ánimo? _____

¿ Está tomando algún medicamento o vitaminas? _____

¿ Cuánto alcohol ha estado tomando en el último mes? _____

¿ Ha estado tomando alguna droga en el último mes? _____

FUNCIONAMIENTO SOCIAL ACTUAL

¿ Qué ha hecho en su tiempo libre? _____

¿ Con quién pasa su tiempo libre? _____

¿ Qué es lo que más le preocupa? _____

REGISTRO VITAL

EDAD (fecha)	DESCRIPCIÓN (síntomas, acontecimientos desencadenantes)	TRATAMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MÓDULO DE EVALUACIÓN INICIAL/CRIBAJE REVISADO

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas más específicas acerca de algunos problemas que pueda haber tenido _____

CIDI SC 20

- En la entrevista anterior usted mencionó que tuvo...

...una crisis de angustia o pánico en la que de repente se sintió muy asustado, ansioso o incomodo. (?)

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 12 meses
3 Si, en los últimos 12 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

¿Te ha ocurrido esto en los últimos 12 meses

Pase a SC 21

- SALTO

CIDI SC 20a

- Usted mencionó en la entrevista que tuvo...

...una crisis en que de repente

- Se sintió muy incómodo
- En la que le faltaba la respiración, se sentía mareado, tenía náuseas, o su corazón latía fuerte y rápidamente

O pensó que perdería el control, que podría morir, o volverse loco. (?)

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 12 meses
3 Si, en los últimos 12 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?

- SALTO

CIDI SC 21

- Usted mencionó en la entrevista anterior que tuvo...

...un periodo de varios días o más en que se encontraba triste, vacío, o deprimido, la mayor parte del día (?)

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 12 meses
3 Si, en los últimos 12 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

Le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses

Pase a SC 21a

- SALTO

CIDI SC 22

- Usted mencionó en la entrevista anterior que tuvo...

...un periodo de varios días o más en que se sentía muy desanimado acerca de cómo le iban las cosas en su vida (?)

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 12 meses
3 Si, en los últimos 12 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?

Pase a SC 21a

- SALTO

CIDI SC 23

- Usted mencionó en la entrevista anterior que tuvo...

...un periodo de varios días o más en que perdió interés en la mayoría de las cosas que generalmente disfrutaba como el trabajo, pasatiempos, y relaciones interpersonales (?)

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 12 meses
3 Si, en los últimos 12 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?

Pase a SC 21a

[PREGUNTA DE CRIBAJE DE IRRITABILIDAD]

? ¿Alguna vez ha tenido...

...un periodo de varios días o más en que estaba muy irritable, gruñón, o de mal humor?

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 12 meses
3 Si, en los últimos 12 meses

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?

Distimia Evaluación Inicial/Cribaje

- Usted mencionó en la entrevista anterior que tuvo...

...un periodo de dos años o más en que la mayoría de los días se sentía triste o deprimido (?)

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 24 meses
3 Si, en los últimos 24 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos dos años?

CIDI SC 26

- Usted mencionó en la entrevista anterior que tuvo...

...un periodo en su vida en se preocupaba mucho más por las cosas que otras personas que tenían los mismos problemas que usted (?)

1 No
2 Si, pero no en los últimos 6 meses
3 Si, en los últimos 6 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 6 meses?

Pase a SC 27

CIDI SC 26a

+ Usted en la entrevista anterior mencionó haber tenido...

...un periodo en su vida en que estaba mucho más nervioso o ansioso que la mayoría de las personas con los mismos problemas que usted (?)

1 NO
2 Si, pero no en los últimos 6 meses
3 Si en los últimos 6 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 6 meses?

Pase a SC 27

CIDI SC 26b

- Usted en la entrevista anterior mencionó haber tenido...
...un periodo de seis meses o más en que se encontraba ansioso y preocupado la mayoría de los días (?)

1	2	3
NO	Si, pero no en los últimos 6 meses	Si, en los últimos 6 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 6 meses?

- SALTO

CIDI SC 27

- Usted en la entrevista anterior mencionó que alguna vez tuvo mucho miedo a...
? ¿Ha habido un periodo en su vida en que tuvo un miedo muy intenso a cierto objetos o situaciones a pesar de saber que no había peligro real?

SI NO: O, ¿evitó ciertas cosas porque le hacían sentir extremadamente ansioso?

OBJETOS O SITUACIONES FÓBICAS

SI ES NECESARIO

(Por ejemplo, ciertos insectos o animales?)

(¿Situaciones médicas o dentales?)

(¿Espacios cerrados o altos?)

(¿Aguas tranquilas o tormentosas?)

(¿Volar o viajar en avión?)

- SALTO

¿Ha tenido un miedo muy intenso a alguna de estas cosas durante los últimos 12 meses?
SI AFIRMATIVO, ¿a cuáles?

1	2	3
NO	Si, pero no en los últimos 12 meses	Si, en los últimos 12 meses

CIDI SC 29

- En la entrevista anterior usted mencionó que tuvo...

...un periodo en su vida en que tuvo miedo muy intenso a actuaciones sociales como dar una conferencia, conocer personas nuevas, ir a fiestas y otros encuentros sociales, hablar en público en una reunión o en una clase, tener una cita para salir con alguien, u orinar en un baño público o utilizar un baño fuera de casa (?)

1	2	3
NO	Si, pero no en los últimos 12 meses	Si, en los últimos 12 meses

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?

CIDI SC 30

- Usted en la entrevista anterior usted mencionó que tuvo...

...un periodo en su vida en que tuvo miedo muy intenso a estar entre multitudes, lugares públicos, viajar solo, o viajar lejos de casa (?)

1	2	3
NO	Si, pero no en los últimos 12 meses	Si, en los últimos 12 meses

? ¿Alguna vez ha tenido...

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?

- SALTO

PREGUNTA PTSD

- Usted mencionó en la entrevista anterior que vivió	Suceso traumático informado	1 NO	2 Si, pero no En los últimos 12 meses	3 Si, en los últimos meses
- SALVO	¿Ha estado afectado por alguna reacción a este acontecimiento traumático en los últimos 12 meses?			

SCID, SUSTANCIAS 1

¿Ha habido algún momento en su vida en que bebía tomaba cinco o más bebidas (cerveza, vino o licor) en una ocasión o vez?	1 NO	2 Si, pero no en los últimos 12 meses	3 Si en los últimos 12 meses
---	---------	--	---------------------------------------

¿Le ha ocurrido esto en los últimos 12 meses?

SCID, SUSTANCIAS 2; DROGAS ILÍCITAS

¿Alguna vez a tomado drogas ilícitas? (¿Está usando/consumiendo alguna cosa? ¿Drogas? ¿Otras sustancias?)	1 NO	2 Si, pero no en los últimos 12 meses	3 Si, en los últimos 12 meses
---	---------	--	--

¿Ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?

SCID, SUSTANCIAS 3

¿Alguna vez se ha quedado "enviciado" con un medicamento recetado o tomó mucho más de lo que debía?	1 NO	2 Si, pero no En los últimos 12 meses	3 Si, en los últimos 12 meses
---	---------	--	--

¿Le ha ocurrido en los últimos 12 meses?

FIN DE LAS PREGUNTAS DE EVALUACIÓN INICIAL/CRIBAJE

Nota: A lo largo de la entrevista SCID, si el entrevistado espontáneamente da información acerca de cualquier trastorno a aparte de los que se le pregunta, el entrevistador debería responder solo lo necesario para obtener un entendimiento clínico apropiado. Las preguntas de seguimiento pueden hacerse si es necesario, de la siguiente manera:

- ¿El problema le causó mucho malestar/ le hizo infeliz?
- ¿El problema le afectó en su vida diaria y sus actividades habituales?
- ¿Tuvo otros problemas (emocionales psicológicos) durante el mismo periodo que tuvo el problema?
- ¿Sigue padeciendo el problema?
- ¿Cuándo fue la última vez que tuvo el problema?

EN LAS SIGUIENTES SECCIONES DE DIAGNÓSTICO CODIFIQUE DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1 = Ausente o falso
- 2 = Subumbral
- 3 = Umbral o verdadero
- 8 = Presente, pero claramente debido a enfermedad médica
- 9 = Información inadecuada

LISTA DE EVALUACIÓN INICIAL/CRIBAJE

Marque aquí todas las preguntas positivas de la evaluación inicial/cribaje

CIDI 20	Una crisis de miedo o pánico	3
CIDI SC 20a	Crisis en que de repente se sintió muy incómodo, mareado, náuseas, pérdida de control	3
CIDI SC 21	Se sintió triste, vacío, o deprimido	3
CIDI SC 22	Desanimado	3
CIDI SC 23	Pérdida de interés	3
P. Irritabilidad	Muy irritable, gruñón o de mal humor	3
P. Distimia	Periodo de dos o más años en que se sentía triste o deprimido o desanimado	3
CIDI SC 26	“Persona que se preocupa mucho”	3
CIDI SC 26a	Nervioso o ansioso	3
CIDI SC 26b	Periodo de seis meses o más en que era ansioso y preocupado la mayoría de los días	3
CIDI SC 27	Miedo intenso a ciertos objetos en particular o situaciones	3
CIDI SC 29	Miedo intenso a situaciones sociales	3
CIDI SC 30	Miedo intenso a <u>multitudes, lugares públicos</u>	3
P. PTSD	Acontecimiento traumático anotado	3
P. Sustancia 1	Cinco o más bebidas/tragos	3
P. Sustancia 2	Drogas de calle/drogas ilícitas	3
P. Sustancia 3	“Enviado” con un medicamento prescrito	3

Quando evalúe las siguientes preguntas, recuerde que debe tener información suficiente del entrevistado para permitirle juzgar si los criterios están presentes. No es suficiente basarse en una respuesta SI o NO del entrevistado. No codifique presente si no hay evidencia suficiente. Codifique “9” (información inadecuada)