



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR.

BERNARDO SEPULVEDA”

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

SALUD MENTAL Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN
CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN PROGRAMA
DE HEMODILISIS EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO SIGLO XXI

F-2011-3601-147

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DR. MARIO ANDRÉS CALERO JIMÉNEZ



ASESORES

DR. FELIPE VÁSQUEZ ESTUPIÑAN

DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID

M EN C CUAUHTÉMOC ARTURO JUÁREZ PÉREZ

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO

**SALUD MENTAL Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE
PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS EN HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO SIGLO XXI**

F-2011-3601-147

TESIS QUE PRESENTA

Dr. MARIO ANDRÉS CALERO JIMÉNEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASESORES: DR. MARTIN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑAN
DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID
DR. CUAUHEMOC ARTURO JUÁREZ PÉREZ

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M en C DR. MARTIN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

D en C DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

M. en C. Dr. CUAUHEMOC JÚAREZ PÉREZ
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Emilio que es lo mejor que me ha pasado en la vida, su sonrisa, su presencia ha hecho que cada paso que doy sea siempre adelante.

Agradezco a mi esposa Lupita que con su apoyo incondicional, su tolerancia, el amor que día con día me ha brindado, no estaría en este punto. Y no solo ahora si no desde que llego a mi vida. A mis padres Araceli y Andrés, que siempre han sido guía en mí caminar por esta hermosa vida.

Doy también gracias a mi querida hermana Ivaney de la cual estoy orgulloso porque no solo con su aliento a seguir adelante me ha inspirado sino también por el crecimiento tan grande que ha tenido a nivel académico y personal.

Pilar gracias por tu amistad invaluable a lo largo de estos 4 años que me ha ayudado a terminar satisfactoriamente esta etapa. Rocío y Jesús gracias por la ayuda y su apoyo para enfrentar las duras pruebas que se presentaron durante la residencia. Janet, que puedo decir, que a pesar de nuestras distintas personalidades has llegado influir en mi vida. Quiero agradecer a cada uno de mis amigos y compañeros que han estado conmigo en los momentos bonitos y difíciles.

Dr. Vázquez, Dra. Corlay, Dr. Campos, Dra. Castillejos, Dr. Anaya, Dr. Jaramillo, y todos los doctores que han contribuido a mi formación tanto académica como personal les estoy eternamente agradecido.

Sin menos importancia, doy gracias a mi amiguita vane que sin ella no hubiera llegado a conocer a la Dra. Aguilar y al Dr. Juárez que fueron mi guía en la planificación y elaboración de la tesis.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MARCO TEORICO	10
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y METODOS	15
TIPO DE ESTUDIO y TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	15
VARIABLES	16
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	17
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	18
ANÁLISIS DE RESULTADOS	19
ASPECTOS ÉTICOS	19
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	44

RESUMEN

Antecedentes: El cuidador primario de un enfermo crónico (hemodiálisis), es la persona que atiende principalmente las necesidades físicas y emocionales de un enfermo. Esto genera en él múltiples problemas físicos y emocionales. Estos han sido escasamente estudiados. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de trastornos mentales, así como síndrome de sobrecarga en los cuidadores primarios de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Así como identificar los factores asociados a estos trastornos.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal en cuidadores primarios de pacientes con ERC en hemodiálisis de un Hospital de Alta Especialidad. Se les aplicó una entrevista neuropsiquiátrica estructurada (MINI), además las escalas de Golberg para ansiedad y depresión, el SF-36 de calidad de vida, la escala de Zarit para evaluar sobrecarga, un cuestionario sociodemográfico y la escala de Katz para medir funcionalidad del paciente. Se realizó un análisis univariado y bivariado en el paquete estadístico STATA 11.1. **Resultados:** Se estudiaron a 31 cuidadores, los cuales presentaron el 61.29% (19) trastornos psiquiátricos. Ansiedad en el 54.84% (17). Con síndrome de sobrecarga en el 58.06% (18), Se observó una diferencia significativa en la presencia de sobrecarga, entre los que presentaron depresión en comparación con los que no la presentaron (91.67% vs 36.84%) con una $p= 0.003$. **Discusión:** Los trastornos mentales y el síndrome de sobrecarga se asocian con la calidad de vida. Las características sociodemográficas son similares a las encontradas en otros estudios en cuidadores de enfermedades crónicas y a los pocos hechos en cuidadores de pacientes con tratamiento sustitutivo. **Conclusiones:** Existe una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos y sobrecarga en cuidadores de pacientes con ERC en hemodialis, lo cual está asociado a una peor calidad de vida, haciendo necesario buscar medidas para realizar intervenciones en esta población.

1. DATOS DEL ALUMNO

Calero

Jiménez

Mario Andrés

16-75-77-70

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina UNAM. Psiquiatría y Salud Mental.

Médico cirujano

098082500

2. DATOS DEL ASESOR/ES

Vázquez

Estupiñan

Martín Felipe

Aguilar

Madrid

Guadalupe

Juárez

Pérez

Cuauhtemoc

3. DATOS DE LA TESIS

Salud mental y síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en programa de hemodiálisis en hospital de especialidades centro médico SXXI

76 pág.

2012

INTRODUCCIÓN

Vivir con una enfermedad crónica discapacitante provoca alteraciones de las funciones y/o estructuras corporales y cierto grado de limitación en las actividades de la persona. El cuidado de las personas con enfermedad crónica generalmente es brindado por la familia, quien supervisa las actividades de la vida diaria y busca compensar las disfunciones que existen en el paciente. (Given 2006)

LA OMS define calidad de vida como la percepción personal de un individuo, de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Martínez 2009). Así mismo, define al cuidador primario como: la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta. (Citado por Alfaro et al, 2008)

El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan principalmente si la responsabilidad cae sobre una sola persona (Lara et al, 2008) El individuo que proporciona cuidado se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social (Barrón y Alvarado, 2006).

El modelo de transición del cuidador propone una evolución en tres etapas.

1. Estadio de normalización: el cuidador debe asumir el diagnóstico de la enfermedad y adquirir la responsabilidad de cuidar al paciente. Para ello precisa tener información sobre la enfermedad y su evolución, que le permita planificar y organizar las atenciones que requerirá el paciente.

2. Estadio de conducción: las funciones del cuidador se centran en el manejo y control del enfermo; para ello debe ser eficaz en la resolución de los problemas específicos.
3. Estadio de supervivencia: el cuidador debe atender a su propia salud para poder afrontar las fases finales del proceso (Turro, 2007)

Se ha conceptualizado como carga del cuidador a la tarea de cuidar a un familiar enfermo, identificándolo con las consecuencias adversas en la salud física y emocional del cuidador, las relaciones familiares y actividades sociales y recreativas (Peinado et al, 1998). Los efectos del estrés crónico en los cuidadores se refleja en la elevada frecuencia de alteraciones mentales y físicas que presentan (Belasco et al, 2002)

Culturalmente a la mujer se le ha asignado el papel de cuidador, argumentando que su naturaleza la prepara para cuidar y ser más abnegada, lo cual se ve reflejado en los altos porcentajes de mujeres que realizan esta labor que se encuentra en el rango de 64- 89% (Barron y Alvarado, 2009; Teixido et al, 2006; Lara et al, 2008; Zambrano 2007 Méndez et al, 2010; Bolkhir et al, 2007; Cerda et al, 2009; Llibre et al, 2008; Hooley et al, 2005; Montalvo y Flores, 2008; Martínez et al, 2009; Belasco et al, 2002; Larrañaga et al, 2005 y 2008).

Síndrome de sobrecarga del cuidador primario

El disestres del cuidador es definido como la depresión del cuidador o carga del cuidador. Esta es una reacción biopsicosocial, como resultado del desequilibrio de las demandas de cuidado, tiempo, rol social, los recursos económicos, los estados físico y emocional. Este disestres, al asumir el rol de cuidador se puede manifestar por ansiedad, depresión, impotencia, temor y sobrecarga (Given et al, 2006).

El estrés del cuidador surge principalmente de las diferentes formas de percibir las necesidades del enfermo, invertir tiempo y recursos a cambio de otras privaciones, sentimientos de culpa, conflictos entre las expectativas o valores propios y del resto de miembros de la familia; así como la insuficiencia de factores económicos, falta de recursos en la comunidad, etc. El papel de cuidador primario de enfermos con padecimientos crónicos generalmente es tomado por algún familiar, principalmente el cónyuge y en segundo lugar los hijos. Generalmente los cuidadores tienen un nivel de educación de bachillerato o menor (Peinado y Garcés 1998; Cerda et al, 2009). En nuestro país, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes. Las circunstancias o características del paciente, así como los altos índices de dependencia en las actividades de la vida diaria, pueden tener un fuerte impacto en la intensidad de carga del cuidador (Razani 2007; Einollahi et al, 2009)

El Concepto de carga es tomado del inglés “burden”, originalmente fue descrito por Freudenberguer, e indican agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. Se ha relacionado con dificultades en la salud física debido a acumulación de estresores en el cuidador, resultado de la pobre capacidad de adaptarse a la situación. (Peinado et al, 1998; Barrón y Alvarado, 2009)

También se ha definido la sobrecarga como un síndrome de agotamiento o burnout ligado al cuidado de los enfermos. Burnout es un sinónimo de estrés ocupacional, serrándose la posibilidad a comprender el síndrome en otros contextos. Algunos autores mencionan que el Burnout, no tiene que ser necesariamente producto del estrés ocupacional y que cualquier individuo podría verse afectado por este problema.

Podemos encontrar algunas definiciones de Sx de Burnout que se pueden aplicar a la situación de cuidador, como la dada por Freudenberguer que menciona que es la

sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada, que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Maslach y Jackson en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizan por un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de importante atención (Peinado et al, 1998, Barrón y Alvarado, 2009).

En la literatura se describe el “síndrome del cuidador primario”, como al fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes realizan esta labor (Barrón y Alvarado, 2006, Mendez et al, 2010).

Zambrano y Ceballos (2007), mencionan que las principales características del síndrome del cuidador son: los trastornos del sueño, la irritabilidad, la ansiedad, hipersensibilidad a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza, resentimiento hacia la persona cuidada, pensamientos de suicidio y abandono, cefalea, dolor de espalda, disminución de la energía, cansancio y aislamiento.

Gradd y Sainsbury (1963) se interesaron en conocer como afectaba a la familia, la convivencia con un paciente psiquiátrico, con lo que el concepto de carga ya se estudia desde entonces. Posteriormente, el impacto de esta forma de asistencia implicó la necesidad de evaluar sus efectos, y a su vez puso de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término “carga”, las que fueron el origen de la primera distinción entre “carga objetiva” y “carga subjetiva”. La carga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol de cuidador y se relaciona fundamentalmente con variables del paciente y con las características que determinan la demanda de cuidados (tiempo de dedicación, carga física, actividades objetivas que desempeña el cuidador y exposición a situaciones). A su vez, la carga subjetiva se ha definido como las actitudes y reacciones

emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas. De este modo, la carga es vista como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas (citado por Alpuche et al, 2008).

Se han observado factores que se asocian con el aumento de estrés y sobrecarga en el cuidador, con la progresión de la enfermedad del paciente, así como la cantidad de sintomatología presente, el grado de dependencia, actividades extras en el cuidador, enfermedad en el cuidador. En cuanto a la presencia de síntomas depresivos, se observo más frecuentemente entre las mujeres, y en los que laboraban (Given et al, 2006).

La literatura científica ha sacado a luz el costo social, psicológico, financiero y físico que implica el hacerse cargo de un paciente con una enfermedad crónica que requiera cuidados importantes. Esto se traduce en estrés importante, depresión y múltiples síntomas mentales y físicos (Peinado y Garcés, 1998; Schoenmakers et al, 2009; Belasco et al, 2002; Dueñas et al, 2006; Alfaro et al, 2008; Ferrara et al, 2008).

El estado de salud de los cuidadores es un importante predictor de sintomatología depresiva presente en estos (Peinado y Garcés, 1998). También se ha observado que el menor nivel educativo, el tener otras responsabilidades además del cuidado del enfermo están asociados a una mayor sobrecarga (Einollahi et al, 2009).

Sobrecarga en cuidadores de pacientes con Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica se define como una situación en la que se sufre daño renal (objetivado por proteinuria o anomalías anatómicas) y/o se presenta un filtrado glomerular < 60 ml/1,73 m² durante tres meses (Francisco et Al, 2007; Levey et al, 2005). Se puede

presentar como manifestación de diversas patologías como diabetes mellitus, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico, glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, etc. Los pacientes con esta enfermedad, deben someterse a tratamientos no curativos como la diálisis, que son altamente invasivos, demandantes, que involucran altos costos para el paciente y su familia, tanto a nivel físico, psicológico, social y económico (Contreras et al, 2006). Dentro las opciones de diálisis esta la hemodiálisis que produce efectos físicos adversos, tales como desnutrición, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, entre otros (Contreras et al, 2006).

En los Estados Unidos de Norteamérica, el número de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), que requieren tratamiento sustitutivo renal, ha aumentado más de tres veces en las últimas dos décadas, llegando a una incidencia de 334 pacientes por millón de habitantes. Considerando la tendencia demográfica, se ha proyectado que en el año 2030, habrá aproximadamente 2,2 millones de pacientes que requerirán diálisis o trasplante (Mezzano y Aros, 2005). En México, se calcula que por lo menos hay 8 millones de personas con enfermedad renal crónica (Esquivel et al 2009). De éstos, se estima que entre 35 mil a 50 mil son sujetos a diálisis, y anualmente la cifra se incrementa un 11%. De estos, el 20 a 25 % se encuentra en hemodiálisis y el resto en alguna variante de diálisis peritoneal. Alrededor del 80% de los pacientes en terapia sustitutiva están cubiertos por el IMSS (Treviño, 2009)

El rápido aumento de los pacientes con enfermedad renal terminal que reciben terapia de reemplazo y el incremento de su comorbilidad, han elevado la sobrecarga familiar debido a los cuidados y soporte que requiere. Las características inherentes a la enfermedad crónica generan impactos diferentes en los cuidadores familiares, el rol de cuidador y su habilidad de cuidado (Belasco, 2002; Montalvo 2008; Barron 2008)

Desde 1960 se ha reportado que el cuidado de los pacientes con hemodiálisis, es estresante tanto para el paciente como su cuidador. Ansiedad, fatiga, deterioro de las relaciones familiares, aislamiento social pueden ocurrir en cuidadores que asumen la responsabilidad de proveer los cuidados de la hemodiálisis (Einollahi et al, 2009).

Las características de los cuidadores de personas con enfermedad crónica, así como la sobrecarga y presencia de ansiedad y depresión en estos pacientes, tienen como fin, optimizar las medidas de soporte e intervención para reducir los efectos negativos en las vidas de los cuidadores. Esto podría minimizar la sobrecarga, además de mejorar la calidad de vida y los resultados médicos de los pacientes.

MARCO TEÓRICO

En general, la literatura al respecto del Sx. de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con enfermedad renal terminal es escasa, y más aun en los pacientes que reciben terapia de remplazo con hemodiálisis. (citado por Einollahi , 2009)

La mayoría de trabajos sobre los cuidadores de pacientes de diálisis (HD o DP) se han hecho utilizando cuestionarios generales de salud, relación de pareja, depresión, ansiedad o calidad de vida, pero pocos han medido el nivel de sobrecarga. (Teixido et. al, 2006).

En cuidadores de enfermos con diversas enfermedades crónicas han encontrado altas frecuencias de insomnio que van de un 48% a 77% (Morales et al, 2000; Lara 2008; Compean et al, 2008). Dueñas et al, (2006) en un estudio en 102 cuidadores de adultos mayores discapacitados evaluaron ansiedad y depresión con las escalas de Golberg para ansiedad y depresión. Encontraron un 85.2% y un 81% de ansiedad y depresión respectivamente. Se han realizado estudios donde se midió la sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, mediante la escala de Zarit. Encontrando Sx. de sobrecarga en 20 a 66.4% de los cuidadores y de estos un 20 a 40% presentan sobrecarga leve y del 5.8 al 32.7% reportaban sobrecarga intensa (Dueñas et al, 2006; Lara et al. 2008, Schoenmakers et al. 2009, López et al. 2009, Ocampo et al. 2007). Además encontró que en 51.7% recibían maltrato por parte del enfermo y un 57% padecía alguna enfermedad crónico-degenerativa (Lara et al. 2008).

Holey et al, (2005), midieron sobrecarga, en una población de 50 cuidadores de pacientes cardiópatas, mediante la escala de Zarit, encontrando que altos grados de depresión se asociaron con altos niveles de sobrecarga y menor edad del cuidador.

Además encontraron que un 28% de los cuidadores presentaron altos niveles de sobrecarga y se relaciono con menores ingresos. Takahashi et al. (2005) en un estudio realizado en 23 cuidadores de pacientes con demencia midieron sobrecarga con la escala de Zarit que el promedio de puntuación de la escala de sobrecarga fue de 45.4 ± 16.1 .

En estudios en cuidadores familiares de pacientes con padecimientos crónicos (utilizando diversas escalas como Beck, Goldberg, CES-D) se han encontrado prevalencias de 15 a 72% de ansiedad y depresión (Méndez et. al. 2010, Joling et. al 2008, Bolkhir et. al. 2007, Cerda 2009, Llibre et al. 2008, Holey 2005, Alfaro et al. 2008, Schoenmakers 2009, Ribas 2000, Takahashi et al. 2005 Morales et al. 2000, Carrasco et al. 2000)

Se ha encontrado una relación significativa entre la depresión y la sobrecarga del cuidador, así como una correlación entre la depresión del paciente y la sobrecarga del cuidador (Holey 2008; Ferrara et al. 2008, Alfaro et al. 2008)

Otros síntomas psiquiátricos que aparecen en los cuidadores son irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente. (Rivas et al.2000)

Se han realizado estudios en pacientes con hemodiálisis donde se ha demostrado que las características de sus cuidadores influyen en el bienestar subjetivo del paciente y afecta su capacidad de afrontar el problema (Belasco, 2002; Einollahi 2009). Además se ha encontrado que el soporte familiar fue un significativo predictor de la habilidad para enfrentar la enfermedad y sobrevivir, en estos pacientes. (Einollahi 2009). Belasco y cols. (2006) encontraron síntomas de depresión en un 32% de cuidadores de una muestra de pacientes en tratamiento con diálisis. Shimoyama , et. al. 2003, evaluaron calidad de vida y sobrecarga mediante la encuesta SF-36 y escala de Zarit respectivamente. Encontraron

que la salud mental de los cuidadores es ligeramente mejor que los pacientes con ERT en diálisis peritoneal, además se encontró que hay disminución en la vitalidad, salud general y salud mental con respecto a la población general. También observaron sobrecarga intensa en más del 31.6 % de los cuidadores. Hitomi et al. Encontraron que entre los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria se hallaba disminuida la habilidad funcional para las actividades de la vida diaria, afectando esto la salud mental y física de sus cuidadores (citado por Shimoyama S, 2003). Montalvo (2008) evaluó las características sociodemográficas de una población de 294 cuidadores de pacientes discapacitados. Encontró que el 83% de los cuidadores tenían un nivel socioeconómico bajo, esto puede asociarse a que esta población tiene una menor capacidad monetaria para contratar servicios asistenciales privados que disminuyan la carga de los cuidados. Lara et al (2008) en un estudio que realizó en cuidadores primarios, observó que el 68.3% presentaba alguna enfermedad y de estos el 56.7% tenían una enfermedad crónica. Einollahi et al, 2009, en un estudio en 41 cuidadores de pacientes con insuficiencia renal, evaluaron factores sociodemográficos y presencia de sobrecarga utilizando la escala de sobrecarga para cuidadores primarios. Encontraron que el 83.7% de los cuidadores en pacientes con hemodiálisis eran casados, el 70% tenían un nivel escolar de secundaria o mayor, además de observar altos niveles de sobrecarga se asociaron con altos índices de dependencia de los pacientes en la vida diaria y a bajo nivel escolar de los cuidadores.

JUSTIFICACIÓN

La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados y además se ha observado que los cuidadores primarios tienen un impacto en la vida y en la salud. Se han hecho múltiples estudios sobre la frecuencia de depresión y síndrome de sobrecarga en enfermedades crónicas encontrándose prevalencias de hasta 72% y 66.4% respectivamente debido a la necesidad de cuidados que requieren estos pacientes por la gran discapacidad que presentan. A pesar de que la prevalencia e incidencia de insuficiencia renal ha aumentado considerablemente en los últimos años (estimándose que hay 8.3 millones de enfermos renales en México), así como la comorbilidad presente en ellos, lo que se ha traducido en importante discapacidad y necesidad de cuidados, no se ha estudiado la presencia de síndrome de sobrecarga, así como ansiedad y depresión en estos cuidadores. El IMSS da más del 50% del tratamiento de hemodiálisis en México y se ha estudiado poco la repercusión en los familiares, por la labor de cuidado en estos pacientes. En México no se han hecho estudios al respecto, desconociéndose la frecuencia de trastornos mentales y síndrome de sobrecarga en esta población.

En el Hospital de especialidades de Centro Médico siglo XXI hay una unidad de hemodiálisis en donde se puede realizar la investigación debido a que los cuidadores asisten, junto con los pacientes, de manera regular a sus sesiones de hemodiálisis lo que hace factible obtener una muestra adecuada.

Este estudio permitirá conocer la frecuencia de trastornos mentales y síndrome de sobrecarga en este grupo de cuidadores primarios, de manera que podremos planear estrategias de prevención y manejo para incidir en la salud y calidad de vida de los cuidadores, pues son una población poco asistida por el personal médico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El padecer una enfermedad crónica discapacitante puede causar limitación funcional importante. Generalmente un familiar se encarga del cuidado del enfermo lo que puede provocar en el cuidador estrés importante, y esto puede ocasionar que se presenten síntomas mentales y físicos, lo que se puede traducir en ansiedad, depresión y Sx de sobrecarga principalmente. Este último es definido como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal. Se han realizado estudios en cuidadores de diversas enfermedades crónicas pero no se han realizado estudios en cuidadores de pacientes con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo, siendo que este padecimiento que se ha incrementado en últimas fechas. El estudio de de esta población podría ayudar a crear medidas para prevenir y tratar las repercusiones que pueden presentarse en estos cuidadores.

¿Cuál es la frecuencia de trastornos mentales y síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de los pacientes del programa de hemodiálisis de hospital de especialidades CMNS XXI ?

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con hemodiálisis
- Determinar la frecuencia de síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis
- Evaluar los factores de riesgo que contribuyen a la presencia de trastornos mentales y síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes del programa de hemodiálisis

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un estudio transversal descriptivo en cuidadores Primarios de pacientes que se encuentran en tratamiento en la unidad de Hemodiálisis del Hospital de especialidades CMNSXXI. El tamaño de la muestra fue por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cuidadores primarios, definidos como personas cercanas al paciente que atiende sus necesidades físicas y emocionales, de los pacientes que están en el programa de hemodiálisis de CMN SSXXI
- Que hayan firmado el consentimiento informado
- Que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Cuidadores que rechacen a participar en el estudio
- Que tengan menos de 3 meses en el programa de hemodiálisis

VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Años cumplidos al momento del estudio	Continua discreta
Sexo	Expresado como mujeres u hombres	Categórica: Mujeres =1, Hombres= 2
Ocupación actual	Estado laboral actual del paciente	Categórica: Empleado=1, desempleado=2,
Escolaridad	Número de años de estudio hasta el momento actual	Continua discreta
Enfermedad presente	Presencia o ausencia de enfermedad en la actualidad	Presencia=1, ausencia=2
Parentesco con enfermo	Qué relación tiene con el enfermo	Categórica: Esposo/a=1, Hijo/a=2, Padre=3, Hermana/o=4, otro=5
Tiempo de ser cuidador	Años que tiene realizando la función de cuidador hasta el momento actual	Continua discreta
Etiología d enfermedad renal	Enfermedad médica causante de la insuficiencia renal	Categórica: Diabetes=1, HAS=2, Glomerulopatías crónicas=3, otras: 4
Comorbilidades en enfermo	Número de comorbilidades presentes en el enfermo	Continua discreta
Trastorno psiquiátrico en enfermo	Presencia o ausencia de Trastorno psiquiátrico en el paciente	Categórica: Presencia=1, ausencia=2
Cuestionario de calidad de vida SF-36	Evalúa 8 dimensiones que se califican de 0 a 100	Cada dimensión consta de determinadas preguntas que lo evalúan en una escala de 0 a 100
Escala de Goldberg para ansiedad	9 ítems con respuesta dicotómica y punto de corte ≥ 4	Al ser igual o mayor al punto de corte se considera presencia de ansiedad
Escala de Goldberg para depresión	9 ítems con respuesta dicotómica y punto de corte ≥ 2	Al ser igual o mayor al punto de corte se considera depresión
Escala de Zarit para sobrecarga	22 ítems con escala tipo Likert 1 a 5 puntos	Puntaje mayor a 46 se considera sobrecarga presente, de 47 a56 es

		sobrecarga leve, mayor a 56 es sobrecarga intensa
Entrevista internacional neuropsiquiátrica (MINI)	Consta de 24 módulos	Cada módulo evalúa la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos para trastornos específicos (DSM IV y el ICD- 10.
Índice de Katz	Evalúa actividades básicas de la vida diaria dividiéndose en 6 categorías	Categorías van de A a H siendo la A con nula dependencia y H dependiente

INSTRUMENTOS DE MEDICION

Cuestionario Sociodemográfico.

El Cuestionario de Salud SF-36: está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los ítems cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Cada escala se califica de 0 a 100, teniendo mejor salud entre mayor sea la puntuación. Posee una consistencia interna mayor a 0.7 para todas las escalas (Brazier y cols. 1992, Vilagut G et al. 2005).

Escala de Zarit para sobrecarga: Consta de 22 ítems que miden la carga percibida por el cuidador a través una escala Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre). Se obtiene un índice único de la carga con un rango de puntuación de 22-110. Se ha observado una consistencia interna con valores de alfa de Cronbach de entre 0.79 y 0.92. Se han tomado como puntos de corte más de 46 para sobrecarga, 47 a 56 sobrecarga leve y más de 56, sobrecarga intensa (Alpuche VJ et. al.2008).

Escala de Golberg para ansiedad y depresión: Instrumento de cribado que consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de

respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems. Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En el estudio de validación mostró una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 % (Monton C y cols. 1993).

MINI entrevista neuropsiquiátrica estructurada: Entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I definidos en el DSM-IV y la CIE-10. Estudios han mostrado alta validez y confiabilidad al comparar la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10).

Índice de KATS de actividades básicas de la vida diaria: Evalúa el grado de dependencia del paciente. Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen que va de A (totalmente independiente) a G (totalmente dependiente).

METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A los cuidadores de los pacientes que están en tratamiento en la unidad de hemodiálisis que cumplieron criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, firmaron un consentimiento informado. Posteriormente se les realizó la entrevista y aplicación del cuestionario sociodemográfico, la escala de Zarit, La escala MINI, la escala de Golberg para ansiedad y depresión, la escala de Katz y el cuestionario SF-36 para calidad de vida a 31 cuidadores durante la sesión de hemodiálisis de sus pacientes. La entrevista se realizo en una sola sesión que duro aproximadamente entre 45 a 75 min.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se elaboró la máscara de captura en Excel y se llevo a cabo la transferencia al Software estadístico STATA 11.1. Para su análisis estadístico. Se verificó la calidad de la captura de los datos a través de una revisión aleatoria de un 10% de los expedientes de los participantes. Revisada la buena calidad de la captura se hizo un análisis exploratorio de los datos para verificar resultados aberrantes. Se realizó una descripción univariada de las variables a través de medias y desviación estándar, mínimo y máximo de las variables cuantitativas; y proporciones de las variables categóricas. De acuerdo a nuestras categorías de análisis comparamos diversas categorías y características sociodemográficas con los resultados de los trastornos mentales evaluados a través de Chi Cuadrada y prueba exacta de Fisher. Además para las variables cuantitativas se utilizó pruebas no paramétricas (Kruski Wallis y U-Mann Whitney). Elaboramos cuadros y figuras con los resultados finales.

ASPECTOS ETICOS

Los procedimientos que se realizaron en este estudio estuvieron de acuerdo con lo estipulado en la Ley general de salud en materia de la investigación en salud, en su título primero. Se considero esta investigación con un riesgo mínimo según lo estipulado en el artículo 17 de dicha ley.

RESULTADOS

Se entrevistaron 31 pacientes que aceptaron participar en el estudio. Los cuidadores son predominantemente del género femenino 77.42% (24) y el 22.58% (7) hombres (Figura 1). El promedio de edad fue de 52 años para cuidadores y 49 años para los pacientes (Tablas 2 y 4). El 32.26% (10) de los cuidadores no tienen seguridad social, la mayoría son casados 74.19% (23), con nivel de educación primaria 35.48% (11) y secundaria 35.49% (11). La mayoría tienen un empleo 51.61% (16) y un 54.84% (17) presentaron alguna enfermedad. Los cónyuges seguido de los hijos, mayormente desempeñaban la función de cuidador con un 51.61% (16) y 29.93% (9) respectivamente. El 41.94% (13) tuvieron que dejar su empleo para dedicarse al cuidado de sus pacientes (Tabla 1). El 61.28% (19) de los pacientes requería asistencia en al menos una actividad básica de la vida diaria, evaluada por el índice de Katz (tabla 3). El tiempo dedicado al cuidado fue en promedio de 9.25 hrs al día (Tabla 3) y el tiempo promedio de tratamiento con hemodiálisis fue de 10 meses (Tabla 4).

Figura 1. Distribución por sexo en cuidadores primarios, 2011



Tabla 1. Características sociodemográficas de cuidadores primarios y pacientes con insuficiencia renal crónica, 2011.

	Número de cuidadores	Porcentaje (%)
Sexo:		
• Hombre	24	77.4
• Mujer	7	22.5
Seguridad social:		
• No tienen IMSS	10	32.26
• IMSS	21	67.74
Estado civil:		
• Soltero	4	12.90
• Casado	23	74.19
• U. libre	1	3.23
• Viudo	2	6.45
• Divorciado	1	3.23
escolaridad:		
• Primaria	11	35.48
• Secundaria	11	35.49
• Bachillerato	8	25.80
• Universidad	1	3.23
Religión:		
• Católica	28	90.32
• Cristiana	2	6.45
• Otra	1	3.23
Trabaja actualmente:		
• No	15	48.39
• Si	16	51.61
Presencia de enfermedad:		
• No	14	45.16
• Si	17	54.84
Antecedente de trastorno psiquiátrico:		
• No	28	90.32
• Si	3	9.68
Parentesco con paciente:		
• Cónyuge	16	51.61
• Hijo	9	29.93
• Padre	4	12.90
• Otro	2	6.45
Dejo Trabajo:		
• No	18	58.06
• Si	13	41.94

Tabla 2. Características sociodemográficas de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en hospital de alta especialidad 2011

	Media	Desviación estándar
Edad (años)	52	12.42
Tiempo de cuidador (meses)	37	54.31
Horas diarias al cuidado	9.25	5.29
Dinero invertido mensualmente (pesos)	2338.71	1461.66

Tabla 3. Características sociodemográficas de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, 2011.

Sexo:		
• Hombre	16	51.61
• Mujer	15	48.39
Escolaridad:		
• Sin estudios	1	3.23
• Primaria	13	41.94
• Secundaria	5	16.13
• Bachillerato	6	19.36
• Universidad	6	19.36
Causa de ERC:		
• DM	15	48.39
• HAS	1	3.23
• Litiasis	1	3.23
• Otras	14	45.16
Índice de Katz:		
• A	12	38.71
• B	7	22.58
• C	6	19.35
• D	6	19.35

Tabla 4. Características sociodemográficas de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, 2011		
Edad de paciente (años)	49	14.81
Tiempo de diagnóstico de ERC (meses)	37	54.31
Tiempo en hemodiálisis (meses)	9.96	9.46

La presencia de sobrecarga fue de 58% (18); 25.81% (8) con sobrecarga leve y el 32.3% (10) con sobrecarga intensa (Figura 2).



Se presentó algún trastorno mental en el 61.29% (19) de nuestra población de estudio; y por enfermedad mental específica se observó trastorno depresivo mayor en 38.7% (12), trastorno distímico en el 19.35% (6) y trastorno de ansiedad generalizada en el 54.2% (17) (Tabla 5).

Tabla 5. Trastornos mentales y síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en tratamiento con hemodiálisis, 2011.		
	Número de cuidadores	Porcentaje (%)
Casos positivos para trastorno psiquiátrico:	19	61.29
Casos positivos para depresión:	12	38.71
Casos positivos de Distimia:	6	19.35
Casos positivos para ansiedad generalizada:	17	54.84
Presencia de sobrecarga:	18	58.06
Insomnio	18	58.06
Grado de sobrecarga:		
• Sin sobrecarga	13	41.94
• Sobrecarga leve	8	25.81
• Sobrecarga intensa	10	32.26

En cuanto a la calidad de vida (cuestionario SF-36) se encontraron puntuaciones promedio de 62.39 y 56.31 para salud física total y salud mental total, respectivamente. Las dimensiones que se encontraron con menor puntaje fueron rol físico con 52.41, salud general con 55.16, rol emocional con 52.68 y vitalidad con 50.16 (Tabla 6).

Tabla 6. Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis, 2011		
	Media	Desviación estándar
Puntaje de escala de Zarit	50.45	15.13
Calidad de Vida:		
• Salud Física Total	62.39	23.23
○ Rol físico	52.41	39.97
○ Función física	76.12	22.23
○ Dolor	65.88	27.58

○ Salud General	55.16	20.06
● Salud Mental Total	56.31	26.49
○ Función Social	65.96	23.36
○ Rol Emocional	52.68	39.22
○ Vitalidad	50.16	29.08
○ Salud Mental	56.45	26.42

Se observó mayor proporción de cuidadores con sobrecarga intensa 58.33% (7) cuando el tiempo en tratamiento con hemodiálisis fue mayor al promedio (10 meses) con una $p=0.04$. También se encontró mayor proporción de cuidadores con sobrecarga intensa 46.67% (7), cuando las horas diarias dedicadas al cuidado del familiar era mayor al promedio (9.25 hrs) ($p= 0.04$). La depresión en cuidadores se encuentra significativamente en mayor proporción 66.7% (8) entre los pacientes con más de 10 meses en tratamiento hemodialítico ($p=0.01$). En relación a la calidad de vida en su dimensión física, se encontró una puntuación promedio de 51.92 que es significativamente más baja en cuidadores de pacientes con más de 10 meses en tratamiento sustitutivo ($p=0.04$) (Tabla 7).

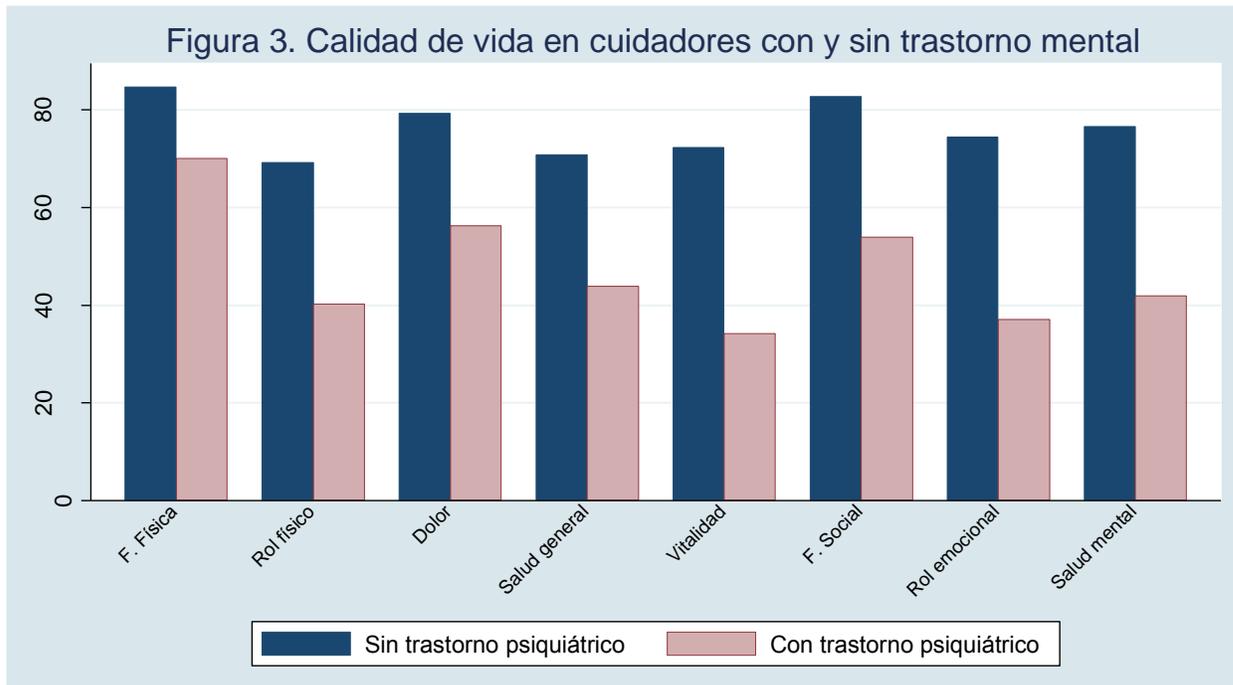
Tabla 7. Trastornos mentales, sobrecarga y calidad de vida del cuidador en relación a tiempo de hemodiálisis del paciente, 2011					
	hemodiálisis (< 10 meses)		hemodiálisis (≥ 10 meses)		
	No. De cuidadores	Porcentaje (%)	No. De cuidadores	Porcentaje (%)	
Cualquier trastorno mental					
● No	8	42.11	4	33.33	$p=0.62$
● Si	11	57.89	8	66.67	
Depresión:					
● No	15	78.95	4	33.33	$p=0.01$
● Si	4	21.04	8	66.67	
Ansiedad Generalizada					
● No	9	47.37	5	41.67	$p=0.75$
	10	52.63	7	58.33	

• Si					
Distimia					
• No	16	84.21	9	75.00	$p=0.52$
• Si	3	15.79	3	25.00	
Presencia de sobrecarga					
• No	10	52.63	3	25.00	$p=0.12$
• Si	9	47.37	9	75.00	
Grado de sobrecarga					
• Sin sobrecarga	10	52.63	3	25	$p= 0.04$
• Leve	6	31.58	2	16.67	
• intensa	3	15.79	7	58.33	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Calidad de vida					
• Salud mental total	62.33	21.62	46.78	31.42	$p=0.13$
• Salud física total	69.01	20.46	51.92	24.32	$p=0.04$

En los cuidadores con presencia de algún trastorno mental se encontró, de manera significativa, mayor presencia de sobrecarga 78.9% (15) ($p= 0.003$). También la intensidad del síndrome de sobrecarga se asocio significativamente con la presencia de algún trastorno mental ($p=0.003$). La presencia de trastorno mental se asocio significativamente con una menor puntuación en el cuestionario de calidad de vida, en sus dimensiones de salud física total (54.60) y salud mental total (40.33) ($p= 0.01$) y ($p= 0.0001$) respectivamente (Tabla 8). Haciendo la comparación en cada una de las 8 dimensiones se observa también una diferencia significativa (fig. 3). En cuanto al género, si laboran y la presencia de enfermedad, no se encontraron diferencias significativas en relación a la presencia o ausencia de trastorno mental (Tabla 8)

Tabla 8. Diferencias de calidad de vida y sobrecarga en cuidadores con y sin trastorno mental					
	Sin trastorno mental		Con trastorno mental		
	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	
Mujeres	10	83.33	14	73.68	$p=0.53$
Hombres	2	16.67	5	26.32	
Trabaja					
• No	6	50.00	9	47.37	$p=0.88$

• Si	6	50.00	10	52.63	
Enfermedad					
• No	7	58.33	7	36.84	$p=0.24$
• Si	5	41.67	12	63.16	
Trastorno psiquiátrico en enfermo:					
• No	16	84.21	6	50	$p=0.04$
• Si	3	15.79	6	50	
Presencia de Sobrecarga					
• No	9	75.00	4	21.05	$p=0.003$
• Si	3	25.00	15	78.95	
Grado de sobrecarga					
• Sin sobrecarga	9	75	4	21.05	$p=0.003$
• Leve	3	25	5	26.32	
• Intensa	0		10	52.63	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Índice de sobrecarga	38.91	9.04	57.73	13.67	$p=0.0008$
Calidad de Vida: Salud Física total	74.73	18.64	54.60	22.83	$p=0.01$
• Función física	84.58	19.36	70.78	22.74	$p= 0.08$
• Rol físico	70.83	36.67	40.78	38.37	$p= 0.03$
• Dolor	80.20	23.09	56.84	26.82	$p=0.01$
• Salud general	63.33	14.97	50	21.47	$p= 0.06$
Calidad de Vida: Salud Mental total	81.61	14.65	40.33	18.51	$p=0.0001$
• Vitalidad	76.66	15.71	33.42	22.23	$p=0.0001$
• Función social	86.45	13.54	53.02	18.45	$p=0.0001$
• Rol emocional	83.33	33.33	33.33	29.39	$p= 0.0006$
• Salud mental	80	17.72	41.57	19.19	$p= 0.0001$



No se observaron diferencias significativas en cuanto al género, la presencia de enfermedad, o si labora entre los pacientes que presentaron depresión. Los cuidadores deprimidos presentaron Síndrome de sobrecarga en 91.6% (11) con una $p=0.003$ y en general el puntaje de la escala de sobrecarga en los cuidadores con depresión (62.8) fue significativamente mayor que en los pacientes sin depresión (42.6) con una $p=0.0005$. los puntajes de calidad de vida en la salud física general fueron en promedio menores en los pacientes con depresión (48.8) que en los no deprimidos (70.9) teniendo una $p=0.01$. Y en la salud mental total, el promedio de puntuación de los que presentaron depresión fue menor (29.6) que en los que no presentaron depresión (73.1) siendo significativo ($p=0.0000$) Tabla 9.

Tabla 9. Factores psicosociales, calidad de vida y sobrecarga en cuidadores con y sin depresión					
	Sin depresión		Con depresión		
	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	
Mujeres	16	84.21	8	66.67	<i>p</i>= 0.25
Hombres	3	15.79	4	33.33	
Trabaja					
• No	11	57.89	4	33.33	<i>p</i>=0.18
• Si	8	42.11	8	66.67	
Enfermedad					
• No	11	57.89	3	25.00	<i>p</i>=0.07
• Si	8	42.11	9	75.00	
Presencia de Sobrecarga					
• No	12	63.16	1	8.33	<i>p</i>=0.003
• Si	7	36.84	11	91.67	
Grado de sobrecarga					
• Sin sobrecarga	12	63.16	1	8.33	<i>p</i>=0.000
• Leve	6	31.58	2	16.67	
• Intensa	1	5.26	9	75.00	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Índice de sobrecarga	42.63	10.76	62.83	12.73	<i>p</i>=0.0005
Calidad de Vida: Salud Física total	70.95	19.80	48.85	22.42	<i>p</i>=0.01
• Función física	82.36	22.00	66.25	19.55	<i>P</i>=0.02 <i>p</i>=0.08 <i>p</i>=0.01 <i>p</i>=0.0015
• Rol físico	61.84	41.13	37.5	34.54	
• Dolor	75.65	22.95	50.41	28.05	
• Salud general	63.94	14.00	41.25	20.79	
Calidad de Vida: Salud Mental total	73.18	17.09	29.61	12.93	<i>p</i>=0.0000
• Vitalidad	67.89	18.80	22.08	18.02	<i>p</i>=0.0000 <i>p</i>=0.0006 <i>p</i>=0.0002 <i>p</i>=0.0000
• Función social	77.36	18.69	47.91	18.33	
• Rol emocional	73.68	32.54	19.44	22.28	
• Salud mental	73.78	16.88	29	9.81	

En cuanto a la presencia de trastorno de ansiedad generalizada se encontraron diferencias significativas en relación a la presencia de sobrecarga y menores puntajes en las dimensiones de salud mental del cuestionario de calidad de vida (Tabla 10).

Tabla 10. Factores psicosociales, calidad de vida y sobrecarga en cuidadores con y sin ansiedad					
	Sin ansiedad		Con ansiedad		
	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	
Mujeres	11	78.57	13	76.47	P=0.88
Hombres	3	21.43	4	23.53	
Trabaja					
• No	7	50.00	8	47.06	P=0.87
• Si	7	50.00	9	52.94	
Enfermedad					
• No	7	50.00	7	41.18	P=0.62
• Si	7	50.00	10	58.82	
Presencia de Sobrecarga					
• No	9	64.29	4	23.53	p=0.02
• Si	5	35.71	13	76.47	
Grado de sobrecarga					
• Sin sobrecarga	9	64.29	4	23.53	p=0.01
• Leve	4	28.57	4	23.53	
• Intensa	1	7.14	9	52.94	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Índice de sobrecarga	41.14	10.29	58.11	14.31	p=0.002
Calidad de Vida: Salud Física total	70.53	20.60	55.69	23.69	p=0.07
• Función física	79.28	23.35	73.52	21.63	p=0.39
• Rol físico	64.28	23.35	42.64	21.63	p=0.12
• Dolor	76.78	23.37	56.91	28.16	p=0.03
• Salud general	61.78	15.14	49.70	22.32	p=0.11
Calidad de Vida: Salud Mental total	77.47	18.00	38.89	18.41	p=0.0001
• Vitalidad	70.35	21.61	33.52	23.56	p=0.0003
• Función social	81.78	17.27	52.94	19.53	p=0.0005
• Rol emocional	80.95	33.87	29.41	26.04	p=0.0000
• Salud mental	76.78	19.48	39.70	18.46	p=0.0001

Los cuidadores que presentan sobrecarga tuvieron significativamente menores puntajes en el cuestionario de calidad de vida que los que no presentaron sobrecarga (figura 4), encontrándose una puntuación promedio de 52.60 en la salud física total ($p=0.004$) y de 41.75 en la salud mental total ($p=0.0004$). Tabla 11

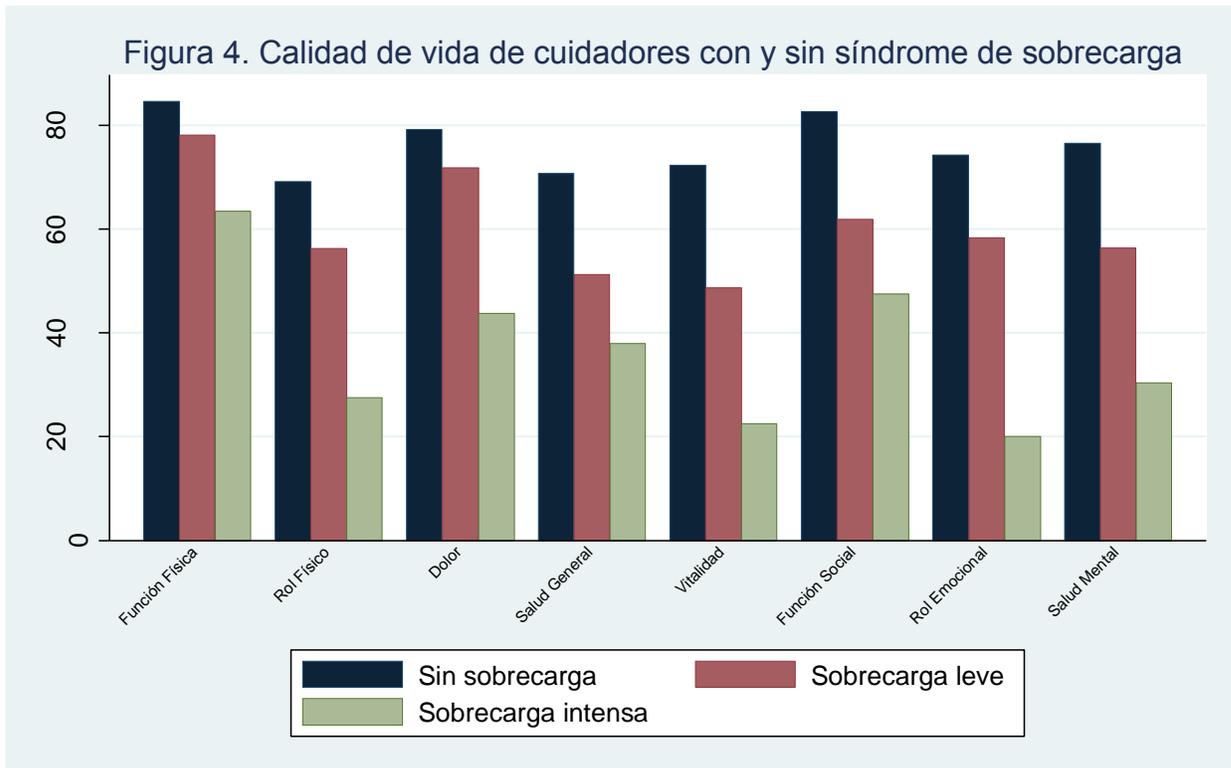


Tabla 11. Factores psicosociales y calidad de vida en cuidadores con y sin sobrecarga

	Sin sobrecarga		Con sobrecarga		
	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	Cuidadores (N)	Porcentaje (%)	
Mujeres	12	92.31	12	66.67	$p=0.09$
Hombres	1	7.69	6	33.33	
Trabaja					$p=0.60$
• No	7	53.85	8	44.44	
• Si	6	46.15	10	55.56	
Enfermedad					$p=0.40$
• No	7	53.85	7	38.89	
• Si	6	46.15	11	61.11	
•					
Independiente en actividades básicas					$p=0.47$
• No	6	46.15	6	33.33	
• Si	7	53.85	12	66.67	

Depresión					
• No	12	92.31	7	38.89	<i>p=0.003</i>
• Si	1	7.69	11	61.11	
Ansiedad					
• No	9	69.23	5	27.78	<i>p=0.02</i>
• Si	4	30.77	13	72.22	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Calidad de Vida: Salud Física total	75.96	17.24	52.60	22.36	<i>p=0.004</i>
• Función física	84.61	18.75	70	23.00	<i>p=0.06</i>
• Rol físico	69.23	35.58	40.27	39.42	<i>p=0.04</i>
• Dolor	79.23	23.23	56.25	26.97	<i>p=0.02</i>
• Salud general	70.76	13.66	43.88	16.04	<i>p=0.0001</i>
Calidad de Vida: Salud Mental total	76.47	18.19	41.75	21.68	<i>p=0.0004</i>
• Vitalidad	72.30	17.75	34.16	24.98	<i>p=0.0007</i>
• Función social	82.69	17.33	53.88	19.55	<i>p=0.0006</i>
• Rol emocional	74.35	33.75	37.03	35.95	<i>p=0.009</i>
• Salud mental	76.53	20.92	41.94	19.79	<i>p=0.0003</i>

DISCUSIÓN

El presente estudio, es uno de los pocos que se han realizado en México y América Latina, en cuidadores de pacientes en tratamiento con hemodiálisis y es de los primeros que han evaluado conjuntamente el nivel de sobrecarga, la calidad de vida y la presencia de enfermedad mental.

La frecuencia de trastorno mental que se observó fue de 61.2%. En cuanto a los diagnósticos específicos se encontraron: depresión con una frecuencia de 38.7%, trastorno de ansiedad generalizada con 54.8% y distimia 19.3% (tabla 5). En relación a la depresión la frecuencia es muy similar a la encontrada por Belasco et. al., (2006) que encontraron síntomas depresivos en 32% de una muestra de cuidadores de pacientes en diálisis. Varios estudios hechos en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas encontraron frecuencias de ansiedad y depresión de 15 a 72%, lo que es concordante por los resultados encontrados en el presente estudio (Méndez et. al. 2010; Joling et. al 2008; Bolkhir et. al. 2007; Cerda 2009, Llibre et al. 2008; Holey 2005; Alfaro et al. 2008; Schoenmakers 2009; Ribas et al. 2000; Takahashi et al. 2005; Morales et al. 2000; Carrasco et al. 2000). No encontramos diferencias en la presencia de ansiedad y depresión en cuanto a género, presencia de enfermedad médica, grado escolar lo que podría explicarse por el tamaño de la muestra.

A diferencia de Hitomi et al., que encontraron afección en la salud mental y física de los cuidadores debido a la disminución de la habilidad funcional para las actividades de la vida diaria, nosotros no encontramos una disminución significativa en cuanto a la salud mental y física medidos con la escala de calidad de vida SF-36, probablemente debido a que nuestra muestra es pequeña.

Se encontró una relación significativa entre la presencia de depresión y sobrecarga en el cuidador encontrando un 78.95% de diagnóstico de sobrecarga entre los que presentaban depresión, a diferencia del 25% en los pacientes sin depresión ($p=0.003$). Lo que también fue encontrado por otros autores (Holey 2008; Ferrara et al. 2008, Alfaro et al. 2008) (tabla. 9).

Se relacionó la presencia de enfermedad mental en el enfermo y la presencia de algún trastorno mental en su cuidador, observándose la presencia de trastorno mental en el enfermo en el 50% de los cuidadores con algún trastorno psiquiátrico y un 15% de los cuidadores sin algún trastorno mental ($p= 0.04$). Esta relación no se ha descrito ni se ha estudiado en otros artículos.

En este estudio se encontró una frecuencia de insomnio de 58.1% que es similar a lo encontrado en otros estudios de cuidadores de enfermos crónicos donde se observaron frecuencias de 48 a 77% (Morales et al, 2000; Lara 2008; Compean et al. 2008)

Culturalmente se ha asignado a la mujer el rol de cuidadora ante la presencia de alguna enfermedad. Se encontró que un 77.2% de los cuidadores de nuestra población estudiada son mujeres, lo que es concordante con lo visto en múltiples estudios donde se observaron porcentajes entre 64- 89% (Barron 2009; Teixido 2006; Lara 2008; Sambrano 2007; Méndez 2010; Bolkhir 2007; Cerda 2009; Llebre 2008; Hooley 2005; Montalvo 2008; Martínez 2009; Belasco 2002; Larrañaga, et. al 2005). Entre otros factores sociodemográficos encontramos que el 74.2 % de los cuidadores son casados y más del 50 % tenían una escolaridad mayor a primaria, siendo estos porcentajes similares a los encontrados por Einollahi et. al (2009) en un estudio hecho en cuidadores de pacientes con hemodiálisis, donde también encontraron asociación entre bajo nivel escolar y dependencia en las actividades de la vida diaria de los pacientes con altos niveles de

sobrecarga. Con respecto a lo último, en nuestra muestra no se encontró una asociación significativa entre el nivel escolar y la dependencia física con los niveles de sobrecarga, esto probablemente debido al tamaño de la muestra.

Así como Lara et al, (2008) encontraron alguna enfermedad crónica en un 56.7% en cuidadores primarios, en este estudio se encontró una frecuencia muy similar de 54.8%. Se encontró presencia de sobrecarga en el 58.1% y de estos el 55.6% presentaron sobrecarga intensa y el 44.4% presento sobrecarga leve. Shimoyama et al (2003) encontraron sobrecarga intensa en más del 31.6 % de los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal, siendo muy similar al 32.3% encontrado por nosotros en las cuidadores de pacientes con hemodiálisis.

Proporciones similares se han encontrado también en cuidadores de enfermos con otras enfermedades crónicas donde se encontraron frecuencias de un 20 a un 66.4% para sobrecarga en general, y ya en las frecuencias por grado de sobrecarga, en este trabajo se encontró mayor frecuencia de sobrecarga intensa 55.6% que la vista en otras enfermedades crónicas que va del 5.8 al 32.7%. (Dueñas et al 2006, Lara et al. 2008, Schoenmakers et al. 2009, López et al. 2009, Ocampo et al. 2007)

Takahashi et. al. (2005), encontraron un promedio de puntuación de la escala de Zarit de sobrecarga de 45.4 ± 16.1 en cuidadores de pacientes con demencia. No se han hecho estudios relacionando la presencia o grado de sobrecarga con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con hemodiálisis o en general con enfermedades crónicas siendo este uno de los primeros en estudiar esta relación. Lo que se encontró es que hay una peor calidad de vida, medida por el cuestionario SF-36, en cuidadores que presentan sobrecarga comparado con los que no en cuanto a la salud física total (52.60 vs 75.96) y

en la salud mental total (41.75 vs 76.4), mostrando una diferencia significativa en ambas ($p=0.004$ y $p=0.0004$ respectivamente)

Se ha medido la calidad de vida en cuidadores de pacientes en hemodiálisis encontrándose una disminución con respecto a la población general, estos estudios realizados en países europeos. En este estudio se midió calidad de vida pero no se comparo con la población general ya que no hay algún parámetro de normalidad establecido para población mexicana. Lo que se encontró fue que al comparar la calidad de vida de los cuidadores que presentaban sobrecarga contra los que no, se encontró una diferencia significativa en casi todas las 8 dimensiones excepto en el rol físico. Esto también se observo al comparar la calidad de vida de los que presentaba depresión contra los que no, donde solo no se encontró una diferencia significativa en la dimensión de función física (tabla 9).

Estos hallazgos podrían explicarse por la afectación en la funcionalidad a nivel global que trae como consecuencia de padecer depresión.

CONCLUSIONES

Con el presente estudio se puede concluir que el tomar el rol de cuidador de pacientes con enfermedades crónicas, más específicamente pacientes con insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis se asocia con una frecuencia elevada de presencia de algún trastorno mental en general (61.3%), siendo el trastorno de ansiedad generalizada más frecuente (54.8%), seguido por depresión con un 38.7%. La presencia de depresión se ve influenciada por factores como el tiempo de tratamiento en hemodiálisis, siendo este mayor en los pacientes que presentan depresión, otro factor asociado a la presencia de depresión fue la presencia de algún trastorno psiquiátrico en el enfermo.

El síndrome de sobrecarga es muy frecuente en los cuidadores de pacientes con hemodiálisis (54.8%), asociándose la intensidad del mismo con la presencia de depresión y con un mayor tiempo de tratamiento con hemodiálisis. También se asoció con una disminución en la calidad de vida de estos cuidadores. El rol de cuidador generalmente es asignado a la mujer por cuestiones principalmente culturales, lo que se ratifica en este estudio por la alta frecuencia observada 77.4%. El cónyuge es quien principalmente asume el rol de cuidador 51.6% y un porcentaje importante tienen que abandonar su trabajo para dedicarse a la asistencia de sus pacientes (41.9%)

Por lo anterior se puede decir que es importante realizar intervenciones en los cuidadores primarios de este tipo de pacientes con el fin de mejorar no solo el trastorno mental, si no también la calidad de vida y la presencia de síndrome de sobrecarga.

BIBLIOGRAFIA

1. **Alfaro O I**, Morales T, Vázquez F, Sánchez S, Ramos B, Guevara U, Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (5): 485-494
2. **Alpuche Ramírez VJ**, Ramos del Río B, Rojas Russell M E, Figueroa López CG
Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales
3. **Barron BS**, Alvarado S, Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología* 4 (2009); 39-46
4. **Belasco AG**, Sesso R, Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2002 Apr;39(4):805-12.
5. **Belasco A**, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis; *Am J Kidney Dis.* 2006 Dec;48(6):955-63.
6. **Bolkhir A**, Loiselle M M, Evon D M, Hayashi P H, Depression in primary caregivers of patients listed for liver or kidney transplantation, *Progress in Transplantation*, Vol 17, No. 3, September 2007
7. **Brazier JE**, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Br Med J* 1992; 305: 160-4.
8. **Brouwer WB** , Exel JA, Berg B, Dinant HJ, Koopmanschap MA, Bos GA , Burden of caregiving: evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. *arthritis & rheumatism* vol. 51, no. 4, august 15, 2004, pp 570–577

9. **Carrasco MM**, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larumbe MJ, Aizcorbe C, Belenguer C, Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias; *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(4):201-206
10. **Cerda de la O B**, Díaz A, Leija M, Díaz A. Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia. *Psiquis (México)*, vol. 18 Núm. 2, 2009.
11. **Compean JM**, Silerio J, Castillo R, Parra L, Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas, *Revista CONAMED*, vol. 13, suplemento 1, 2008
12. **Contreras F**, Esguerra G, Espinosa JC, Gutiérrez C, Fajardo L, Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis; *Univ. Psychol.* vol.5 no.3 Bogotá oct./dec. 2006
13. **Dueñas E**, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viafara AS, Herrera JA, Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia médica* vol. 37 N°2 (supl 1), 2006 (abril-junio).
14. **Einollahi B**, Taheri S, Nemati E, Abbaszadeh A, Pourfarziani, Nourbala M H. Burden among caregivers of kidney transplant recipients and its associated factors, *Saudi Kidney Dis Trasplant* 2009; 20(1):30-34
15. **Esquivel CG**, Prieto JG, López J, Ortega R, Martínez JA, Velasco VM; Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Med Int Mex* 2009;25(6):443-449
16. **Ferrara M**, Langiano E, Di Brango T, De Vito E, Di Cioccio L, Bauco C Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers, *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6:93

- 17. Francisco ÁL**, De la Cruz JJ, Cases A, Figuera M, Egocheaga MI, Górriz JI, Llisterri JI, Marín R, Martínez A, *Prevalencia de insuficiencia renal en Centros de Atención Primaria en España: Estudio EROCAP*, NEFROLOGÍA. Volumen 27. Número 3. 2007
- 18. Given B**, Wyatt G, Given C, Gift A, Sherwood P, DeVoss D, Rahbar M, Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the End-of-life. *Oncol Nurs Forum.* ; 31(6): 1105–1117.
- 19. Hooley P**, Butler G, Howlett JG, The Relationship of Quality of Life, Depression, and Caregiver Burden in Outpatients With Congestive Heart Failure, Congestive Heart Failure; november . december 2005, pp 303-310.
- 20. Joling K J**, Van Hout HPJ, Scheltens P, Vernooij-Dassen M, Van den Berg B, Bosmans J, Gillissen F, Mittelman M, Marwijk HWJ, (Cost)-effectiveness of family meetings on indicated prevention of anxiety and depressive symptoms and disorders of primary family caregivers of patients with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 2008, 8:2
- 21. Lara G**, González A, Blanco LA, Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de especialidades medico-quirurgicas* 2008;13(4); 159-66
- 22. Larrañaga I**, Martín BU, Bacigalupe DA, Begiristáina JM, Valderrama M J, Arregib B, Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género, *Gac Sanit.* 2008;22(5):443-50
- 23. Levey AS**, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, Zeeuw D, Hostetter TH, Lameire N, Eknoyan G, Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from kidney disease: improving global outcomes (KDIGO), *Kidney International*, vol. 67 (2005), pp. 2089–2100

- 24. Lin-sun Fan S**, Sathick I, McKitty K, Punzalan S. Quality of life of caregivers and patients on peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* (2008) 23: 1713–1719
- 25. López MJ**, Sánchez RO, Gómez S, Sánchez A, Carmona J, Alonso FJ; El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud; *Rev Clín Med Fam* 2009; 2 (7): 332-334
- 26. LLibre J C**, Guerra M A, Perera E, Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Rev. cuba. med. gen. integr*; 24(1), ene.-mar. 2008. tab.
- 27. Martínez JW**, Albán AM, Arcos FE, Calvachi JV, Giraldo LF, Jojoa JA, Calidad de vida y adaptación social de los cuidadores de adultos mayores. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 36/ No.4/2009
- 28. Méndez L**, Giraldo O, Aguirre D, Lopera F, Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Rev. chil. neuropsicol.* 2010: 5(2):137-145.
- 29. Mezzano AS**, Aros EC, Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección, *Rev Méd Chile* 2005; 133: 338-348
- 30. Montalvo A**, Flores I E, Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena Colombia. *Salud Uninorte. Barranquilla (col)* 2008; 24 (2): 181-190
- 31. Montón C**, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.
- 32. Morales P**, Muñoz R, Bravo V, Iniesta, Montero P, Olmos R. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de salud Totana Murcia. 2000. 714-718

- 33. Ocampo JM**, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Lobo L, García CA; sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes; Colombia Médica Vol. 38 N° 1, 2007
- 34. Peinado A I**, Garcés E J. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido, *anales de psicología*, 1998, 14(1)
- 35. Razani J**, Kakos B, Orieta C, Wong JT, Casas R, Alessi C, Josephson K; Predicting Caregiver Burden from Daily Functional Abilities of Patients with Mild Dementia *J Am Geriatr Soc.* 2007 September ; 55(9): 1415–1420
- 36. Ribas J**, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, Puig JM, Carulla J, Pi J; Trastornos Psicopatológicos del cuidador principal no profesional de Pacientes Ancianos; *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2000;27(3):131-134
- 37. Schoenmakers B**, Buntinx F, De lepeleire J, The relation between care giving and the mental health of caregivers of demented relatives: A cross-sectional study, *European Journal of General Practice.* 2009; 15: 99_106
- 38. Shimoyama S**, Hirakawa O, Yahiro K, Mizumachi T, Schreiner A, Kakuma T. Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in japan. *Peritoneal Dialysis International, Vol. 23 (2003), Supplement 2*
- 39. Takahashi M**, Tanaka K, Miyaoka H, Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients, *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (2005), 59, 473–480
- 40. Teixidó J**, Tarrats L, Arias N, Cosculluela A, Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. *NEFROLOGÍA. Volumen 26. Número 1.* 2006

- 41. Treviño BA**, Tratamientos sustitutivos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal, *Cir Ciruj* 2009;77:411-415
- 42. Turro O**, Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador. *Alzheimer Real Invest Demenc.* 2007; 35:30-37.
- 43. Vilagut G**, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Miralda GP, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J, El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos; *Gac Sanit.* 2005; 19(2):135-50
- 44. Zambrano R**, Ceballos P, Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. XXXVI, Suplemento No. 1/ 2007

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D. F., a _____ de _____ de 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”, registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número _____.

El objetivo del estudio es “Estimar la prevalencia de los factores de riesgo para la presencia de los trastornos más frecuentes en adolescentes embarazadas, así como describir las características sociodemográficas en esta población específica derechohabiente del IMSS”.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista clínica y la realización de una serie de escalas psicométricas que evaluarán salud mental y características sociodemográficas.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del padre o tutor legal

Dra. Guadalupe Aguilar Madrid

Testigos

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO	Área de codificación								
Folio	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>								
1.- Nombre									
2.- Numero de seguridad social									
<p style="text-align: right;">Agregado</p> 3.- Domicilio Calle: _____ No. Ext/No. Int _____ Colonia: _____ C.P. _____ Entre que calles: _____ Ciudad: _____ Delegación o Municipio: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____									
4.- Edad (años cumplidos)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>								
5.- Fecha de nacimiento (día/mes/año)	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
6.- Lugar de residencia (Donde vive actualmente)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>								
7.- Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>								
8.- Escolaridad Primaria <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta Secundaria <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta Bachillerato o Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta Universidad <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>								
9.- Religión									

10.- Ocupación	<input type="text"/>
11.- ¿Usted labora actualmente? (no importa si es trabajo formal o informal) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="text"/>
12.- ¿Presenta usted alguna de las siguientes enfermedades? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/> Enfermedad articular <input type="checkbox"/> otra especificar_____	<input type="text"/>
13. ¿cuántas personas dependen de usted?	<input type="text"/>
14. ¿Tiene algún padecimiento psiquiátrico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
15. Cual es su parentesco con el enfermo? <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> otro Especificar_____	<input type="text"/>
16 ¿ Cuanto tiempo tiene cuidando al paciente? (meses)	<input type="text"/>
17 ¿ Cuantas horas dedica en la asistencia del paciente?	<input type="text"/>
18 ¿dinero invertido mensualmente en el cuidaqdo del paciente?	<input type="text"/>
19 ¿ deajo su empleo para proporcionar los cuidados al paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
20 ¿ ademas de las citas a hemodialisis cuantas consultas (para recetas interconsultas a otros servicios) tiene que hacer extra al mes?	<input type="text"/>
21 ¿Cómo considera la calidad de la atención por parte del personal de salud de esta unidad? <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Exelente	<input type="text"/>

PREGUNTAS SOBRE EL FAMILIAR ENFERMO

22. Sexo <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
23. Escolaridad <input type="checkbox"/> 1 Primaria completa <input type="checkbox"/> 2 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 3 Secundaria completa <input type="checkbox"/> 4 secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 5 bachillerato completo <input type="checkbox"/> 6 bachillerato incompleto <input type="checkbox"/> 7 licenciatura completa <input type="checkbox"/> 8 licenciatura incompleta	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
24. Edad	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
25. ocupación	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
26. Estado civil <input type="checkbox"/> 1 Casado <input type="checkbox"/> 2 Soltero <input type="checkbox"/> 3 Viudo <input type="checkbox"/> 4 divorciado <input type="checkbox"/> 5 union libre	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
27. ¿ Cual es la causa de su insuficiencia renal? <input type="checkbox"/> 1 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 2 Hipertensión <input type="checkbox"/> 3 Litiasis <input type="checkbox"/> 4 Otra Especificar _____	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
28. ¿hace cuanto tiempo se le hizo el diagnóstico de insuficiencia renal?	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
29. ¿Cuanto tiempo lleva en tratamiento con hemodialisis? (meses)	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
30. ¿ Que otras enfermedades padece? <input type="checkbox"/> 1 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 2 HAS <input type="checkbox"/> 3 Retinopatía <input type="checkbox"/> 4 Cardiopatía <input type="checkbox"/> 5 Otra Especificar _____	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>
31. ¿tiene algun padecimiento psiquiátrico? <input type="checkbox"/> 0 Si Especificar _____ <input type="checkbox"/> 1 No	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

(* SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	* NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tanta dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	* NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	➔ NO	SÍ	

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

B. Trastorno distímico

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	➔ NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	➔ SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	➔ NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	➔ NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

				Puntos:
Durante este último mes:				
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
<i>RIESGO DE SUICIDIO</i>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

D. Episodio (hipo)maníaco

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			➔ NO	SÍ	

D3 SID1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SID1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5	
b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6	
c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7	
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8	
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9	
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10	
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11	
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SID1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			➔ NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓ ↓

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>EPISODIO MANÍACO</i>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

E. Trastorno de angustia

(→ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	→ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</i>
--

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</i>
--

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
----	----

<i>AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</i>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	➔ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	➔ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	➔ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ➔ H4	SÍ	1						
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)										
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ➔ H4	SÍ	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <input type="checkbox"/>	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <input type="checkbox"/>	4						
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	➔ NO	SÍ							
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	➔ NO	SÍ	5						
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	6	TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		
NO	SÍ	6								
TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	→ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	→ NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?			

NO	SÍ	14
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	➔ NO	SÍ	1
----	---	---------	----	---

J2 En los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? | NO | SÍ | 2 |
| b | ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado?
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA. | NO | SÍ | 3 |
| c | ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 4 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? | NO | SÍ | 5 |
| e | ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? | NO | SÍ | 6 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? | NO | SÍ | 7 |
| g | ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? | NO | SÍ | 8 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	➔ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| a | ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?
¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS. | NO | SÍ | 9 |
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? | NO | SÍ | 11 |
| d | ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO	→ SÍ
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO	SÍ
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	

L. Trastornos psicóticos

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SÍ** SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

				EXTRAÑOS		
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.						
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ → 16	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → 16	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → 16	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ → 16	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:	NO	SÍ		11
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → 18b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	➔								
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SÍ							
			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

M. Anorexia nerviosa

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	➔	NO SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	➔	NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	➔	NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?		NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?		NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?		NO	SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	➔	NO	SÍ	
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	➔	NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	→ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	→ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	→ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	→ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➔ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➔ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	➔ NO	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➔ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

Identificación **Fecha**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año
 Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año
 Mucho peor ahora que hace una año

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse o arrodillarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar un kilómetro o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costo más de lo normal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación **Fecha**

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

Identificación Fecha

9.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) se sintió lleno de vitalidad?.....	<input type="radio"/>					
b) estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>					
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? ...	<input type="radio"/>					
d) se sintió calmado y tranquilo?	<input type="radio"/>					
e) tuvo mucha energía?	<input type="radio"/>					
f) se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>					
g) se sintió agotado?	<input type="radio"/>					
h) se sintió feliz?	<input type="radio"/>					
i) se sintió cansado?	<input type="radio"/>					

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

11.- Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="radio"/>				
b) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="radio"/>				
c) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>				
d) Mi salud es excelente	<input type="radio"/>				

FUNCIÓN FÍSICA

FUNCIÓN SOCIAL

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS FÍSICOS

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES

SALUD MENTAL

VITALIDAD

DOLOR

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL

CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO

ESCALA DE GOLBERG PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

FOLIO: _____

1	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Si	No
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?	Si	No
3	¿Se ha sentido muy irritable?	Si	No
4	¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	Si	No
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Si	No
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Si	No
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	Si	No
8	¿Ha estado preocupado por su salud?	Si	No
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Si	No
		TOTAL ANSIEDAD:	

ESCALA DE GOLBERG PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

FOLIO: _____

1	¿Se ha sentido con poca energía?	Si	No
2	¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	Si	No
3	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Si	No
4	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)	Si	No
5	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	Si	No
6	¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	Si	No
7	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Si	No
8	¿Se ha sentido usted lento?	Si	No
9	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Si	No
		TOTAL DE DEPRESIÓN:	

ESCALA DE ZARIT

Folio: _____

Nunca = 1 Rara vez =2 Algunas Veces = 3 Bastantes Veces = 4 Casi siempre: 5

1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
5	¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?	1	2	3	4	5
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1	2	3	4	5
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	1	2	3	4	5
9	¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
13	¿ Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?	1	2	3	4	5
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho mas tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20	¿Piensa que debería hacer mas por su familiar?	1	2	3	4	5
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
22	Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?’	1	2	3	4	5

Índice de Katz

Folio: _____

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C, D, E o F.**