

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON Y SIN COMORBILIDAD CON  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: ESTUDIO  
COMPARATIVO EN POBLACIÓN CLÍNICA MEXICANA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE PSIQUIATRA

P R E S E N T A

DRA. JOYCE BELEN BUSTOS CONDADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



ASESOR TEÓRICO:

ASESORA METODOLÓGICA:

DR. LUIS VARGAS ÁLVAREZ

DRA. DANIELA MENDIETA CABRERA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON Y SIN COMORBILIDAD CON  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: ESTUDIO  
COMPARATIVO EN POBLACIÓN CLÍNICA MEXICANA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

DRA. JOYCE BELEN BUSTOS CONDADO \_\_\_\_\_

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ASESOR TEÓRICO:

ASESORA METODOLÓGICA:

DR. LUIS VARGAS ÁLVAREZ

DRA. DANIELA MENDIETA CABRERA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este trabajo más allá de ser una tesis para obtener un título de Psiquiatra, representa un momento en mi vida lleno de felicidad el cual no sería posible sin las personas que han estado en mi vida siempre, sin los que han llegado y los que muy probablemente se quedarán...

Gracias a Tita y Fidel por ser las personas que más admiro y agradezco por un día decidir traerme al mundo.

Gracias a Alan y Karla por hacer mi vida tan divertida y por ser mis mejores amigos y cómplices.

Gracias a mis abuelos, mis tías y tíos, primas y primos por todo el apoyo que me dan y hacerme sentir en casa.

Gracias a Yehú por su compañía y paciencia.

Por supuesto gracias a todos mis maestros y amigos del INPRF, principalmente a la Dra. Mendieta, Dr. Vargas, Dra. Lóyzaga, Dra. Ontiveros y Dr. Muñoz, a quienes admiro y aprecio profundamente.

# Tabla de contenido

|  |           |
|--|-----------|
| <u>I. MARCO TEÓRICO</u>                                  | <u>1</u>  |
| INTRODUCCIÓN   | 1         |
| DEFINICIONES   | 2         |
| A) TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO                         | 2         |
| B) TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD | 8         |
| C) COMORBILIDAD TOC Y TDAH                               | 10        |
| IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS                    | 12        |
| <u>II. JUSTIFICACIÓN</u>                                 | <u>13</u> |
| <u>III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>                   | <u>14</u> |
| <u>IV. HIPÓTESIS</u>                                     | <u>15</u> |
| <u>V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</u>                  | <u>16</u> |
| <u>VI. MATERIAL Y MÉTODO</u>                             | <u>17</u> |
| <u>VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>                       | <u>36</u> |
| <u>VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</u>                   | <u>37</u> |
| <u>IX. RESULTADOS</u>                                    | <u>38</u> |
| <u>X. DISCUSIÓN</u>                                      | <u>52</u> |
| <u>XI. CONCLUSIONES</u>                                  | <u>59</u> |
| <u>XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>                   | <u>60</u> |
| <u>XIII. ANEXOS</u>                                      | <u>65</u> |
| HOJAS DE CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO         | 66        |
| ESCALAS UTILIZADAS                                       | 72        |

# I. MARCO TEÓRICO

---

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por presencia de obsesiones, que son pensamientos, ideas, imágenes o impulsos que son repetitivos, intrusivos, ansiogénicos y que son considerados como absurdos o exagerados en algún momento de su presentación; asociado a dichos pensamientos obsesivos, en la mayoría de los casos, se presentan compulsiones, que son acciones o ritos mentales que se llevan a cabo de forma repetitiva y estereotipada con la finalidad de disminuir la ansiedad que causan los pensamientos obsesivos. El TOC se ha reportado en México con una prevalencia de 2.3% en población clínica adulta, lo cual es similar a lo reportado en la bibliografía internacional, y de 1.4% en comunidad a lo largo de la vida (1,2).

Por otro lado, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se define como una entidad neuropsiquiátrica caracterizada por síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad que inicia en la infancia y que limita la funcionalidad en por lo menos 2 áreas de la vida cotidiana como pueden ser el área académica, laboral o de relaciones interpersonales. La prevalencia reportada en 2009 para el TDAH en adolescentes de la ciudad de México fue de 9.1% (3).

Diversos estudios han sugerido que 9-33% de los niños y adolescentes con TOC también satisfacen los criterios para TDAH de acuerdo al texto revisado de la 4ª versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y que 8-11% de los niños y adolescentes con TDAH cumplen criterios para TOC (4-10).

La presencia de estos dos trastornos de manera simultánea ha llamado la atención, puesto que se han observado diferencias significativas con respecto a su fenomenología y evolución, lo cual advierte pautas terapéuticas específicas y abre camino en el área de la investigación; llegando, incluso a sugerir un nuevo endofenotipo.

Un análisis de riesgo genético familiar examinando la relación entre TDAH y TOC en niños y adolescentes, sugirió co-segregación (transmisión conjunta de dos o más genes ligados en un mismo cromosoma) entre ambos trastornos; encontrando que cuando

los familiares de pacientes con TDAH también estaban afectados por el mismo trastorno, tenían un riesgo significativamente elevado para TOC comparados con los familiares sin TDAH. Los autores de dicho análisis de riesgo propusieron como responsable de estos hallazgos un subtipo familiar único subyacente (11).

No obstante lo sugerido en la literatura internacional y las propuestas que han surgido al respecto, en México no se ha estudiado esta comorbilidad.

## DEFINICIONES

### a) TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un complejo trastorno caracterizado por pensamientos intrusivos repetitivos que causan ansiedad (obsesiones) y rituales o pensamientos para reducir esa ansiedad (compulsiones). Las obsesiones y/o las compulsiones deben estar presentes por lo menos una hora al día y son suficientemente severas para interferir con el funcionamiento social y ocupacional normal. El DSM-IV-TR ofrece la posibilidad de agregar trastornos ilusionales u otros trastornos psicóticos no especificados al TOC. Esto además indica la posibilidad de agregar la pérdida del *insight*. La décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) establece que los síntomas obsesivos en presencia de esquizofrenia deberían ser considerados como parte de ésta.

Refiriéndose a una obsesión como una idea sobrevalorada (una convicción errónea acompañada por un sustrato afectivo significativo) y a una ilusión (una creencia errónea sostenida fuertemente) podría ser la manifestación psicopatológica de un continuum (12).

Las compulsiones, que pueden ser conductas (p. ej., lavarse, ordenar, comprobar) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, etc.) repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas aplicadas rígidamente (p. ej., llevar a cabo una acción, como vestirse o lavarse, de acuerdo con estrictas reglas propias y sin que se pueda explicar por qué se llevan a cabo) y cuyo propósito es neutralizar o reducir el malestar.

El TOC se encuentra clasificado dentro de los trastornos de ansiedad según la *American Psychiatric Association*.

El DSM-IV-TR clasifica el trastorno obsesivo compulsivo entre los trastornos de ansiedad debido a que: 1) la ansiedad suele asociarse a las obsesiones y a la resistencia a las compulsiones, 2) la ansiedad o la tensión suelen aliviarse inmediatamente si se realizan las compulsiones, y 3) el trastorno acostumbra a presentarse en asociación con otros trastornos de ansiedad. En cualquier caso, las compulsiones disminuyen la ansiedad sólo transitoriamente, y la naturaleza de los temores en el trastorno obsesivo-compulsivo es diferente de la que se observa en otros trastornos de ansiedad.

Estudios recientes han identificado al menos cuatro dimensiones sintomatológicas: simetría/orden, acumulación, contaminación/limpieza y obsesiones/comprobación.

Al principio se consideraba que el TOC era uno de los trastornos mentales más raros. Los primeros estudios sugerían una incidencia máxima de 5/10.000 personas (13). Esto se debía probablemente a la relativa falta de familiaridad de los clínicos con el trastorno hasta la última década, al secretismo de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo sobre sus síntomas y el hecho de que la media de espera antes de buscar ayuda psiquiátrica era de 7.5 años. Se sugiere que el trastorno es bastante frecuente; su prevalencia al mes es del 1.3%, a los seis meses del 1.5% y a lo largo de la vida del 2.5%. Estudios epidemiológicos de finales de la década de los 90 reportan que los rangos de la prevalencia eran de 0.8% en adultos y de 0.25% en niños mayores de 5-15 años de edad, estudios más recientes sugieren rangos mayores de 1-3% en adultos y de 1-2% en niños y adolescentes (14).

El TOC puede iniciar en todas las edades pero es más frecuente que se presenten por primera vez en la adolescencia. Algunos pacientes describen un inicio súbito de los síntomas; fenómeno particularmente descrito en los pacientes con una base neurológica en su trastorno. Existen evidencias de la asociación del inicio del TOC con la epidemia de encefalitis que se produjo en la década de 1920, con anomalías durante el parto, con traumatismos craneales y con crisis comiciales. Son de interés las observaciones sobre el inicio de los síntomas durante la gestación (15).

La condición puede resultar en una considerable disfunción, por ejemplo podría provocar ausentismo escolar en niños y en los adultos producir problemas en las relaciones familiares (12).

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan que el TOC es una de las 20 causas de mayor disfunción a nivel mundial. Si no se trata es

generalmente persistente aún a pesar de la efectividad farmacológica demostrada (15).

## *ETIOLOGÍA*

Al estudiar la etiología del TOC, se habla de diversas teorías:

### 1. Teoría psicodinámica

La teoría psicodinámica contempla el trastorno obsesivo compulsivo dentro de un continuo con la patología del carácter obsesivo compulsivo y sugiere que se desarrolla cuando los mecanismos de defensa fracasan en su intento de contener la ansiedad del carácter obsesivo. Según este modelo, la patología obsesivo compulsiva implica fijación y la regresión subsiguiente desde la fase edípica a la fase anterior en el proceso del desarrollo, es decir, la fase anal.

La fijación se debe normalmente a la predominancia excesiva del erotismo anal, que proviene de frustraciones excesivas o gratificaciones en la fase anal.

Los pacientes obsesivo compulsivos se supone que utilizan mecanismos de defensa como el aislamiento, la anulación, la formación reactiva y el desplazamiento para controlar los impulsos sexuales y agresivos inaceptables. Los mecanismos de defensa son inconscientes y, por tanto, no son fácilmente reconocidos por el paciente.

### 2. Teoría del Aprendizaje

Un modelo conductual importante sobre la adquisición y el mantenimiento de los síntomas obsesivo compulsivos deriva de la teoría del aprendizaje en dos estadios de Mowrer (1939). En el estadio 1, la ansiedad se condiciona a un suceso ambiental específico (condicionamiento clásico). Para disminuir esta ansiedad la persona empieza a realizar rituales compulsivos (respuestas de huida/evitación). Si con ellos consigue disminuir la ansiedad, es más probable que la conducta compulsiva se repita en el futuro (estadio 2: condicionamiento operante). El condicionamiento de mayor orden se produce cuando otros estímulos neutros, como palabras, imágenes o pensamientos, se asocian al estímulo inicial y la ansiedad asociada se difunde. La conducta ritual mantiene la respuesta de miedo, ya que la persona evita el estímulo que la provoca y por tanto evita la extinción. Del mismo modo, la reducción de la ansiedad que sigue al ritual mantiene la conducta compulsiva.

### 3. Modelo cognitivo-conductual

Otra propuesta para explicar el TOC, considera que éste surge de tipos específicos de creencias disfuncionales. Este modelo comienza con el hallazgo bien establecido de que los pensamientos invasivos (pensamientos, imágenes e impulsos que invaden la conciencia) son experiencias normales que la mayoría de las personas tiene de vez en cuando; estas intrusiones suelen reflejar las preocupaciones vigentes de una persona. La investigación también muestra que las personas sin antecedente de TOC tienen pensamientos invasivos sobre temas “tabúes”, como sexo, violencia, blasfemia y gérmenes.

El modelo propone que las intrusiones normales se convierten en obsesiones clínicas muy angustiantes y que consumen mucho tiempo cuando éstas se aprecian equivocadamente como una amenaza por la cual el individuo es responsable. Estas apreciaciones causan sufrimiento y motivan a la persona a intentar suprimir o neutralizar el pensamiento indeseable, además de intentar prevenir cualquier fenómeno nocivo relacionado a la intrusión.

Los rituales compulsivos se conceptúan como esfuerzos anormales de adaptación para eliminar intrusiones y prevenir las consecuencias temidas.

### 4. Perspectiva Neurobiológica

A pesar de que en general se ha considerado que existe una etiología psicológica para el trastorno obsesivo-compulsivo, una serie de hallazgos que han aparecido en los últimos 20 años han convertido este trastorno en uno de los trastornos psiquiátricos mejor elaborados desde el punto de vista biológico. La asociación del trastorno con gran variedad de enfermedades neurológicas o con hallazgos neurológicos más sutiles ya se conoce desde hace tiempo.

Entre estos hallazgos se incluyen:

- El inicio de un trastorno obsesivo compulsivo después de un traumatismo craneal o de la enfermedad de *Von Economo*.
- La alta incidencia de otras enfermedades neurológicas premórbidas.
- La asociación del trastorno obsesivo compulsivo con una lesión perinatal.

- Algunas alteraciones en el electroencefalograma, en los potenciales evocados auditivos y en el índice ventrículo-cerebro que se detecta mediante tomografía computarizada.
- La asociación con la diabetes mellitus.
- La presencia significativa de más signos neurológicos menores en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en comparación con los sujetos controles sanos.

## 5. Perspectiva Biológica

Es bien conocido que el TOC posee bases genéticas las cuales no han sido aún descubiertas y analizadas de forma específica y que aún no se tienen datos concluyentes acerca de los factores genéticos, así como de los efectos ambientales y su interacción para producir una susceptibilidad en los individuos afectados.

Los hallazgos fisiopatológicos han encontrado una anormalidad en la transmisión serotoninérgica predominantemente.

Con respecto a los hallazgos neuroanatómicos recientes apoyados de forma importante por la imagenología han revelado por medio de la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) un estado de hipermetabolismo a nivel de la corteza orbito-frontal, el núcleo caudado y en algunas ocasiones en la corteza del cíngulo anterior en pacientes con TOC.

Las anormalidades en los ganglios basales son particularmente sospechosas de tener alguna relación con la patogénesis del trastorno obsesivo compulsivo. El trastorno está íntimamente asociado al síndrome de Gilles de la Tourette, en el que la disfunción de los ganglios basales produce movimientos involuntarios anómalos. El TOC se asocia a la corea de Sydenham, otra enfermedad de los ganglios basales.

## 6. Perspectiva Neuropsicológica

Los hallazgos neuropsicológicos en el TOC, aunque no son siempre consistentes, han sugerido anormalidades en la memoria, la confianza en la memoria, el aprendizaje por ensayo-error y la velocidad de procesamiento.

Tras el éxito de un tratamiento conductual, las correlaciones en la actividad cerebral entre la circunvolución orbital y el núcleo caudado disminuyen significativamente, lo cual sugiere un desacoplamiento de circuitos cerebrales mal funcionantes. Flor-Henry

hipotetizó que «la sintomatología fundamental de las obsesiones se debe a un defecto en la inhibición neuronal de los sistemas frontales dominantes, que producen una incapacidad para inhibir las representaciones mentales *ideoverbales* no deseadas y sus correspondientes secuencias motoras». Se ha sugerido que la gravedad de los impulsos obsesivos se correlaciona con la actividad de los ganglios orbitofrontales y basales, mientras que la ansiedad acompañante queda reflejada en la actividad del hipocampo y de la corteza del cíngulo.

Con la Resonancia Magnética (RM) se ha podido demostrar que durante la provocación conductual de síntomas en estos pacientes se produce un incremento significativo en el flujo sanguíneo relativo en tiempo real en el caudado, la corteza del cíngulo y la corteza orbitofrontal en relación con el estado de reposo.

A pesar de que el trastorno obsesivo-compulsivo se asocia con diversos marcadores biológicos y neuropsiquiátricos, su diagnóstico sigue basándose en el examen psiquiátrico y en la historia clínica. El DSM-IV-TR lo define por la presencia de obsesiones o compulsiones que causan un intenso malestar, gran pérdida de tiempo o una interferencia importante en el funcionamiento social o laboral del individuo. Aunque puede existir comorbilidad con todos los demás trastornos del Eje I, los síntomas no pueden ser secundarios a otro trastorno; por ejemplo, los pensamientos respecto a la comida en presencia de un trastorno de la conducta alimentaria o los sentimientos de culpa en presencia de una depresión mayor no se consideran síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo. El diagnóstico suele ser claro, pero algunas veces puede resultar difícil distinguirlo de la depresión, las psicosis, las fobias o el trastorno de personalidad obsesivo compulsiva grave (16).

## *b) TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)*

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) está entre los primeros problemas de salud mental que afecta a la población de niños, adolescentes y adultos; el padecimiento es de origen biológico con participación en su expresión de elementos psicosociales, es también reconocido científicamente a nivel mundial y tiene implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de los individuos que lo padecen.

La prevalencia promedio mundial del TDAH es del 5.29%. En Latinoamérica existen al menos treinta y seis millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; entre estos, sólo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7% tratamiento farmacológico adecuado.

Los principales síntomas del TDAH son inatención, hiperactividad e impulsividad excesiva e inadecuada para la edad; afecta a preescolares, escolares, adolescentes y adultos de ambos géneros, sin importar condición social, grupo étnico, religión o ambiente socioeconómico.

El TDAH se manifiesta desde la infancia y tiene un curso crónico con expresiones a lo largo de la vida y hasta en un 60% de los casos puede continuar en la adultez.

La etiología del TDAH se desconoce, pero todas las evidencias de estudios moleculares y genéticos sugieren que tanto factores hereditarios como psicosociales, así como la interacción entre ambos, contribuyen al TDAH.

El estudio neurobiológico del TDAH es muy complejo debido a la heterogeneidad en los grupos de pacientes. El TDAH muy raramente se exhibe de forma aislada, es decir, limitada a los síntomas cardinales del trastorno, ya que frecuentemente se asocia con otras comorbilidades. Además, ciertas adversidades en el ambiente social y en el hogar del individuo exacerban el TDAH. A pesar de esta complejidad, estudios neuroanatómicos y neuropsicológicos confirman la base neurobiológica del TDAH y convergen en los circuitos frontoestriales, que reciben una inervación abundante de catecolaminas (p. ej., la dopamina). La dopamina es un neurotransmisor muy importante que modula numerosas funciones cerebrales, entre ellas las funciones cognitivas, el control motor y los mecanismos que regulan la motivación y la satisfacción, implicadas en el TDAH.

Una de las teorías neurobiológicas más prominentes de este trastorno es que existe una alteración en la neurotransmisión de la dopamina y, como consecuencia, una desregulación de la corteza frontal y los circuitos subcorticales modulados por este neurotransmisor. La desregulación de los sistemas centrales dopaminérgicos se ha relacionado con el TDAH por:

- Observaciones clínicas de que pacientes con este trastorno responden muy favorablemente a la medicación con psicoestimulantes (p. ej., metilfenidato y dextroanfetamina), que aumentan la concentración extracelular de dopamina.
- Alteraciones morfológicas y funcionales en el cerebro de individuos con TDAH, detectadas principalmente con técnicas de neuroimagen (p. ej., RM y RMfuncional), que convergen en áreas altamente inervadas por la dopamina (la corteza frontal y los ganglios basales).
- Estudios genéticos que demuestran una asociación entre el TDAH y varios polimorfismos en los genes dopaminérgicos (p. ej., D4R, D5R y DAT).
- Técnicas de neuroimagen funcional (p. ej., SPECT y PET) que demuestran alteraciones en los patrones de los marcadores de dopamina en el TDAH (17).

El diagnóstico lo realiza el médico especialista o el psicólogo clínico con entrenamiento en TDAH, sustentado en el ejercicio clínico, a través de su consulta especializada, recopilando la información en la historia clínica bajo un sistema de multi-informantes conformando lo que se ha llamado “mejor estimado clínico”. No se requieren pruebas de laboratorio o gabinete para establecer el diagnóstico.

El TDAH no tratado adecuadamente conlleva riesgos y complicaciones que ponen en peligro la integridad física y mental de niños, adolescentes y adultos.

El TDAH incrementa el riesgo para desarrollar accidentes, fracaso escolar, problemas de autoestima y se relaciona con mayor consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, inestabilidad laboral y fracaso en las relaciones de pareja (18).

### *c) COMORBILIDAD TOC Y TDAH*

La presencia de estos dos trastornos de manera simultánea ha llamado la atención, puesto que se han observado diferencias significativas con respecto a su fenomenología y evolución.

Ya se mencionó anteriormente que la comorbilidad de TDAH en pacientes con TOC está entre 9% y 33%; y que la comorbilidad de TOC en pacientes con TDAH es alrededor de 8% y 11%. (4-10). Los auto-reportes de niños con TDAH mencionan un grado cuantitativamente alto de fenómenos obsesivo compulsivos (19). Sin embargo, es hasta hace relativamente poco tiempo que se comenzó a estudiar a fondo la comorbilidad TOC-TDAH, dicho “retraso” se puede deber a la exclusión de niños con TOC de estudios grandes de niños con TDAH, a la creencia de que estos dos trastornos tienen aspectos fenomenológicos incompatibles, o a la suposición que los casos combinados de TDAH con TOC resultan de síntomas de TDAH que son secundarios al TOC (por ej, inatención secundaria a pensamientos intrusivos obsesivos) (4).

Estos dos trastornos comparten ciertos aspectos patofisiológicos y etiológicos. Se ha demostrado activación anormal en los circuitos cortico-estriado-talámicos en ambos trastornos mediante estudios de neuroimagen, no obstante, hay regiones cerebrales específicas que presentan una activación diferente. También se han demostrado alteraciones en las funciones ejecutivas como resultado de la alteración de los circuitos antes mencionados tanto en niños y adultos con TDAH como en niños y adultos con TOC (21,22).

Geller y colaboradores en 2003 reportaron TDAH en 51% de los niños y 36% de los adolescentes de una clínica especializada en TOC pediátrico; más recientemente mostraron que aquellos sujetos con TOC de inicio temprano y TDAH requieren de mayor apoyo extracurricular en clases y presentan más obsesiones de tipo somático a diferencia de aquellos con TOC sin TDAH (23,24).

Arnold y colaboradores en 2005, al estudiar un grupo 134 niños con TDAH encontraron que 11.2% de ellos tenía TOC. En los niños que tenían TDAH y TOC hubo una asociación con “perfeccionismo” significativamente elevada, puntajes más altos en “inatención” de acuerdo a sus maestros y una mayor probabilidad de tener un familiar en primer

grado con TDAH. La comorbilidad TDAH-TOC también se asoció a “conducta oposicionista” elevada en el hogar y a un mejor control de la inhibición, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En dicho estudio se concluyó que los niños que presentaron la comorbilidad TDAH-TOC tenían mayor disfuncionalidad en comparación con los niños con TDAH solo (4).

En otro trabajo en el que se estudió la comorbilidad TOC-TDAH en 94 niños con diagnóstico de TOC, se encontró que el 25.5% de ellos tenía también TDAH, luego se comparó a los niños TOC-TDAH con los niños con TOC solo y se observó que la comorbilidad TOC-TDAH se asoció a una mayor prevalencia en niños del género masculino, a un inicio más temprano del TOC, a una mayor disfuncionalidad psicosocial y a una mayor tendencia a comorbilidades como Trastorno Bipolar, Trastorno por tics y Trastorno oposicionista desafiante, proponiendo que a todos los pacientes con TOC se les haga un estudio de escrutinio para TDAH, ya que tiene implicaciones distintas y muchas veces ni los clínicos, ni los padres se percatan de ello (20).

El TOC y el TDAH son condiciones diferentes y separadas y las razones detrás de la alta comorbilidad observada son aún inciertas. La alta prevalencia de TDAH con TOC en niños y el alto grado de comorbilidad entre estos dos trastornos sugieren que comparten factores genéticos. Estudios genéticos formales han mostrado alta heredabilidad tanto para TOC como para TDAH. Geller y colaboradores en 2007, realizaron un estudio en familias de riesgo mediante un análisis metodológico para examinar la relación entre TOC y TDAH, usando una muestra de niños y adolescentes con el diagnóstico de TOC, el cual sugirió co-segregación entre ambos trastornos; encontrando que cuando los familiares de pacientes con TDAH también presentaban TDAH, tenían riesgo significativamente elevado (cuatro veces más) para TOC comparado con los familiares sin TDAH (7.4% vs 1.3%  $p < 0.001$ ). Los autores propusieron como responsable de estos hallazgos un subtipo familiar único subyacente (11).

En un estudio prospectivo publicado por Walitza y colaboradores en 2008 se concluyó que los sujetos que tenían esta comorbilidad, presentaban una edad de inicio del TOC más temprana que en pacientes sólo con TOC. Mediante la escala Y-BOCS, no se encontraron diferencias significativas en la severidad en los dos grupos; sin embargo, los puntajes tendieron a ser más altos en el grupo “TOC con TDAH” que en el grupo

“TOC sin TDAH”. También la persistencia de TOC en pacientes con TDAH comórbido fue aparentemente más alta que en los pacientes con TOC sin TDAH. No obstante, los autores de este estudio advierten que los resultados se deben tomar con cautela puesto que se siguieron sólo a 7 pacientes (10).

Podemos decir entonces que la fenomenología y evolución de la comorbilidad TOC y TDAH advierten pautas terapéuticas específicas y abren camino en el área de la investigación, llegando incluso, a sugerir un nuevo endofenotipo.

### *IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS*

Dado que los pacientes que presentan la condición comórbida TOC-TDAH presentan mayor morbilidad, los clínicos deben usar estrategias terapéuticas particulares. Ya que por ejemplo, los estimulantes son efectivos para tratar el TDAH pero son ineficaces en el tratamiento del TOC y en algunos casos pueden exacerbar las obsesiones y las compulsiones; por otro lado, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son efectivos en el tratamiento del TOC pero son ineficaces en el tratamiento del TDAH y pudieran empeorar los síntomas del TDAH al causar activación conductual en algunos pacientes (25).

Si el subtipo TOC-TDAH existe, podría ser una forma particular de trastorno de inicio en la infancia con una disfunción subyacente de inhibición motora y cognitiva, que resulta en hiperactividad, compulsiones y síntomas obsesivos. La presencia de TDAH pudiera favorecer una menor resistencia a las obsesiones y compulsiones; aunque aún no se sabe por qué la severidad de los síntomas obsesivos es mayor en pacientes con TDAH comórbido (10).

La alta prevalencia de la comorbilidad TOC-TDAH, además de posiblemente aumentar el impacto negativo en la funcionalidad de quienes la padecen, indica que los clínicos, al ver pacientes con TOC o pacientes con TDAH deben conducir evaluaciones clínicas de escrutinio para TDAH y TOC respectivamente para proporcionar al paciente la mejor estrategia terapéutica.

## II. JUSTIFICACIÓN

---

La comorbilidad TOC-TDAH se ha hecho evidente en varios estudios; sin embargo, no fue hasta hace relativamente poco tiempo que se comenzó a estudiar a fondo. La evidencia científica plantea diferencias clínicas y terapéuticas que deben tomarse en cuenta para favorecer un mejor pronóstico en quienes padezcan dicha comorbilidad. El hecho de considerar edad, género y comorbilidad puede ser útil en la selección de subtipos. Por lo tanto, es de interés estudiar si el fenotipo de TOC y TDAH comórbidos muestra sintomatología, severidad o persistencia específicas.

En México no se ha estudiado esta comorbilidad, por lo que con este trabajo se pretende analizar la coexistencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un grupo de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo y comparar sus características clínicas con un grupo de pacientes con TOC sin TDAH para determinar si los resultados son consistentes con lo que hasta ahora existe en la literatura internacional.

Analizar la comorbilidad de TOC y TDAH en pacientes mexicanos permitiría determinar diferencias sociodemográficas a comparación de pacientes con TOC sin TDAH, como por ejemplo, el género, la edad y el estado civil. Así como diferencias clínicas, como por ejemplo la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y de existir éstos, la gravedad de los mismos; determinar si existe en verdad un subtipo específico predominante de TOC cuando éste está en comorbilidad con TDAH; determinar si existe predominio de algún subtipo de TDAH cuando hay comorbilidad con TOC; o si esto pudiera más bien deberse a un traslape de síntomas (como por ejemplo, que se piense que el tipo predominante de TDAH cuando hay coexistencia con TOC, sea el inatento, cuando en realidad el paciente impresiona inatento debido a la presencia de ideas obsesivas). Estudiar esta comorbilidad también podría ayudarnos a hacer aproximaciones al pronóstico de las personas que la presentan y a determinar si su funcionamiento es peor cuando presentan ambos trastornos al mismo tiempo.

Conocer estos aspectos de la comorbilidad TOC y TDAH podría brindar al clínico un nuevo panorama de intervenciones tanto farmacológicas, como psicosociales en beneficio de los pacientes con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

¿Los pacientes con TOC y TDAH presentarán diferencias sociodemográficas en comparación con pacientes con TOC sin TDAH?

¿Los pacientes con TOC y TDAH presentarán diferencias clínicas en comparación con pacientes con TOC sin TDAH?

¿Los sujetos con TOC y TDAH presentarán diferentes subtipos de síntomas obsesivo compulsivos predominantes en comparación de aquellos sin TDAH?

¿El TDAH de predominio inatento será el subtipo más prevalente en sujetos con la comorbilidad en estudio?

¿Los pacientes con TOC y TDAH presentarán un funcionamiento más pobre en comparación con los pacientes con TOC sin TDAH?

¿Los pacientes con TOC y TDAH presentarán mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en comparación de los pacientes con TOC sin TDAH?

## IV. HIPÓTESIS

---

- Los pacientes con TOC y TDAH presentan diferencias sociodemográficas en comparación con pacientes con TOC sin TDAH.
- Los pacientes con TOC y TDAH presentan diferencias clínicas en comparación con pacientes con TOC sin TDAH.
- Los sujetos con TOC y TDAH presentan diferentes subtipos de síntomas obsesivo compulsivos en comparación de aquellos sin TDAH.
- El TDAH de predominio inatento es el subtipo más prevalente en sujetos con la comorbilidad en estudio.
- Los pacientes con TOC y TDAH presentan un funcionamiento más pobre en comparación con los pacientes con TOC sin TDAH.
- Los pacientes con TOC y TDAH presentan mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en comparación de los pacientes con TOC sin TDAH.

## V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

---

### OBJETIVO GENERAL

Determinar las diferencias clínicas entre sujetos con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con y sin la comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en una muestra clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de sujetos con TOC con y sin la comorbilidad con TDAH.
2. Describir las características clínicas de sujetos con trastorno obsesivo compulsivo con y sin la comorbilidad con TDAH.
3. Describir el subtipo de TOC predominante en sujetos con y sin la comorbilidad con TDAH.
4. Describir el subtipo de TDAH predominante en sujetos con TOC.
5. Describir el funcionamiento de los sujetos con TOC con y sin la comorbilidad con TDAH.
6. Determinar la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en sujetos con TOC con y sin la comorbilidad con TDAH.

## VI. MATERIAL Y MÉTODO

---

1. Tipo de estudio  
Comparativo, transversal, prospectivo y homodémico según Feinstein.
  
2. Pacientes  
Se incluyeron pacientes que acudieron a la consulta externa a la *Clínica de TOC y Trastornos del Espectro del INPRFM*, a quienes se les invitó a participar voluntariamente en el estudio. Se conformó un grupo de pacientes con TOC que además reunieron los criterios para TDAH y otro de pacientes con TOC sin TDAH.
  
3. Criterios de inclusión:
  - Pacientes de sexo femenino o masculino.
  - Mayores de 14 años y menores de 60 años.
  - Con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo según el DSM-IV-TR, que acuden a la *Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro* del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
  - Que sepan leer y escribir.
  - Que acepten participar voluntariamente en el estudio, habiendo leído, comprendido y aceptado lo explicado en la hoja de consentimiento informado. En caso de que el participante sea menor de edad, el paciente dará su asentimiento informado y su padre, madre o tutor firmará el consentimiento informado.
  
4. Criterios de exclusión:
  - Pacientes con incapacidad para contestar las preguntas (que presenten cualquier grado de déficit intelectual por clínica).
  - Pacientes con presencia de síntomas psicóticos o trastornos neurológicos.
  - Pacientes que no sepan leer y escribir.
  
5. Criterios de eliminación:
  - Pacientes que no completen las escalas.
  - Sujetos que decidan salirse del estudio.

6. Definición operativa de las variables y escalas o instrumentos de medición

| Variables                                       | Tipo de Variable | Instrumento                     |
|---|------------------|---------------------------------|
| Presencia probable de TDAH                      | Nominal          | FASCT-SR y FASCT-O              |
| Presencia de TDAH                               | Nominal          | ASRS y MINI-Plus                |
| Presencia de otros trastornos psiquiátricos     | Nominal          | MINI                            |
| Severidad de síntomas obsesivos                 | Ordinal          | Y-BOCS de severidad             |
| Subtipo de síntomas obsesivo compulsivos        | Nominal          | Y-BOCS de verificación          |
| Funcionalidad                                   | Ordinal          | FAST                            |
| Severidad de síntomas depresivos                | Nominal          | Inventario de Beck de Depresión |
| Severidad de síntomas de ansiedad               | Ordinal          | Hamilton de Ansiedad            |
| Severidad de síntomas depresivos                | Ordinal          | Montgomery-Asberg de Depresión  |
| Edad del sujeto                                 | Dimensional      | HDC                             |
| Género del sujeto                               | Nominal          | HDC                             |
| Ocupación                                       | Nominal          | HDC                             |
| Escolaridad                                     | Nominal          | HDC                             |
| Estado civil                                    | Nominal          | HDC                             |
| Edad de inicio de síntomas obsesivo-compulsivos | Dimensional      | HDC                             |
| Edad a la que acudió por primera vez al INPFRM  | Dimensional      | HDC                             |

**FASCT-SR:** Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés, versión de auto-reporte.  
**FASCT-O:** Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés, versión del observador.  
**MINI-Plus:** MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional- Plus. **ASRS:** Adult ADHD Self-Report Scale. **Y-BOCS de severidad:** Escala Yale Brown de severidad. **Y-BOCS de verificación:** Escala Yale Brown de verificación de síntomas. **FAST:** Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (*Functioning Assessment Short Test*). **HDC:** Hoja de datos sociodemográficos y clínicos.

7. Validez y confiabilidad de la escala o instrumento a utilizar

FASCT-SR: Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés auto-reporte y FASCT-O: Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés versión del observador.

Consta de dos versiones: autoaplicada (SR) y del observador (O). En un estudio para demostrar la confiabilidad y la validez del instrumento se aplicó la primera versión a un total de 393 personas y la versión del observador a 377. Se realizó un análisis factorial exploratorio y confirmatorio para obtener las versiones finales del instrumento. Finalmente se aplicó la versión autoaplicada junto con una entrevista estructurada a 205 sujetos. La versión del observador fue aplicada a 105 de sus familiares de primer grado. La versión autoaplicada obtuvo un alfa de Cronbach de 0.84 y la versión del observador de 0.87. El punto de corte con mejor balance entre sensibilidad y 1-especificidad fue de 23 puntos para cada versión. El coeficiente de correlación entre ambas versiones fue de 0.88. El coeficiente de correlación entre la escala de Wender-UTHA y la versión autoaplicada de la FASCT fue de 0.71 y para la versión del observador fue de 0.66. El grado de acuerdo entre la calificación dicotomizada de la FASCT con el diagnóstico de la entrevista estructurada fue de 0.82 para la versión autoaplicada y de 0.88 para la versión del observador. Asimismo se obtuvieron los siguientes índices para la versión autoaplicada: sensibilidad, 80.36; especificidad, 97.9. Los valores para la versión del observador fueron: 95.4 y 96.3, respectivamente.

Ambas versiones de la escala FASCT demostraron ser válidas y confiables para el tamizaje del TDAH en adultos (26).

MINI: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Plus.

*MINI International Neuropsychiatry Interview (MINI- Plus)*

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, heroaplicada, que fue desarrollada de manera conjunta por psiquiatras y clínicos (Sheehan, Lecrubier y cols) de EUA y Francia, para los trastornos del CIE 10 y DSM-IV-TR. Su uso se

enfoca a la detección y/u orientación diagnóstica de los 17 principales trastornos psiquiátricos (27).

La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

La versión en español de la MINI fue valorada por Ferrando, Bobes y colaboradores (28).

Corrección e interpretación: Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos. Tiene un tiempo de administración breve (15 minutos aproximadamente).

Este instrumento fue diseñado para cumplir con la necesidad de una entrevista estructurada corta, pero precisa para estudios clínicos multicéntricos y estudios epidemiológicos y para ser usada como el primer paso en resultados de rastreo en escenarios clínicos que no se encontraran dentro de un protocolo de investigación estructurado. No requiere de entrevistadores especializados. Se basa en la existencia de trastornos actuales. Para cada trastorno se dan uno o dos preguntas de tamizaje que descartan el diagnóstico cuando se responden de manera negativa.

La MINI- Plus es una edición más detallada de la MINI, que se usa preferentemente en investigación y existe otra versión para niños y adolescentes (MINI Kid).

En el estudio realizado por Sheehan y colaboradores en 1997 (27) se obtuvo una muestra de 346 pacientes (296 psiquiátricos y 50 no psiquiátricos); a quienes se les administró la MINI y la Entrevista diagnóstica compuesta internacional (Composite International Diagnostic Interview CIDI –estándar de oro-); 42 pacientes fueron entrevistados por 2 investigadores entrenados para utilizar ambos instrumentos. La duración media de la entrevista fue de 21 minutos para el MINI y de 92 minutos para las secciones correspondientes del CIDI.

La validez del criterio externo fue determinada por medio de kappa para encontrar la concordancia entre estos dos instrumentos. Los resultados fueron  $k=0.35$  a  $0.82$

(en general la concordancia para la mayoría de los diagnósticos fue buena, excepto para trastorno de ansiedad generalizada  $k=0.35$  y fobia simple 0.43).

La sensibilidad y especificidad fueron buena a muy buena para todos los diagnósticos, excepto para fobia simple (sensibilidad de 0.46), agorafobia (sensibilidad de 0.59). La confiabilidad interevaluador fue de  $k=0.81$  a 1, y para prueba-reprueba fue de  $k=0.35$  a 1. En general, la confiabilidad prueba-reprueba fue buena, excepto para episodio de manía ( $k=0.35$ ).

ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale.

Escala de Autoreporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-v1.1) fue desarrollada en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y el grupo de trabajo en Adultos con TDAH, que incluye psiquiatras e investigadores de EUA.

El ASRS v1.1 se usa como una herramienta que ayuda a identificar el TDAH en pacientes adultos. Los adultos seleccionados mediante esta herramienta, tienen la necesidad de una intervención clínica más profunda. Las preguntas del ASRS v1.1 son consistentes con los criterios del DSM-IV-TR y son dirigidas a las manifestaciones de los síntomas del TDAH en adultos. El contenido del cuestionario también refleja la importancia que el DSM-IV-TR le da a los síntomas, afectación e historia para un diagnóstico correcto.

La lista de síntomas se puede llenar en 5 minutos y puede proveer información que es crítica para el proceso de diagnóstico.

Descripción: La lista de síntomas es un instrumento consistente con dieciocho criterios del DSM-IV-TR. Seis de las dieciocho preguntas fueron basadas en los más predictivos síntomas consistentes con el TDAH. Estas seis preguntas son la base para el ASRS v1.1 screener y también son la parte A de la lista de síntomas. La parte B contiene las 12 preguntas restantes.

Instrucciones:

1. Se pide al paciente que llene la lista de síntomas en la parte A y B, marcando una X en el cuadro que más cercanamente represente la frecuencia de ocurrencia de cada uno de los síntomas.

2. Se suma la parte A. Si cuatro o más de las marcas aparecen en los cuadros sombreados dentro de la parte A, entonces el paciente tiene síntomas altamente consistentes con el TDAH en adultos y se justifica hacer más investigación.
3. La suma de la Sección B nos provee pistas adicionales y puede servir como una prueba más de los síntomas del paciente. Ponga particular atención a las marcas que aparecen en los cuadros sombreados. La respuesta basada en frecuencia es más sensible en ciertas preguntas. No se utiliza una puntuación total o probabilidad de diagnóstico para las doce preguntas. Las respuestas que se obtengan en la Sección A son las que más pueden predecir un trastorno y son las que se usan mejor como instrumento de filtrado.

En un estudio se evaluaron 80 pacientes en tratamiento ambulatorio por dependencia de sustancias mediante los siguientes instrumentos: ASRS-v1.1, CAADID-II, EuropASI, SCID-I, SCID-II; se realizó un análisis factorial con rotación varimax para determinar la estructura de las intercorrelaciones entre los ítems y se analizó la exactitud del ASRS-v1.1.

La entrevista diagnóstica CAADID utilizada como patrón de oro, indicó que el 20% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 11-29) cumple criterios para TDAH. La estructura factorial del ASRS-v1.1, marcada por dos factores referentes a inatención e hiperactividad/ impulsividad explicó el 67.7% de la varianza. El ASRS-v1.1 con punto de corte 4, presentó una sensibilidad del 87.5% y una especificidad del 68.8%.

Se concluyó que el ASRS-v1.1 es un instrumento de cribado sencillo, útil y de aceptable validez para identificar TDAH entre pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (29).

#### Y-BOCS de severidad: Escala Yale Brown de severidad.

La escala de obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*) (Y-BOCS) fue creada para valorar la severidad de las obsesiones y compulsiones en los pacientes previamente diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sin que se viera

influida por el tipo o número de las mismas. En la documentación anglosajona es de elección para medir los cambios en la intensidad o gravedad de la sintomatología en pacientes con TOC. Existe una versión autoadministrada que presenta similares valores sicométricos que la heteroaplicada. Se tradujo al español por Bobes y González en 1994.

La escala se complementa por el terapeuta mediante una entrevista semiestructurada. Consta de 10 ítems, 5 sobre obsesiones y 5 sobre compulsiones, que se puntúan de 0 a 4, con un rango de 0 a 40.

Cada ítem va acompañado de unas instrucciones que permitan al entrevistador valorar de forma correcta la gravedad de los síntomas.

Estudia, tanto en obsesiones como en compulsiones el tiempo malgastado, la interferencia, el malestar asociado, la resistencia y el control. La versión completa posee además 6 ítems dedicados a investigación, un ítem de gravedad global, otro de mejoría global y otro de fiabilidad.

Previamente a administrar la escala se debe utilizar la “lista de verificación de síntomas obsesivos compulsivos”, con objeto de facilitar la identificación por parte del paciente de los síntomas. Esta consta de una relación de unos 50 ejemplos, agrupados en 15 categorías. Este listado debe administrarse cada vez al inicio de la sesión y puede revisarse a lo largo del tiempo introduciendo modificaciones si van cambiando los síntomas.

Además de la puntuación total se pueden obtener otras dos: severidad de síntomas obsesivos (ítems 1 a 5) y severidad de síntomas compulsivos (ítems 6 a 10), ya que se ha demostrado el carácter bidimensional de la escala.

Los puntos de corte son: 0-7 subclínico, 8-15 leve, 16-23 moderado, 24-31 grave y 32-40 muy grave.

Interpretación: Se considera el “patrón oro” para la valoración de los síntomas obsesivo-compulsivos y la mejor medida para la cuantificación de la severidad. No valora los contenidos de los síntomas, éstos son puestos de manifiesto por el listado de síntomas. Se utiliza, por lo tanto, para medir la gravedad del TOC, así como los cambios ocurridos tras el tratamiento.

Se puede emplear en adultos o jóvenes. Existe una versión (CY-BOCS) diseñada para niños, en la que se han sustituido cuestiones simples por varios ítems de investigación de los síntomas.

No se trata de un instrumento adecuado para realizar el diagnóstico de TOC, ya que no existen puntos de corte. Los autores en un estudio con 40 pacientes diagnosticados de TOC obtuvieron una puntuación media de 21.8 con una desviación estándar de 8. Por otra parte, resulta muy útil para cuantificar la respuesta al tratamiento.

Respecto a las dos subescalas, ambas correlacionan con depresión (medida con el cuestionario de Beck) pero sólo la subescala de obsesiones correlaciona con ansiedad (medida con el *State-Trait Anxiety Inventory*). No resulta útil para discriminar la gravedad sintomatológica en los pacientes en que coexisten TOC y depresión o ansiedad.

El listado de síntomas es útil para la identificación sistemática de síntomas, pero no debe emplearse para obtener una puntuación.

Confiabilidad: La escala posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,60- 0.91), una buena validez interobservador ( $r: 0.98$ ) así como una variable correlación de cada ítem con la puntuación total de la escala ( $r: 0.36 - 0.77$ ). La fiabilidad prueba-reprueba tras una semana es adecuada cuando se realiza por el mismo examinador.

Validez: Posee una buena validez convergente cuando se compara con los resultados de otras escalas similares (*National Institutes of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale* (NIMH-OC), la CGI de *Global Severity of OCD* (CGI-OCS) y el *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI) y una buena validez discriminante con las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton.

La puntuación total distingue entre pacientes con TOC y sujetos con otros trastornos de ansiedad o sujetos sanos. Se ha mostrado sensible al cambio tras el tratamiento farmacológico o psicológico (30).

### Y-BOCS de verificación: Escala Yale Brown de verificación de síntomas.

Esta escala de calificación está diseñada para evaluar la naturaleza y gravedad actual de los síntomas obsesivo-compulsivos. Es una extensión del original de Yale-Brown obsesivo-compulsivo (Y-BOCS). El impulso para esta nueva escala proviene de los resultados de estudios de análisis factorial de la Y-BOCS Symptom Checklist en los que cuatro a cinco dimensiones de síntomas han sido consistentemente identificadas (30). Estos factores fueron: (1) obsesiones agresivas y compulsiones relacionadas, (2) obsesiones religiosas y compulsiones sexuales relacionadas, (3) obsesiones de simetría, orden, y de contar compulsiones relacionadas, (4) obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza, y (5) obsesiones y compulsiones de atesoramiento.

### FAST Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (*Functioning Assessment Short Test*).

Fue desarrollada para la evaluación clínica del deterioro funcional presentado por pacientes que sufren de trastornos mentales. Es un instrumento simple, fácil de aplicar, que requiere de muy poco tiempo para ser administrado. Los 24 ítems de la escala están divididos en 6 áreas específicas de funcionamiento: autonomía, funcionamiento ocupacional, funcionamiento cognitivo, aspectos financieros, relaciones interpersonales y tiempo libre u ocio. Tomando en consideración la opinión de expertos en el desempeño de escalas previas y la literatura, los ítems previamente mencionados fueron identificados como los principales problemas experimentados por personas con trastornos mentales.

La versión inicial del FAST incluía 56 ítems divididos en 10 áreas específicas, tales como autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, insight, vida social/marital, aceptación/trastorno conocimiento, estrategias para afrontar los síntomas, uso de medicamentos y autorrealización. Esta versión fue analizada en un estudio piloto con 10 pacientes bipolares y 10 controles sanos. Después de análisis preliminares, la escala fue discutida en una reunión de

expertos de España, Brasil e Inglaterra en la que se hicieron varios cambios, varios ítems fueron rechazados y se conformó la versión final del FAST (31).

#### Descripción

El FAST es un instrumento administrado por un entrevistador que está diseñado para ser usado por un clínico entrenado; el margen de tiempo que se estudia son los 15 días previos a la valoración. Es un instrumento simple, fácil de aplicar y que requiere de poco tiempo para ser aplicado. Comprende 24 ítems, que están divididos en 6 áreas específicas de funcionamiento:

- 1) Autonomía se refiere a la capacidad del paciente para hacer cosas por sí mismo y tomar sus propias decisiones.
- 2) Funcionamiento ocupacional se refiere a la capacidad de mantener un trabajo remunerado, eficiencia en el desempeño de actividades en el trabajo, trabajar en el campo en el que el paciente fue educado y ganar de acuerdo al puesto en el trabajo.
- 3) Funcionamiento cognitivo está relacionado a la habilidad para concentrarse, realizar cálculos mentales simples, resolver problemas, aprender nueva información y recordar información aprendida.
- 4) Aspectos financieros involucran la capacidad de manejar las finanzas y gastos en forma balanceada.
- 5) Relaciones interpersonales se refiere a relaciones con amigos, familia, participación en actividades sociales, relaciones sexuales y la habilidad para defender ideas y opiniones.
- 6) Tiempo de ocio se refiere a la capacidad para desempeñar actividades físicas (deporte, ejercicio) y la capacidad de disfrutar hobbies.

Todos los ítems son evaluados usando una escala de 4 puntos, 0= no dificultad, 1= dificultad media, 2= dificultad moderada y 3= dificultad severa. El resultado global es obtenido sumando el resultado de cada ítem. Mientras el resultado sea más alto, hay mayores dificultades, por lo tanto, el FAST realmente mide discapacidad.

El coeficiente de consistencia interna obtenido fue alto, con un alpha de Cronbach de 0.909, para el total de la escala, indicando que los ítems son suficientemente

homogéneos. El FAST también muestra alta consistencia interna en cada uno de los 24 ítems.

La validez concurrente basada en la discapacidad funcional de acuerdo a la escala GAF mostró una correlación negativa altamente significativa ( $r = -0.903$ ;  $p < 0.001$ ). Este resultado indica que los pacientes con buen funcionamiento evaluados con el FAST obtienen resultados altos en la escala de GAF.

Así mismo, el FAST muestra alta viabilidad, una cualidad que hace que sea aplicable tanto en práctica clínica como en investigación. El instrumento está disponible en 3 idiomas, una versión en español, una en portugués y otra en inglés.

Las propiedades psicométricas del FAST muestran alta consistencia interna, ya que el total de los ítems tiene un alpha de Cronbach mayor a 0.9. Además se ha encontrado con fuerte validez concurrente y validez discriminativa. La confiabilidad prueba-reprueba, que sólo evaluó pacientes con estados de ánimo estables, mostró resultados similares.

El FAST mostró ser un instrumento sensible para detectar diferentes estados de ánimo, y esto fue apoyado por el hecho de que pacientes eutímicos mostraron resultados de funcionamiento dos veces más alto que los pacientes deprimidos y maníacos. Estudios previos mostraron alteración moderada a marcada en áreas específicas de funcionamiento y la persistencia de síntomas depresivos también fue significativamente asociada a discapacidad. Strakowski y colaboradores en 2000 reportaron que la recuperación funcional, y en particular, la recuperación de relaciones interpersonales se asoció con recuperación de síntomas maníacos.

#### Inventario de Beck de Depresión.

Instrumento autoaplicable, inicialmente diseñado para administrarse mediante entrevista. Realizado por Beck A. T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. Evalúa la gravedad del cuadro depresivo, contiene 21 reactivos. Indaga fundamentalmente sobre los síntomas clínicos depresivos y los pensamientos

intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de reactivos cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Otro elemento distintivo es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Existen varias versiones de diferente extensión: una versión más extensa de 42 reactivos, en la que el orden de los reactivos ha sido modificado de tal forma que empieza por los reactivos más neutros como dolores de cabeza y apetito. Una versión más breve de 13 reactivos.

Interpretación:

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| a. Tristeza                    | l. Aislamiento social            |
| b. Pesimismo                   | m. Indecisión                    |
| c. Sensación de falla          | n. Cambios en la imagen corporal |
| d. Insatisfacción              | o. Lentitud psicomotriz          |
| e. Culpa                       | p. Insomnio                      |
| f. Expectativa de castigo      | q. Fatiga                        |
| g. Descontento hacia uno mismo | r. Pérdida de apetito            |
| h. Autorreproche               | s. Pérdida de peso               |
| i. Ideación suicida            | t. Preocupación somática         |
| j. Llanto                      | u. Bajo nivel de energía         |
| k. Irritabilidad               |                                  |

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros en 1975.

Corrección e interpretación: en la versión de 21 reactivos el valor de cada una de las respuestas a cada uno de los reactivos es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada uno de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).

Reactivo 1: 2 (“esta tristeza me produce...”); 0 (“no me encuentro triste”); 1 (“me siento algo triste y deprimido”); 3 (“ya no puedo soportar esta pena”); 2 (“tengo siempre como una pena encima”).

En la versión abreviada (13 reactivos) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2 y la cuarta vale 3 puntos. Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los reactivos.

La versión de 21 reactivos no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Posible negación de depresión, fingir estar bien: <0 - 4 puntos.
- Persona sin depresión: 5 - 9 puntos.
- Depresión mínima: puntuación media de 10 puntos.
- Depresión moderada: 19 – 29 puntos.
- Depresión severa: 30 – 40 puntos.
- Depresión muy severa: >40 puntos.
  - o Personas gravemente deprimidas, sugiriendo posible exageración de la depresión, posiblemente personas con trastornos de personalidad histriónico o límite. Sin embargo, estos niveles de depresión son posibles.
- Depresión leve: puntuación media de 18.
- Depresión moderada: puntuación media de 25.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

En la versión de 13 reactivos los puntos de corte propuestos son:

0-4: Depresión ausente o mínima.

5-7: Depresión leve.

8-15: Depresión moderada.

>15: Depresión grave.

Confiabilidad: la consistencia interna para el BDI varía desde coeficientes alfa de 0.73 a 0.92 con un promedio de 0.86 para poblaciones psiquiátricas y de 0.81 para población general. Groth-Marnat (1990) reportó una confiabilidad prueba-reprueba similar en la forma corta de 13 reactivos, de 0.48 a 0.86, dependiendo del intervalo entre la reprueba y el tipo de población.

La confiabilidad mostró una correlación entre la entrevista de 21 reactivos y la de reactivos de 0.89 a 0.97, lo que indica que la forma corta es un sustituto aceptable de la forma larga (Beck, Rial y Rickels, 1974).

Validez: una meta-análisis de estudios que revisaban las propiedades psicométricas por Richtner, Werner, Heerlim, Kraus y Sauer (1998) reportó validez alta en cuanto al contenido y en la diferenciación entre sujetos deprimidos y no deprimidos. El contenido del BDI fue obtenido mediante un consenso de clínicos respecto a pacientes deprimidos (Beck et al, 1961). Los reactivos del BDI son consistentes con 6 de las 9 categorías de DSM III para el diagnóstico de depresión (Groth-Marnat, 1990).

La validez concurrente obtenida mediante la correlación de los datos obtenidos mediante el interrogatorio directo de sintomatología clínica de depresión y el BDI, varía desde 0.62 a 0.66 (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993). Mediciones clínicas para pacientes psiquiátricos son reportados como altas a moderadas que van de 0.55 a 0.96  $r=.72$  (Beck et al. 1988). La validez de constructo evaluada por Groth-Marnat (1990) reportó controversia en si el BDI debe ser medida como variable de estado o de rasgo.

El análisis discriminativo encontró que la versión traducida al español del BDI muestra una validez discriminativa alta para los síntomas depresivos (Bonicatto, Dew, Soria 1998) (32).

#### Hamilton de Ansiedad.

La escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A); es una escala hetero-aplicada que evalúa una serie de síntomas y signos ansiosos referidos y evaluados durante la entrevista. Se

trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. Cuenta con valores de fiabilidad buenos-muy buenos (consistencia interna 0.79-0.86 y fiabilidad test-retest 0.64-0.96)

Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. En el caso de trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.

El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
2. Determine para ese síntoma tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
  - a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos periodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.

c) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeora debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

Corrección e interpretación

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: no ansiedad.

- 6-14: ansiedad leve.

-  $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave (33).

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*) MADRS.

La escala Montgomery-Asberg de depresión (MADRS); fue diseñada específicamente para evaluar el cambio en la intensidad de la sintomatología depresiva relacionada con una intervención terapéutica. Cuenta con valores de fiabilidad buenos-muy buenos (consistencia interna 0.76-0.95 y fiabilidad test-retest 0.80-0.95).

La MADRS consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión. Su administración es por parte de un clínico. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4 y 6). Para asignar la puntuación el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente. Presenta la ventaja frente a la HDRS de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes físicos.

#### Corrección e interpretación

Proporciona una puntuación global que se obtiene sumando la puntuación asignada en cada uno de los 10 ítems. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 60 puntos. Los puntos de corte recomendados son los siguientes:

- 0-6: no depresión.
- 7-19: depresión menor.
- 20-34: depresión moderada.
- 35-60: depresión grave.

Otros puntos de corte utilizados en distintos ensayos clínicos son:

- 0-12: no depresión.
- 13-26: depresión leve.
- 27-36: depresión moderada.
- $\geq 37$ : depresión grave (34, 35).

#### HDC: Hoja de datos sociodemográficos y clínicos.

|   |  |
|---|--|
| Edad  |  |
| Género  |  |
| Ocupación   |  |
| Escolaridad   |  |
| Estado civil  |  |
| Edad en la que acudió por primera vez al INPRFM                 |  |
| Edad aproximada a la que presentó síntomas obsesivo compulsivos |  |

8. Procedimiento general de la investigación

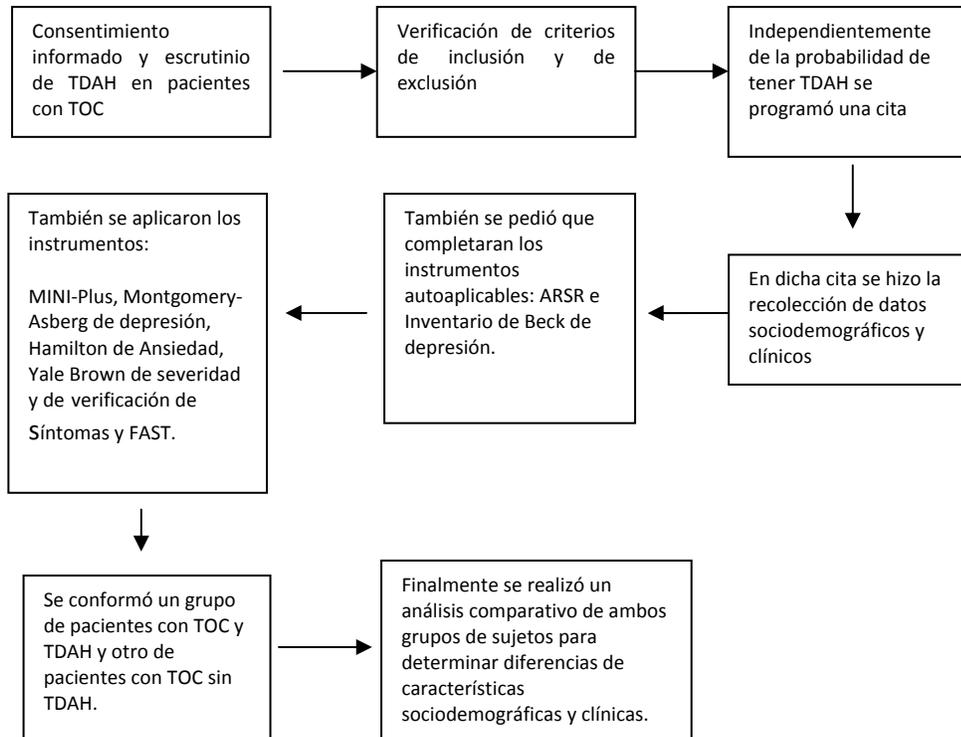
- a) A los pacientes de la *Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro* del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, se les entregó inicialmente una escala de escrutinio para TDAH que consta de dos partes: FASCT-SR y FSCT-O (Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés auto-reporte y versión del observador).

Cabe señalar que la versión del observador de esta escala fue contestada por el familiar acompañante, que no precisamente fue de primer grado. La razón de incluir esta escala con sus dos versiones es porque se sabe que la mejor forma de diagnosticar TDAH es a través del *mejor estimado clínico*, el cual se integra con las perspectivas del paciente, de un familiar, en ocasiones de profesores o compañeros de trabajo y del clínico.

- b) Posteriormente se programó una cita para realizar una evaluación clínica detallada. Esta evaluación tuvo una duración aproximada de 2 horas y no significó ningún costo económico para el participante. Para esta evaluación clínica se les pidió a los pacientes que contestaran los siguientes instrumentos autoaplicables: ARSR (*Adult ADHD Self-Report Scale*) e Inventario de Beck de depresión. Además se aplicó el instrumento MINI-Plus para corroborar tanto la presencia de TDAH, como para buscar otros diagnósticos psiquiátricos, además de la Escala Montgomery-Asberg de depresión, la escala Hamilton de Ansiedad, las escalas Y-BOCS de verificación y de severidad y la escala FAST (Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento) -*Functioning Assessment Short Test*-.

- c) Se conformaron dos grupos de pacientes, uno con TOC y TDAH y otro con TOC sin TDAH.

- d) Finalmente se realizó un análisis comparativo de las características sociodemográficas y clínicas de cada grupo.



## 9. Análisis estadístico

- a) Para determinar diferencias en variables dimensionales y ordinales se usó la *t de student*.
- b) Para determinar diferencias en variables nominales o categóricas se usó la  $\chi^2$  (*chi cuadrada*).
- c) Los resultados del análisis descriptivo se reportaron por medio de frecuencias, promedios y desviaciones estándar.
- d) Para el análisis estadístico, se utilizó el programa *IBM® SPSS® Statistics* versión 20.

## VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

---

Todo paciente incluido en este proyecto aceptó participar de manera voluntaria luego de habersele brindado una explicación detallada del mismo.

Los participantes adultos dieron su consentimiento y los participantes adolescentes su asentimiento y sus padres o tutores firmaron una hoja de consentimiento. A los pacientes adolescentes se les explicó en qué consistiría su participación en el estudio con un lenguaje menos formal que permitiera su comprensión.

Las hojas de consentimiento y asentimiento informado se firmaron por el participante, dos testigos y un médico responsable del proyecto.

La participación de cada paciente en el proyecto no implicó ningún costo económico.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética del INPRFM.

Cuando algún paciente no quiso participar en el proyecto, su atención médica no se vio afectada y no hubo implicaciones negativas en las decisiones de su tratamiento o atención. Aunque ningún paciente se retiró del proyecto, previamente se les explicó que en caso de así desearlo, esto tampoco afectaría su atención.

El tiempo aproximado que cada paciente destinó a su participación en el proyecto fue de dos horas como máximo.

Los datos obtenidos y generados de la investigación fueron utilizados únicamente con fines de investigación. Los participantes dieron su autorización para que los resultados de este estudio fueran integrados a sus expedientes clínicos para que los médicos tratantes los pudieran tomar en consideración, sin garantizar que esto significaría un cambio en sus tratamientos actuales.

En todo momento de la investigación se guardó absoluta confidencialidad de aquellos pacientes que accedieron a participar.

## VIII. CRONONOGRAMA DE ACTIVIDADES

---

| Actividad                                      | R2-2 | R3-1 | R3-2 | R4-1 | R4-2 |
|--|------|------|------|------|------|
| Autorización del proyecto                      | X    |      |      |      |      |
| Recolección de números de expedientes clínicos |      | X    |      |      |      |
| Recolección de datos del expediente clínico    |      | X    |      |      |      |
| Resultados y análisis de la información        |      | X    | X    |      |      |
| Impresión y entrega de proyecto final          |      |      |      | X    |      |

\*R2-2: segundo semestres del segundo año de psiquiatría, R3-1: primer semestre del tercer año de psiquiatría, R3-2: segundo semestre del tercer año de psiquiatría, R4-1: primer semestre del cuarto año de psiquiatría; R4-2: segundo semestre del cuarto año de psiquiatría.

## IX. RESULTADOS

---

Se evaluaron 30 pacientes con diagnóstico primario de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) que acudieron a la *Clínica de TOC y Trastornos del Espectro del INPRFM*; 15 de ellos, también cubrieron los criterios diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

De los pacientes estudiados, 20 (66.7%) fueron hombres y 10 (33.3%) fueron mujeres. En cuanto al estado civil, se identificó que 23 (76.7%) fueron solteros, 4 (13%) casados, 2 (6.7%) vivían en unión libre y 1 (3.3%) estaba divorciado. Con respecto a la escolaridad, 1 (3.3%) tuvo estudios de primaria, 8 (2.7%) de secundaria, 11 (36.7%) de preparatoria, 9 (30%) de licenciatura y 1 (3.3%) de maestría. 12 (40%) de los participantes se dedicaban a estudiar, 10 (33.3%) tenían empleo, 5 (16.7%) estaban desempleados y 3 (10%) se dedicaban a las labores del hogar. (Tabla 1)

| <b>Tabla 1. Características sociodemográficas</b> |                   |          |
|---|-------------------|----------|
|   | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|   | <b>N=30</b>       |          |
| <b>Género</b>                                     |                   |          |
| Masculino   | 20                | 66.7     |
| Femenino  | 10                | 33.3     |
| <b>Estado civil</b>                               |                   |          |
| Soltero   | 23                | 76.7     |
| Unión libre                                       | 2                 | 6.7      |
| Casado  | 4                 | 13.3     |
| Divorciado  | 1                 | 3.3      |
| <b>Escolaridad</b>                                |                   |          |
| Primaria  | 1                 | 3.3      |
| Secundaria  | 8                 | 2.7      |
| Preparatoria                                      | 11                | 36.7     |

|                  |    |      |
|------------------|----|------|
| Licenciatura     | 9  | 30   |
| Maestría         | 1  | 3.3  |
| <b>Ocupación</b> |    |      |
| Desempleado      | 5  | 16.7 |
| Estudiante       | 12 | 40   |
| Hogar            | 3  | 10   |
| Empleado         | 10 | 33.3 |

La edad promedio de los pacientes con TOC fue 28.2 años ( $DE=10.5$ ). La edad promedio en la que acudieron por primera vez a este instituto fue de 26.7 años ( $DE=10.4$ ). La edad promedio de inicio de los síntomas obsesivo compulsivos (SOC's) fue de 15.4 años ( $DE=8.4$ ), como se muestra en la Tabla 2.

| <b>Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con TOC</b> |                 |                          |                               |                               |
|---|-----------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|   | <b>Promedio</b> | <b>N=30</b><br><b>DE</b> | <b>Rango</b><br><b>mínimo</b> | <b>Rango</b><br><b>máximo</b> |
| Edad  | 28.2            | 10.5                     | 15                            | 57                            |
| Edad en la que acudió por 1a vez al INPRFM                        | 26.7            | 10.4                     | 13                            | 55                            |
| Edad de inicio de SOC's   | 15.4            | 8.4                      | 6                             | 40                            |

En cuanto a los síntomas obsesivo-compulsivos, 20 (66.7%) de los pacientes refirieron obsesiones de agresión, 15 (50%) refirió obsesiones de contaminación, 16 (53.3%) refirieron obsesiones de contenido sexual, 9 (30%) obsesiones de atesoramiento, 13 (43.3%) religiosas, 8 (26.7%) de simetría y exactitud, 23 (76.6%) misceláneas y 14 (46.7%) refirieron obsesiones somáticas. Con respecto a las conductas compulsivas, 15 (50%) de los pacientes refirieron compulsiones de lavado, 20 (66.7%) de revisar, 20 (66.7%) de repetir, 8 (26.7%) de contar, 7 (23.3%) de ordenar, 8 (26.7%) de atesorar y 23 (76.7%) misceláneas. Al estudiar los síntomas obsesivo compulsivos desde la perspectiva de análisis factorial, 23 (76.7%) de los participantes refirieron pensamientos obsesivos de agresión, sexuales, religiosos y somáticos asociados a conductas compulsivas de verificación; 3 (10%) refirieron obsesiones de simetría asociadas a conductas compulsivas de ordenar; 3 (10%) refirieron obsesiones de contaminación asociadas a conductas compulsivas de

lavado y 1 (3.3%) refirió síntomas obsesivo compulsivos de atesoramiento. Con respecto a los síntomas predominantes, las obsesiones que refirieron con mayor frecuencia fueron de contenido sexual (8 -26.7%-), seguidas por obsesiones de agresión (7 -23.3%-), después de tipo misceláneas (5 -16.7%-), somáticas y de simetría (3 -10%-) y finalmente de contaminación y religiosas (2 -6.7%). Ningún participante refirió obsesiones de atesorar como síntoma predominante. Las conductas compulsivas predominantes referidas con mayor frecuencia fueron las de tipo misceláneo (10 -33.3%-) y las de revisar (7 -23.3%-), seguidas por las conductas de lavado, de repetir y de ordenar (3 -10%-) y finalmente de atesorar (1 -3.3%-). Ningún participante refirió como compulsión predominante la acción de contar. (Tabla 3)

| <b>Tabla 3. Características de síntomas obsesivo-compulsivos</b> |                   |          |
|--|-------------------|----------|
| <b>Síntomas obsesivo-compulsivos</b>                             | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| <b>Obsesiones</b>  |                   |          |
| Agresión   | 20                | 66.7     |
| Contaminación  | 15                | 50       |
| Sexuales   | 16                | 53.3     |
| Atesorar   | 9                 | 30       |
| Religiosas   | 13                | 43.3     |
| Simetría/exactitud   | 8                 | 26.7     |
| Misceláneas  | 23                | 76.7     |
| Somáticas  | 14                | 46.7     |
| <b>Compulsiones</b>  |                   |          |
| Lavado   | 15                | 50       |
| Revisar  | 20                | 66.7     |
| Repetición   | 20                | 66.7     |
| Contar   | 8                 | 26.7     |
| Ordenar  | 7                 | 23.3     |
| Atesorar   | 8                 | 26.7     |
| Misceláneas  | 23                | 76.7     |
| <b>Factores</b>  |                   |          |

|   |    |      |
|---|----|------|
| Contaminación/lavado                                | 3  | 10   |
| Agresión, sexuales, religiosas, somáticas/revisores | 23 | 76.7 |
| simetría/ordenadores                                | 3  | 10   |
| Atesoradores  | 1  | 3.3  |
| Obsesión principal                                  |    |      |
| Agresión  | 7  | 23.3 |
| Contaminación                                       | 2  | 6.7  |
| Sexuales  | 8  | 26.7 |
| Religiosas  | 2  | 6.7  |
| Simetría  | 3  | 10   |
| Misceláneas   | 5  | 16.7 |
| Somáticas   | 3  | 10   |
| Compulsión principal                                |    |      |
| Lavado  | 3  | 10   |
| Revisar   | 7  | 23.3 |
| Repetir   | 3  | 10   |
| Ordenar   | 3  | 10   |
| Atesorar  | 1  | 3.3  |
| Misceláneas   | 10 | 33,3 |

De los 15 pacientes que además de tener TOC reunieron los criterios diagnósticos de TDAH, 60% fueron hombres, 40% tuvieron estudios de nivel licenciatura, 40% de ellos se dedicaban a estudiar como principal actividad y 66% eran solteros. En cuanto al subtipo de TDAH, 73.3% presentó el subtipo combinado y 26% presentó el subtipo inatento. En ningún participante predominó el subtipo impulsivo/hiperactivo.

En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos el diagnóstico de episodio depresivo mayor actual y pasado fueron los referidos con mayor frecuencia (33.3% y 70%, respectivamente), el diagnóstico de fobia social se encontró en 43.3% de los participantes, el de trastorno de ansiedad generalizada en 30% y el 30% refirió riesgo suicida. Ninguno de los participantes

presentó los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático, anorexia nervosa, trastorno de somatización, hipocondría, trastorno por dolor, trastorno disocial, trastorno adaptativo y trastorno mixto de ansiedad y depresión (Tabla 4).

Se observó también que independiente de los diagnósticos de TOC y TDAH, 2 pacientes no presentaron ningún diagnóstico, 5 pacientes presentaron 1, 8 pacientes presentaron 2 diagnósticos y 15 pacientes presentaron 3 o más diagnósticos.

| <b>Tabla 4. Comorbilidad</b>       |                   |          |
|------------------------------------|-------------------|----------|
| <b>Diagnóstico</b>                 | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Episodio depresivo mayor actual    | 10                | 33.3     |
| Episodio depresivo mayor pasado    | 21                | 70       |
| Trastorno distímico                | 4                 | 13.3     |
| Riesgo suicida                     | 9                 | 30       |
| Episodio maniaco                   | 1                 | 3.3      |
| Trastorno de angustia              | 7                 | 23.3     |
| Agorafobia                         | 2                 | 6.7      |
| Fobia social                       | 13                | 43.3     |
| Fobia específica                   | 5                 | 16.7     |
| Dependencia a alcohol              | 2                 | 6.7      |
| Abuso de sustancias                | 3                 | 10       |
| Dependencia a sustancias           | 1                 | 3.3      |
| Trastorno psicótico                | 4                 | 13.3     |
| Bulimia nervosa                    | 1                 | 3.3      |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 9                 | 30       |
| Trastorno antisocial               | 2                 | 6.7      |
| Trastorno dismórfico corporal      | 2                 | 6.7      |
| Trastorno disfórico premenstrual   | 2                 | 6.7      |

Respecto a los puntajes de los instrumentos clínicos que se utilizaron en este estudio, el promedio de puntaje de la escala Yale-Brown de severidad fue de 22.8 ( $DE=7.3$ ), el puntaje promedio del Inventario de depresión de Beck (IBD) fue 17.7 ( $DE=12.1$ ), el de la escala de depresión de Montgomery-Asberg fue 15.7 ( $DE=9.2$ ), el de la escala de Ansiedad de Hamilton (Ham-A) fue 15.9 ( $DE=8.7$ ) y el puntaje promedio de la Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (FAST) fue 36.9 ( $DE=12.2$ ) (Tabla 5).

| <b>Tabla 5. Puntajes de clinimetría</b> |                 |                    |                         |                         |
|---|-----------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
|   | <b>Promedio</b> | <b>N=30<br/>DE</b> | <b>Rango<br/>mínimo</b> | <b>Rango<br/>máximo</b> |
| <b>Y-BOCS</b>                           | 22.8            | 7.3                | 4                       | 31                      |
| <b>IBD</b>                              | 17.7            | 12.1               | 3                       | 45                      |
| <b>MADRS</b>                            | 15.7            | 9.2                | 4                       | 36                      |
| <b>Ham-A</b>                            | 15.9            | 8.7                | 3                       | 36                      |
| <b>FAST</b>                             | 36.9            | 12.2               | 11                      | 64                      |

En cuanto a la severidad de TOC, depresión y ansiedad se observó que 53.3% de la muestra presentó TOC de intensidad grave, además en base al inventario de depresión de Beck 30% de la muestra no presentó depresión y 30% presentó depresión grave; por otro lado en base a la escala Montgomery-Asberg de depresión, 43.3% de la muestra presentó depresión menor y 50% de los participantes presentó ansiedad de intensidad moderada a grave (Tabla 6).

| <b>Tabla 6. Severidad de TOC, depresión y ansiedad</b> |                   |          |
|--|-------------------|----------|
| <b>Clinimetría</b>                                     | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Severidad de TOC Y-BOCS                                |                   |          |
| Subclínico   | 1                 | 3.3      |
| Leve   | 3                 | 10       |

|                              |    |      |
|------------------------------|----|------|
| Moderada                     | 10 | 33.3 |
| Grave                        | 16 | 53.3 |
| Severidad de depresión IBD   |    |      |
| Sin depresión                | 9  | 30   |
| Leve                         | 10 | 33.3 |
| Moderada                     | 2  | 6.7  |
| Grave                        | 9  | 30   |
| Severidad de depresión MADRS |    |      |
| No depresión                 | 7  | 23.3 |
| Menor                        | 13 | 43.3 |
| Moderada                     | 8  | 26.7 |
| Grave                        | 2  | 6.7  |
| Severidad de ansiedad        |    |      |
| No ansiedad                  | 5  | 16.7 |
| Leve                         | 10 | 33.3 |
| Moderada-grave               | 15 | 50   |

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características sociodemográficas entre el grupo de pacientes con TOC sin TDAH y el grupo de pacientes con TOC y TDAH, como se observa en la Tabla 7.

| <b>Tabla 7. Características sociodemográficas del grupo de pacientes con TOC sin TDAH comparadas con las del grupo de pacientes con TOC y TDAH</b> |                 |                 |           |           |          |
|--|-----------------|-----------------|-----------|-----------|----------|
| <b>Variable</b>  | <b>TOC-TDAH</b> | <b>TOC+TDAH</b> | <b>x2</b> | <b>gl</b> | <b>p</b> |
| <b>Género</b>  |                 |                 |           |           |          |
| Masculino  | 11              | 9               | .60       | 1         | .70      |

|                     |    |    |      |   |     |
|---------------------|----|----|------|---|-----|
| Femenino            | 4  | 6  |      |   |     |
| <b>Estado civil</b> |    |    |      |   |     |
| Soltero             | 13 | 10 | 4.39 | 3 | .22 |
| Unión libre         | 0  | 2  |      |   |     |
| Casado              | 1  | 3  |      |   |     |
| Divorciado          | 1  | 0  |      |   |     |
| <b>Escolaridad</b>  |    |    |      |   |     |
| Primaria            | 0  | 1  | 5.77 | 4 | .21 |
| Secundaria          | 3  | 5  |      |   |     |
| Preparatoria        | 8  | 3  |      |   |     |
| Licenciatura        | 3  | 6  |      |   |     |
| Maestría            | 1  | 0  |      |   |     |
| <b>Ocupación</b>    |    |    |      |   |     |
| Desempleado         | 4  | 1  | 2.53 | 3 | .46 |
| Estudiante          | 6  | 6  |      |   |     |
| Hogar               | 1  | 2  |      |   |     |
| Empleado            | 4  | 6  |      |   |     |

La edad de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos fue significativamente menor en el grupo de pacientes con TOC y TDAH ( $p=.01$ ). Los pacientes con TOC y TDAH acudieron por primera vez al INPRFM buscando atención psiquiátrica a una edad menor que los pacientes con TOC sin TDAH; la edad promedio de los pacientes con TOC y TDAH fue menor que la de los pacientes con TOC sin TDAH (Tabla 8).

| <b>Tabla 8. Características clínicas de los pacientes con TOC sin TDAH en comparación con las características clínicas de los pacientes con TOC y TDAH</b> |                               |                               |          |           |          |
|--|-------------------------------|-------------------------------|----------|-----------|----------|
|  | <b>TOC sin TDAH<br/>x(DE)</b> | <b>TOC con TDAH<br/>x(DE)</b> | <b>t</b> | <b>gl</b> | <b>p</b> |
| Edad   | 29.2 (11.8)                   | 27.2 (9.4)                    | 0.51     | 28        | .61      |
| Edad en la que acudió por 1a vez al INPRFM   | 28.4 (11.9)                   | 25.0 (8.7)                    | 0.86     | 28        | .39      |
| Edad de inicio de SOC's  | 19.2 (10.0)                   | 11.6 (3.9)                    | 2.75     | 28        | .01      |

Los pacientes que presentaron TOC y TDAH de forma comórbida refirieron obsesiones somáticas con mayor frecuencia que los pacientes con TOC sin TDAH ( $p=.003$ ). Los pacientes con TOC y TDAH también refirieron con mayor frecuencia compulsiones de revisar y de atesorar ( $p=.02$  y  $.09$ ) que los pacientes con TOC sin TDAH. No se evidenciaron diferencias significativas al analizar los síntomas obsesivo compulsivos desde una perspectiva de análisis factorial propuesto por Leckman y tampoco cuando se analizaron en base al síntoma predominante (Tabla 9).

| <b>Tabla 9. Comparación de las características de los síntomas obsesivo-compulsivos en el grupo de pacientes con TOC sin TDAH y en el de pacientes con TOC y TDAH</b> |                     |                     |           |           |          |
|---|---------------------|---------------------|-----------|-----------|----------|
| <b>Síntomas</b>   | <b>TOC sin TDAH</b> | <b>TOC con TDAH</b> | <b>x2</b> | <b>gl</b> | <b>p</b> |
| Obsesiones de Agresión  | 10                  | 10                  | .00       | 1         | 1        |
| Obsesiones de Contaminación   | 7                   | 8                   | .13       | 1         | .71      |
| Obsesiones Sexuales   | 7                   | 9                   | .53       | 1         | .46      |
| Obsesiones de Atesorar  | 3                   | 6                   | 1.42      | 1         | .23      |
| Obsesiones Religiosas   | 6                   | 7                   | .13       | 1         | .71      |
| Obsesiones de Simetría/exactitud  | 4                   | 4                   | .00       | 1         | 1        |
| Obsesiones Misceláneas  | 11                  | 12                  | .18       | 1         | .66      |
| Obsesiones Somáticas  | 3                   | 11                  | 8.57      | 1         | .003     |
| Compulsiones de Lavado  | 6                   | 9                   | 1.20      | 1         | .27      |

|   |    |    |      |   |     |
|---|----|----|------|---|-----|
| Compulsiones de Revisar                             | 7  | 13 | 5.40 | 1 | .02 |
| Compulsiones de Repetición                          | 9  | 11 | .60  | 1 | .43 |
| Compulsiones de Contar                              | 3  | 5  | .68  | 1 | .40 |
| Compulsiones de Ordenar                             | 3  | 4  | .18  | 1 | .66 |
| Compulsiones de Atesorar                            | 2  | 6  | 2.72 | 1 | .09 |
| Compulsiones Misceláneas                            | 10 | 13 | 1.67 | 1 | .19 |
| <b>Factores</b>                                     |    |    |      |   |     |
| Contaminación/lavado                                | 2  | 1  | .37  | 1 | .54 |
| Agresión, sexuales, religiosas, somáticas/revisores | 11 | 12 | .18  | 1 | .66 |
| simetría/ordenadores                                | 2  | 1  | .37  | 1 | .54 |
| Atesoradores  | 0  | 1  | 1.03 | 1 | .30 |
| <b>Obsesión principal</b>                           |    |    |      |   |     |
| Agresión  | 3  | 4  | 5.67 | 6 | .46 |
| Contaminación                                       | 2  | 0  |      |   |     |
| Sexuales  | 4  | 4  |      |   |     |
| Atesorar  | 0  | 0  |      |   |     |
| Religiosas  | 1  | 1  |      |   |     |
| Simetría  | 2  | 1  |      |   |     |
| Misceláneas   | 3  | 2  |      |   |     |
| Somáticas   | 0  | 3  |      |   |     |
| <b>Compulsión principal</b>                         |    |    |      |   |     |
| Lavado  | 2  | 1  | 6.28 | 6 | .39 |
| Revisar   | 2  | 5  |      |   |     |
| Repetir   | 1  | 2  |      |   |     |
| Contar  | 0  | 0  |      |   |     |
| Ordenar   | 2  | 1  |      |   |     |
| Atesorar  | 0  | 1  |      |   |     |
| Misceláneas   | 5  | 5  |      |   |     |

Por medio de la MINI-Plus se demostró que los pacientes con TOC y TDAH presentaron con mayor frecuencia el diagnóstico comórbido de abuso de sustancias a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH. No se encontraron diferencias significativas en el resto de los diagnósticos interrogados, aunque presentaron con mayor frecuencia los diagnósticos de episodio depresivo en el pasado, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, fobia específica, dependencia a sustancias, trastornos psicóticos, bulimia nervosa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno dismórfico corporal (Tabla 10).

| <b>Tabla 10. Comparación de comorbilidad de pacientes con TOC sin TDAH y de pacientes con TOC y TDHA</b> |                     |                     |                      |           |          |
|--|---------------------|---------------------|----------------------|-----------|----------|
| <b>Diagnóstico</b>   | <b>TOC sin TDAH</b> | <b>TOC con TDAH</b> | <b>x<sup>2</sup></b> | <b>gl</b> | <b>p</b> |
| Episodio depresivo mayor actual  | 6                   | 4                   | .60                  | 1         | .43      |
| Episodio depresivo mayor pasado  | 10                  | 11                  | .15                  | 1         | .69      |
| Trastorno distímico  | 2                   | 2                   | .00                  | 1         | 1        |
| Riesgo suicida   | 4                   | 5                   | .15                  | 1         | .69      |
| Episodio maniaco   | 0                   | 1                   | 1.03                 | 1         | .30      |
| Trastorno de angustia  | 2                   | 5                   | 1.67                 | 1         | .19      |
| Agorafobia   | 0                   | 2                   | 2.14                 | 1         | .14      |
| Fobia social   | 5                   | 8                   | 1.22                 | 1         | .26      |
| Fobia específica   | 1                   | 4                   | 2.16                 | 1         | .14      |
| Dependencia a alcohol  | 1                   | 1                   | .00                  | 1         | 1        |
| Abuso de sustancias  | 0                   | 3                   | 3.33                 | 1         | .06      |
| Dependencia a sustancias   | 0                   | 1                   | 1.03                 | 1         | .30      |
| Trastorno psicótico  | 1                   | 3                   | 1.15                 | 1         | .28      |
| Bulimia nervosa  | 0                   | 1                   | 1.03                 | 1         | .30      |
| Trastorno de ansiedad generalizada   | 4                   | 5                   | .15                  | 1         | .69      |
| Trastorno antisocial   | 1                   | 1                   | .00                  | 1         | 1        |
| Trastorno dismórfico corporal  | 0                   | 2                   | 2.14                 | 1         | .14      |
| Trastorno disfórico premenstrual   | 1                   | 1                   | .00                  | 1         | 1        |

Por otro lado, como se observa en la tabla 11 los pacientes con TOC y TDAH tuvieron mayor número de diagnósticos, es decir, mayor comorbilidad, a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH ( $p=.027$ ).

| <b>Tabla 11. Comparación del número de diagnósticos que presentaron los pacientes con TOC sin TDAH y los pacientes con TOC y TDAH</b> |  |          |           |          |
|---|--|----------|-----------|----------|
|   | <b>Número de diagnósticos<br/><math>\bar{x}(DE)</math></b> | <b>t</b> | <b>gl</b> | <b>p</b> |
| <b>TOC sin TDAH</b>   | 1.93 (1.22)  | -2.33    | 28        | .027     |
| <b>TOC con TDAH</b>   | 3.47 (2.23)  |          |           |          |

Con respecto a los puntajes de los instrumentos clinimétricos que se utilizaron en el estudio, se observó que al evaluar a los pacientes con TOC y TDAH se obtuvo una puntuación mayor en la escala de severidad de Yale Brown a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH. Se observó también que los pacientes con TOC y TDAH presentaron mayor puntuación en la escala breve de funcionamiento, en la que mayor puntuación sugiere mayor disfunción global (Tabla 12).

| <b>Tabla 12. Comparación de los puntajes clinimétricos de los pacientes con TOC sin TDAH y de los de los pacientes con TOC y TDAH</b> |                                      |                                      |          |           |          |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|----------|-----------|----------|
|   | <b>TOC sin TDAH<br/>Puntaje (DE)</b> | <b>TOC con TDAH<br/>Puntaje (DE)</b> | <b>t</b> | <b>gl</b> | <b>p</b> |
| <b>Y-BOCS de severidad</b>  | 20 (8.4)                             | 25.5 (5.1)                           | -2.14    | 28        | .04      |
| <b>IBD</b>  | 14.3 (11.5)                          | 21.2 (12.1)                          | -1.58    | 28        | .12      |
| <b>MADRS</b>  | 15.4 (9.4)                           | 16 (9.4)                             | -0.17    | 28        | .86      |
| <b>Ham-A</b>  | 15.6 (8.9)                           | 16.2 (8.9)                           | -0.20    | 28        | .83      |
| <b>FAST</b>   | 33.4 (9.7)                           | 40.4 (13.8)                          | -1.60    | 28        | .12      |

| <b>Tabla 13. Comparación de severidad TOC, depresión y ansiedad en los pacientes con TOC y TDAH y en los pacientes con TOC sin TDAH</b> |                   |                 |                      |           |          |
|---|-------------------|-----------------|----------------------|-----------|----------|
| <b>Clinimetría</b>  | <b>TOC - TDAH</b> | <b>TOC+TDAH</b> | <b>x<sup>2</sup></b> | <b>gl</b> | <b>p</b> |
| <b>Severidad de TOC Y-BOCS</b>  |                   |                 |                      |           |          |
| Subclínico  | 1                 | 0               | 5.18                 | 3         | .15      |
| Leve  | 2                 | 1               |                      |           |          |
| Moderada  | 7                 | 3               |                      |           |          |
| Grave   | 5                 | 11              |                      |           |          |
| <b>Severidad de depresión IBD</b>   |                   |                 |                      |           |          |
| Sin depresión   | 7                 | 2               | 7.95                 | 3         | 0.04     |
| Leve  | 4                 | 6               |                      |           |          |
| Moderada  | 2                 | 0               |                      |           |          |
| Grave   | 2                 | 7               |                      |           |          |
| <b>Severidad de ansiedad</b>  |                   |                 |                      |           |          |
| No ansiedad   | 2                 | 3               | .66                  | 2         | .71      |
| Leve  | 6                 | 4               |                      |           |          |
| Moderada-grave  | 7                 | 8               |                      |           |          |
| <b>Severidad de depresión MADRS</b>   |                   |                 |                      |           |          |
| No depresión  | 3                 | 4               | .22                  | 3         | .97      |
| Menor   | 7                 | 6               |                      |           |          |
| Moderada  | 4                 | 4               |                      |           |          |
| Grave   | 1                 | 1               |                      |           |          |
| <b>Severidad de ansiedad</b>  |                   |                 |                      |           |          |
| No ansiedad   | 2                 | 3               | .66                  | 2         | .71      |
| Leve  | 6                 | 4               |                      |           |          |
| Moderada-grave  | 7                 | 8               |                      |           |          |

Finalmente, como se observa en la tabla 13 los pacientes con TOC y TDAH reportaron con mayor frecuencia una intensidad grave de depresión a comparación del grupo con TOC sin TDAH ( $p=0.04$ ). También refirieron con mayor frecuencia severidad grave de TOC y con mayor frecuencia ansiedad moderada-grave a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH.

## X. DISCUSIÓN

---

De acuerdo con los resultados en este estudio que comparó adolescentes y adultos con trastorno obsesivo compulsivo con y sin TDAH, se observaron algunas diferencias en las variables sociodemográficas de todos los participantes, principalmente en cuanto al género y a la ocupación con respecto a lo que se ha reportado en otros estudios nacionales e internacionales para sujetos con TOC. En este estudio se encontró un predominio en el género masculino y un bajo porcentaje de inactividad académica o laboral. En una revisión sistemática de estudios epidemiológicos que incluyó diversas variables sociodemográficas en trastorno obsesivo compulsivo realizada por Fontenelle en 2008, se reportó en 22 de 27 estudios que incluyeron evaluación de género, se reportó una predominancia del género femenino (36). Sin embargo, el predominio de varones se ha reportado cuando la edad de inicio es temprana en una relación de 3:2 a 2:1 con respecto al género femenino (37,38). Esto es importante considerarlo, dado que se han documentado diferencias en la presentación del TOC de acuerdo al género. En un metanálisis realizado por De Mathis en 2011, se reportó que la mayoría de los estudios incluidos, indicaron que los pacientes del género masculino con mayor frecuencia eran solteros, tenían una edad de inicio más temprana de los síntomas obsesivo-compulsivos, tenían con mayor frecuencia un curso crónico, mayor disfunción social, referían con mayor frecuencia síntomas sexuales-religiosos y agresivos y tenían mayor comorbilidad con trastorno por tics y trastornos por uso de sustancias. Mientras que las mujeres presentaron con mayor frecuencia síntomas de contaminación/limpieza y mayor comorbilidad con trastornos alimentarios y de control de impulsos (39). En la muestra del presente estudio se observa un franco predominio del género masculino, lo cual podría explicarse por un lado, por el predominio de dicho género en quienes presentan la comorbilidad de TOC y TDAH y por otro lado, podría también responder a la necesidad de buscar una atención especializada dado que con frecuencia presentan un curso más crónico del TOC, mayor disfunción social, con mayor frecuencia síntomas sexuales-religiosos y agresivos, así como mayor comorbilidad con ciertos trastornos.

Lo reportado en este estudio en cuanto al estado civil es consistente con lo reportado en otros estudios, esto probablemente relacionado al inicio del padecimiento en edades tempranas dificultando la posibilidad de establecer relaciones de pareja.

En relación a lo reportado en el presente estudio en relación a la escolaridad, algunos estudios clínicos han sugerido mayores coeficientes intelectuales y logros académicos como características predominantes en pacientes con TOC (40); además, en un estudio realizado por Degonda en 2003 los sujetos con síntomas obsesivo-compulsivos difirieron de controles al exhibir niveles educativos más altos (41); por otro lado, Mohammadi en 2004 encontró que el TOC era significativamente más común en individuos con educación primaria y secundaria que en iletrados (42). No obstante, Crino en 2005 no encontró diferencias en cuanto a la escolaridad entre quienes tenían TOC y en quienes no lo tenían en una muestra australiana (43). En nuestra muestra la mayoría de los participantes tenían escolaridad de preparatoria, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura internacional y nacional (44).

Con respecto a la ocupación, existen varias líneas que sugieren que el desempleo y la baja productividad económica pudieran asociarse al TOC en muestras clínicas internacionales (Fontenelle, 2004) y epidemiológicas (Karno, 1988; Crum y Anhony, 1993; Grabe, 2000; Mohammadi, 2004; Cilli 2004 y Crino, 2005) (45-49). En el presente estudio 33% de los participantes tenían algún empleo remunerado, lo cual es consistente con la literatura internacional. Aunque aún es cuestionable si un estatus laboral desfavorable pudiera ser una característica del TOC. Por ejemplo, aunque Karno en 1988 describió una asociación moderada entre TOC y bajo estatus laboral, en su estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) la asociación de trastorno mental con desempleo no fue específica para TOC. Además es importante comentar que 40% de nuestra muestra estudiaban como principal actividad, lo cual refleja un bajo porcentaje de inactividad laboral y académica, lo que podría tener relación con el hecho de que los pacientes evaluados en este estudio llevaban en promedio un año y medio en tratamiento lo que pudo haber influido en la recuperación y reincorporación a sus actividades académicas y laborales.

La edad promedio de los pacientes de esta muestra fue 28.2 años, mientras que la edad promedio de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos fue 15.4 años, lo cual es consistente con lo reportado en otros estudios. En el metanálisis antes citado realizado por Fontenelle en 2004 se reportó que la adolescencia tardía es con mayor frecuencia el momento en el que se presentan los síntomas obsesivo compulsivos. Por otro lado, los participantes tardaron 11.3 años en promedio, en buscar atención psiquiátrica especializada, este resultado contrasta con la media de tiempo entre el inicio del padecimiento y la primera evaluación por un especialista que fue de 275 semanas (5.7 años reportado en 2004), menor a lo reportado previamente de 9.4 años en 1997, ambos estudios realizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Esta diferencia, que mostraba en

estudios nacionales previos una tendencia a menor tiempo para búsqueda de atención podría explicarse en relación a lo reportado por Fullana, Mataix-cols y Caspi en 2009 en cuanto a que los síntomas obsesivo-compulsivos que con mayor frecuencia influyen en la búsqueda de atención psiquiátrica son los síntomas de agresión y pensamientos vergonzosos considerados inmorales, los cuales fueron referidos como síntomas principales en el 66% de los participantes de este estudio y a que en la mayoría de los casos, cuando los pacientes con TOC buscan atención especializada es cuando presentan un trastorno depresivo o uno de ansiedad de forma simultánea, probablemente como consecuencia de un curso crónico del TOC (50).

La frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos reportada en esta muestra es similar a lo reportado en la literatura internacional (Fullana, Mataix-cols, Caspi, 2009) y en muestras clínicas mexicanas similares en donde las obsesiones más frecuentes son las de agresión y contaminación que guardan relación con compulsiones de lavado y revisión. Llama la atención la alta frecuencia de obsesiones sexuales como síntoma predominante de la muestra analizada (27%) lo cual corresponde y explica por qué el subtipo por análisis factorial predominante fue el que se ha denominado subtipo revisor por la compulsión principal que incluye obsesiones sexuales, religiosas y agresivas de acuerdo a los subtipos propuestos por Leckman. Otro dato que llama la atención es la elevada frecuencia de síntomas predominantes de tipo misceláneo, identificando principalmente rituales mentales, necesidad de tocar o acariciar y de preguntar y confesar de acuerdo al YBOCS de verificación de síntomas. Por lo que, de alguna manera concuerda el que si los tipos de obsesiones predominantes fueron sexuales y religiosas, que también son conocidas como obsesiones *tabú*, los síntomas compulsivos más comúnmente asociados son los rituales mentales.

En el presente estudio se encontró una comorbilidad esperada con mayor frecuencia de trastornos afectivos y ansiosos, con predominio de trastorno depresivo mayor y fobia social junto con el trastorno de ansiedad generalizada. Fullana, Mataix-cols y Caspi en 2009 reportaron que la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos se asoció a un riesgo incrementado para la mayoría de los trastornos mentales, lo cual fue particularmente evidente para la dimensión de obsesiones vergonzosas. Además, como ya se había mencionado, en el estudio antes citado también se demostró que la mayoría de los pacientes que buscaron atención especializada fue principalmente por presentar algún otro trastorno comórbido, principalmente trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad, como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social y trastorno por estrés postraumático.

Con respecto a la severidad de los principales trastornos psiquiátricos comórbidos, el 30% de los participantes de este estudio no presentó depresión y 30% presentó depresión grave en base al inventario de depresión de Beck, por otro lado, en base a la escala Montgomery-Asberg de depresión, 43.3% de la muestra presentó depresión menor y en base a la escala de ansiedad de Hamilton, 50% de los participantes presentó ansiedad de intensidad moderada a grave, lo cual muestra que aunque la severidad de depresión y ansiedad es considerable, no es tan alta, lo cual podría asociarse al tiempo de tratamiento y de atención en que ya se encontraba la mayoría de los pacientes. Algo que llama la atención en este punto es el puntaje promedio de los participantes en este estudio en la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST), el cual fue 36.9 lo que traduce una disfunción notable en toda la muestra. Esto puede comprenderse mejor si se toma en cuenta un estudio realizado por Alice Aita Cacilhas en 2009 en el que al validar dicho instrumento en una población clínica brasileña con trastorno bipolar, encontró que el puntaje promedio para el grupo de pacientes fue de 26.5 y para el grupo de controles fue de 3 (51).

Al evaluar los resultados al comparar entre aquellos sujetos con y sin el diagnóstico de TDAH, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características sociodemográficas entre el grupo de pacientes con TOC sin TDAH y el grupo de pacientes con TOC y TDAH. Sin embargo, sí hubo un predominio del género masculino en pacientes con TOC y TDAH, este predominio en otros estudios se ha relacionado al inicio temprano del TOC, donde el predominio del género masculino también se ha relacionado a comorbilidad con tics (De Mathis, 2008), la cual no se encontró en este estudio.

Por otro lado, tomando en cuenta estudio previos en los que se analiza la comorbilidad TOC y TDAH en niños y adolescentes, en los que en términos generales se plantea mayor severidad de sintomatología, mayor persistencia del TOC (Walitza, 2008), mayor disfunción psicosocial y mayor comorbilidad (Masi, 2006), se habría esperado una menor escolaridad, menor actividad laboral y ser solteros con mayor frecuencia; sin embargo, al realizar una búsqueda exhaustiva en la literatura internacional de estudios donde se analizaran características clínicas de pacientes con TOC y TDAH, no se obtuvieron resultados, por lo que no fue posible comparar si las características sociodemográficas de este grupo de pacientes, además de la edad, son consistentes con muestras de otros países. Sin embargo, al evaluar el funcionamiento global con el instrumento denominado FAST, el grupo de pacientes con TOC y TDAH sí mostró una tendencia a un menor funcionamiento al compararlos con los pacientes con TOC sin TDAH.

Con respecto a las características clínicas de los pacientes con TOC sin TDAH al compararlas con las de los pacientes con TOC y TDAH, se encontró, de forma consistente con la literatura existente, que la edad de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos fue significativamente menor que en los pacientes sin la comorbilidad y de forma congruente con esto, la edad promedio de los pacientes con TOC y TDAH y la edad en la que acudieron por primera vez a la institución solicitando atención especializada fue también menor.

Los pacientes con TOC y TDAH presentaron de forma significativa, con mayor frecuencia obsesiones somáticas y compulsiones de revisar y de atesorar a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH. Sin embargo, al analizar los síntomas obsesivo-compulsivos en cuanto al síntomas predominante y por factores no hubo diferencias significativas, lo cual es similar a lo reportado por Masi en 2006 en un estudio en el que analizó las características fenotípicas de niños y adolescentes con TOC con y sin TDAH, en el que concluyó que la fenomenología de las obsesiones/compulsiones no se afectó por la comorbilidad con TDAH. Sin embargo, llama la atención que los pacientes con TOC y TDAH de nuestra muestra reportaron con mayor frecuencia compulsiones de atesorar a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH, lo cual podría asociarse a lo reportado por Tolin y Villavicencio en 2011 en un estudio cuyo objetivo fue definir la relación entre las características principales del trastorno de atesoramiento, los síntomas obsesivo-compulsivos y los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad concluyendo que los síntomas de inatención del TDAH, y no los síntomas del TOC, predijeron significativamente la severidad de desordenar, dificultad para desechar y adquirir, siendo este, un argumento que apoya que el Trastorno de Atesoramiento sea considerado como una entidad separada del TOC en el DSM-5 (52).

Como ya se ha mencionado, la comorbilidad TOC y TDAH ha sido poco estudiada siendo una posible explicación a esto, el hecho de asumir que los casos de TOC y TDAH comórbidos resultaban de síntomas de TDAH secundarios al TOC, como inatención secundaria a pensamientos intrusivos obsesivos; por lo que se hipotetizó que el subtipo predominante de TDAH en los participantes de este estudio sería el inatento; sin embargo, esto no fue así, ya que predominó el tipo combinado, lo cual apoya lo reportado por Geller en 2003, en cuanto a que cuando se observan síntomas *TDAH-like* en jóvenes con TOC, lo que se observa es realmente un estado comórbido de TOC más TDAH (53).

En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos se encontró que los pacientes con TOC y TDAH presentaron con frecuencia significativamente mayor el diagnóstico de abuso de

sustancias; también presentaron con mayor frecuencia los diagnósticos de episodio depresivo mayor en el pasado, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, fobia específica, dependencia a sustancias, trastornos psicóticos, bulimia nervosa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno dismórfico corporal. Además los paciente con TOC y TDAH tuvieron casi dos veces más diagnósticos que los pacientes con TOC sin TDAH ( $p=.027$ ). Estos resultados pueden asociarse parcialmente con los reportados por Masi en 2006 en el estudio previamente citado, en que concluyó que los pacientes con TOC y TDAH presentan con mayor frecuencia comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en un proporción similar a la observada en nuestro estudio ( $3.5 \pm 1.3$ ); sin embargo, la comorbilidad reportada por Masi fue distinta, siendo el trastorno bipolar, el trastorno por tics y trastornos de conducta oposicionista desafiante los diagnósticos que presentaron con mayor frecuencia los pacientes con TOC y TDAH a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH. Aunque Masi evaluó niños y adolescentes, en nuestro estudio en el que la mayoría de los participantes fueron adultos se hubieran esperado los diagnósticos de trastorno por tics y el trastorno bipolar, los cuales no se reportaron. Sin embargo, el predominio del diagnóstico de abuso de sustancias en el grupo de pacientes con TOC y TDAH pudiera asociarse a los trastornos de conducta observados en pacientes con TOC y TDAH en edades más tempranas.

En nuestro estudio se encontró que los pacientes con TOC y TDAH presentaron depresión más grave a comparación de los pacientes sin la comorbilidad estudiada. Lo cual es de relevancia para el clínico en cuanto a que probablemente las estrategias terapéuticas que se debieran seguir para este grupo de pacientes, pudieran ser distintas que para los pacientes con TOC sin TDAH, ya que la evidencia de depresión grave se asocia a mayor riesgo suicida, lo cual también guarda relación con los resultados de este estudio ya que por medio de la MINI-Plus en los pacientes con TOC y TDAH se documentó riesgo suicida con mayor frecuencia que en los pacientes con TOC sin TDAH. Kamath y colaboradores en 2006 encontraron que el TOC se asocia a riesgo elevado de conductas suicidas, siendo la depresión y desesperanza los principales correlatos (54). Alonso y colaboradores en 2009 realizaron un estudio prospectivo para analizar el suicidio en pacientes tratados por TOC, en el que concluyeron que si bien, la conducta suicida no es muy común en pacientes con TOC, ésta no debe pasar desapercibida, especialmente en pacientes solteros, con comorbilidad con depresión y con síntomas de simetría y orden (55). Balci y Sevincok en 2010 reportaron que la ideación suicida en pacientes con TOC se asoció a mayor severidad de depresión, obsesiones de agresión, nivel de desesperanza y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos (56).

El presente estudio demuestra diferencias clínicas entre los pacientes que presentan la comorbilidad TOC y TDAH a comparación de quienes presentan TOC sin TDAH, varias de dichas características son consistentes con lo reportado en la literatura internacional y otras representan una nueva propuesta, ya que, hasta nuestro entendimiento, no se han realizado estudios similares a este en población adulta.

Otro aspecto que pudiera considerarse una fortaleza de este estudio, es la forma en la que se realizó el diagnóstico de TDAH; ya que se usó un instrumento de escrutinio de autorreporte y de un observador, luego otro instrumento diagnóstico de autorreporte y finalmente se corroboró por medio de una entrevista estructurada.

Dentro de las limitaciones de este estudio se puede considerar el tamaño de la muestra, que no se consideró el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico llevado por los participantes, quienes en su mayoría ya llevaban poco más de un año en tratamiento por la Clínica de TOC y Trastornos del Espectro de esta institución.

Algo que hubiera sido de suma importancia es la inclusión de datos clínicos de familiares de primer grado, lo cual hubiera contribuido en el tema de la co-segregación familiar que se ha sugerido para los trastornos aquí estudiados.

## XI. CONCLUSIONES

---

Los principales hallazgos de este estudio fueron que los pacientes con TOC y TDAH iniciaron con los síntomas obsesivo-compulsivos a una edad más temprana, refirieron con mayor frecuencia obsesiones somáticas y compulsiones de revisar y atesorar, TDAH tipo combinado, el diagnóstico comórbido de abuso de sustancias, mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, mayor puntuación en la escala YBOCS de severidad y depresión grave a comparación de los pacientes con TOC sin TDAH.

Son pocos los estudios que analizan la comorbilidad de TOC y TDAH a pesar de la extensa evidencia de que la prevalencia entre ellos es alta. Por otro lado, la heterogeneidad de fenotipos de TOC y TDAH requiere la definición de subtipos de endofenotipos que sean representativos de factores de vulnerabilidad heredables asociados a mecanismos etiopatogénicos específicos. Nuestro estudio contribuye a la hipótesis consistente en que la presencia simultánea de TOC y TDAH representa un fenotipo que muestra sintomatología, severidad y persistencia específicas que debe ser tomado en cuenta por los clínicos que tengan como finalidad contribuir de forma sustancial a que los pacientes recuperen o adquieran un mejor funcionamiento y mejor calidad de vida.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Nicolini H, Orozco B, Giuffra L. Age of onset, gender and severity in obsessive-compulsive disorder. A study on a Mexican population. *Salud Mental* 1997;20:1-4.
2. Caraveo-Anduanga J, Colmenares B, Saldivar H. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental* 2000;22:62-67.
3. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 50(4):386–395.
4. Arnold PD, Ickowicz A, Chen S, Schachar R. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder With and Without Obsessive-Compulsive Behaviours: Clinical Characteristics, Cognitive Assessment, and Risk Factors. *Can J Psychiatry* 2005;50:59-66.
5. Swedo S, Rapoport J, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:335-41.
6. Hanna G. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:19-27.
7. Geller D, Biederman J, Griffin S, Jones L, Lefkowitz T. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1637-46.
8. Leonard H, Swedo S, Lenane M, Rettew D, Hamburger S. A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:429-39.
9. Geller D, Biederman J, Faraone SV, Craddock K, Hagermoser L, Zaman N, Frazier JA, Coffey BJ, Spencer TJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders: fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:163-68.
10. Walitza S, Zellmann H, Irblich B, Lange KW, Tucha O, Hemminger U, Wucherer K. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary results of a prospective follow-up study. *J Neural Transm* 2008;115:187-90.
11. Geller D, Petty C, Vivas F, Johnson J, Pauls D, Biederman J. Further evidence for cosegregation between pediatric obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry* 2007; 15:1388-1394.
12. A. L. Palomo Nicolau, O. A. Thought disorders in obsessive-compulsive disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(2):100-102.

13. A.E. Martínez-González. Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de neurología* 2008;46(10):618-625.
14. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. EUA; 1995.
15. I Heyman. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ* 2006; 333: 424–429.
16. Jackie L. Neel. Obsessive-compulsive disorder: Identification, neurobiology, and treatment. *JAOA* 2002; 102 (2): 81-86.
17. Díaz-Heijt R, Mulas F, Forssberg H. Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol* 2006;42(2):19-23.
18. De la Peña F, Palacio JD, Barragán E, Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud* 2010; 8 (1): 95-100.
19. Benaschewski T, Siniatchkin M, Uebel H, Rothenberger A. Compulsive phenomena in children with tic disorder and attention-deficit/hyperactive disorder. *A Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2003; 31:203-211.
20. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comp psych* 2006; 47:42-47.
21. Barkley R. Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD. Part 1. Executive functions and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1064-8.
22. Greigsberg S, McKay D. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorders: a review and treatment implications. *Clin Psychol Rev* 2003; 23:95-117.
23. Geller D, Coffey B, Faraone S, Hagermoser L, Zaman N. Does comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder impact the clinical expression of pediatric obsessive-compulsive disorder? *CNS Spectrums* 2003;8(4):259-264.
24. Vargas L, Palacios L, González G, De la Peña F. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. *Salud Mental* 2008;31:283-289.
25. Stahl, S. M. *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (Second Edition ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2000.
26. Almeida LG, Friederichsen A, Hernández O, Rodríguez R, De la Peña F, Cortés J. Construcción, validez y fiabilidad de la escala de tamizaje "FASCT" para el trastorno por déficit de atención en adultos (versión autoaplicada y del observador). *Actas Españolas de Psiquiatría* 2006; 34(4).

27. Lecrubier Y, Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Willer E, Bonora LI. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-II. *European Psychiatry* 1997; 12:232-241.
28. Bobes J, González MP, Bascarán MT y Ferrando L. Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dirs.). Barcelona: Masson; 1998.
29. Daigre J, Ramos-Quiroga JA, Valero S. Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS-v 1.1 en adultos en tratamiento por trastorno por uso de sustancias. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2009;37(6):299-305.
30. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
31. Rosa A, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007; 3: 5.
32. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.
33. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959; 32: 50-55.
34. Montgomery SA, Asberg M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*. 1979; 134: 382-289.
35. Martínez R, Bourgeois M, Peyre F. Estudio de la validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1991; 11: 9-14.
36. Fontenelle L, Hasler G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2008; 32:1-15.
37. Zohar A, Ratzoni G, Pauls D, Apter A, Bleich A, Kron S, Rappaport M, Weizman A, Cohen D. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31: 1057-1061.
38. Geller D, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Craddock K, Hagermoser L, Kim G, Frazier J, Coffey B. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis*. 2001; 189:471-477.

39. De Mathis MA, de Alvarenga P, Funaro G, Torresan RC, Moraes I, Torres AR, Zilbertman ML, Hounie AG. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literatura review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011; 33(4):390-9.
40. Lewis A. Problems of obsessional illness. *Proc R Soc Med* 1986;29:325–36.
41. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study. XVIII. Obsessive–compulsive disorders and syndromes in the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;243:16–22.
42. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Davidian H, Afzali HM, et al. Prevalence of obsessive–compulsive disorder in Iran. *BMC Psychiatry* 2004;14, 4:2.
43. Crino R, Slade T, Andrews G. The changing prevalence and severity of obsessive–compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2005;162:876–82.
44. Vargas LA, Lóyzaga C, Nicolini H, Orellana F. Dimensión de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo, su relación con las dimensiones de temperamento y carácter y la respuesta a inhibidores de la recaptura de serotonina. Tesis de especialidad en psiquiatría UNAM, 2004.
45. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive–compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res* 2004;38:403–11.
46. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive–compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094–9.
47. Crum RM, Anthony JC. Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive–compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug Alcohol Depend* 1993;31: 281–95.
48. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive– compulsive disorder and subclinical obsessive–compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:262–8.
49. Çilli AS, Telcioglu M, Askin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive–compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry* 2004;45:367–74.
50. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham J, Moffitt T, Poulton R. Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions. *Am J Psychiatry.* 2009; 166:329-336.
51. Cacilhas A, Vieira da Silva P, Ceresér KM, Walz JC, Weyne F, Ribeiro A, Vieta E, Kapczinski F. Validity of a Short Functioning Test (FAST) in Brazilian Outpatients with Bipolar Disorder. *Value in Health.* 2009;12(4):624-7.
52. Tolin D, Villavicencio A. Inattention, But Not OCD, Predicts the Core Features of Hoarding Disorder *Behav Res Ther.* 2011 February 1; 49(2): 120–125.

53. Geller D, Biederman J, Faraone S, Spencer T, Doyle R, Mullin B, Magovcevic M, Zaman N, Farrell C. Re-examining comorbidity of Obsessive Compulsive and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder using an empirically derived taxonomy. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;13:83-91.
54. Kamath P, Reddy J, Kandavel T. Suicidal Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:1741-1750.
55. Alonso P, Segalàs C, Real E, Pertusa A, Labad J, Jiménez-Murcia S, Jaurrieta N, Bueno B, Vallejo J, Menchón JM. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2010;124:300-308.
56. Balci V, Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2010;175:104-108.

### **XIII. ANEXOS**

---

- A) Carta de Consentimiento informado
- B) Carta de Asentimiento informado
- C) Carta de consentimiento informado del padre, madre o tutor en caso de ser el participante adolescente
- D) Hoja de Datos Sociodemográficos y Clínicos
- E) Escala de Tamizaje F.A.S.C.T. para TDAH en Adultos Versión Autorreporte
- F) Escala de Tamizaje F.A.S.C.T. para TDAH en Adultos Versión Observador
- G) ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale
- H) Inventario de Beck de Depresión
- I) Escala de Depresión de Montgomery-Asberg
- J) Escala de Ansiedad de Hamilton
- K) Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST)
- L) Escala de Yale-Brown para Trastorno Obsesivo Compulsivo
- M) MINI-Plus

# TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON Y SIN COMORBILIDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO EN POBLACIÓN CLÍNICA MEXICANA

## *Carta de Consentimiento Informado*

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM) con la finalidad de estudiar las características clínicas de las personas que padecen Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y que también pudieran presentar síntomas de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Su participación en este estudio es completamente voluntaria; en cualquier momento del estudio, usted podría cancelar su participación sin necesidad de explicar sus razones y esto no afectaría su atención en la Clínica de TOC y Trastornos del Espectro ni en el resto de los servicios de esta institución.

Le pedimos que lea cuidadosamente la siguiente información sin dudar en preguntar todo aquello que no comprenda claramente.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un padecimiento neuropsiquiátrico que se caracteriza por obsesiones y compulsiones, cuyo síntoma principal es la ansiedad. Se ha observado en estudios de diferentes países que el TOC puede estar presente simultáneamente con algún otro trastorno psiquiátrico, uno de ellos es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

El TDAH se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad desde la infancia que con frecuencia afectan la funcionalidad de la persona de manera importante.

En estudios de otros países se han reportado diferencias entre quienes padecen TOC sin TDAH en comparación con quienes padecen TOC y TDAH de forma simultánea, en cuanto a la presentación de los síntomas obsesivo-compulsivos, el tratamiento y el pronóstico; sin embargo, estas diferencias aún no han sido estudiadas en nuestro país.

Objetivo del estudio:

Determinar las características clínicas de las personas que padecen TOC en quienes además se identifique la presencia de TDAH en comparación con las personas que sólo padecen TOC.

Procedimiento del estudio:

Si usted acepta formar parte de este estudio, su participación consistirá en contestar un cuestionario de escrutinio para TDAH, llamado Escala FASCT (Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés), que se compone de dos versiones, una es de autorreporte y otra es del observador, la cual preferentemente deberá ser contestada por un familiar acompañante. Posteriormente se realizará una evaluación clínica detallada para la que se programará una entrevista de acuerdo a su disponibilidad y conveniencia. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 2 horas, la cual podrá llevarse a cabo de manera continua o en dos momentos, si usted lo prefiere. Esta evaluación clínica no tendrá ningún costo para usted.

La evaluación consistirá en la aplicación de varios cuestionarios. Uno denominado MINI-Plus que apoya al médico tanto a corroborar el diagnóstico de TDAH, como a determinar otros diagnósticos psiquiátricos en el momento actual. Además se evaluará la severidad y el subtipo clínico del TOC mediante las escalas Yale-Brown de verificación y de severidad para TOC. Se aplicará un instrumento para determinar si existe o no el diagnóstico de depresión y en caso de estar presente, conocer su severidad por medio de la Escala de Montgomery-Asberg. También se evaluará el funcionamiento general mediante una escala llamada FAST: Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (*Functioning Assessment Short Test*). Así mismo, se incluirán en la evaluación otros instrumentos autoaplicables para severidad de la depresión, ansiedad y TDAH tales como, Hamilton de Ansiedad, Inventario de Beck de depresión y ASRS: Escala de auto-reporte de TDAH en el adulto (*Adult ADHD Self-Report Scale*), respectivamente.

Su participación en el presente estudio podría representar ciertos beneficios para usted al determinar la presencia o no del diagnóstico de TDAH, dado que tal información podría ser conocida por su médico tratante para posiblemente considerar estrategias terapéuticas específicas. Además, si lo desea, usted podrá discutir con el responsable del estudio los hallazgos en las entrevistas. Por otro lado, el hecho de conocer las características sobre la coexistencia de TOC y TDAH podría beneficiar a muchas personas.

**Confidencialidad:**

Su identidad se mantendrá confidencial, ya que a su información se le asignará un número de folio y su nombre no será utilizado en ningún informe. Por otro lado, si usted está de acuerdo y nos da su autorización, la información recabada en este estudio podría ser agregada a su expediente clínico.

**Disposiciones Generales:**

Si requiere información adicional o tiene alguna duda al respecto del estudio, puede comunicarse con la Dra. Joyce Belen Bustos Condado o con el Dr. Luis Vargas Álvarez en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la Delegación Tlalpan, de 8 a 17 horas o también al teléfono 4160 5261.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído el presente documento, comprendo de qué se trata el estudio, he hablado directamente con la persona responsable del mismo, quien ha contestado a todas mis preguntas en términos que he podido comprender. Así mismo, autorizo que un familiar responda una parte de un instrumento de escrutinio para TDAH.

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo 1: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo 2: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Investigador Principal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON Y SIN COMORBILIDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO EN POBLACIÓN CLÍNICA MEXICANA**

### *Carta de Ansentimiento Informado (en caso de ser el participante adolescente)*

Te estamos invitando a participar en un estudio de investigación del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM) con la finalidad de estudiar las características clínicas de las personas que padecen Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y que también pudieran presentar síntomas de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Tu participación en este estudio es completamente voluntaria. Esto quiere decir que si tu padre, madre o tutor quiere que tú participes, pero tú no lo deseas, respetaremos tú decisión; no tendrías que explicar tus razones y el hecho de que no aceptes participar, no afectaría tu atención en ningún servicio de esta institución.

Te pedimos que leas cuidadosamente la siguiente información sin dudar en preguntar todo aquello que no comprendas claramente.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un padecimiento neuropsiquiátrico que se caracteriza por obsesiones y compulsiones, cuyo síntoma principal es la ansiedad. Se ha observado en estudios de diferentes países que el TOC puede estar presente simultáneamente con algún otro trastorno psiquiátrico, uno de ellos es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

El TDAH se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad desde la infancia que con frecuencia afectan la funcionalidad de la persona de manera importante.

En estudios de otros países se han reportado diferencias entre quienes padecen TOC sin TDAH en comparación con quienes padecen TOC y TDAH de forma simultánea, en cuanto a la presentación de los síntomas obsesivo-compulsivos, el tratamiento y el pronóstico; sin embargo, estas diferencias aún no han sido estudiadas en nuestro país.

#### Objetivo del estudio:

Determinar las características clínicas de las personas que padecen TOC en quienes además se identifique la presencia de TDAH en comparación con las personas que sólo padecen TOC.

#### Procedimiento del estudio:

Si aceptas formar parte de este estudio, tu participación consistirá en contestar un cuestionario de escrutinio para TDAH, llamado Escala FASCT (Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés), que se compone de dos versiones, una es de autorreporte y otra es del observador, la cual preferentemente deberá ser contestada por un familiar acompañante. Posteriormente se realizará una evaluación clínica detallada para la que se programará una entrevista de acuerdo a tu disponibilidad y conveniencia y a la de tu padre, madre o tutor. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 2 horas, la cual podrá llevarse a cabo de manera continua o en dos momentos, si así lo prefieres. Esta evaluación clínica no tendrá ningún costo para ti, ni para tus familiares.

La evaluación consistirá en la aplicación de varios cuestionarios. Uno denominado MINI-Plus que apoya al médico tanto a corroborar el diagnóstico de TDAH, como a determinar otros diagnósticos psiquiátricos en el momento actual. Además se evaluará la severidad y el subtipo clínico del TOC mediante las escalas Yale-Brown de verificación y de severidad para TOC. Se aplicará un instrumento para determinar si existe o no el diagnóstico de depresión y en caso de estar presente, conocer su severidad por medio de la Escala de Montgomery-Asberg. También se evaluará el funcionamiento general mediante una escala llamada FAST: Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (*Functioning Assessment Short Test*). Así mismo, se incluirán en la evaluación otros instrumentos autoaplicables para severidad de la depresión, ansiedad y TDAH tales

como, Hamilton de Ansiedad, Inventario de Beck de depresión y una Escala de auto-reporte de TDAH, respectivamente.

Tu participación en el presente estudio podría representar ciertos beneficios para ti al determinar la presencia o no del diagnóstico de TDAH, dado que tal información podría ser conocida por tu médico tratante para posiblemente considerar estrategias terapéuticas específicas. Además, si lo deseas, podrás discutir con el responsable del estudio los hallazgos en las entrevistas. Por otro lado, el hecho de conocer las características sobre la coexistencia de TOC y TDAH podría beneficiar a muchas personas.

Confidencialidad:

Tu identidad se mantendrá confidencial, ya que a tu información se le asignará un número de folio y tu nombre no será utilizado en ningún informe. Por otro lado, si estás de acuerdo y nos das tu autorización, la información recabada en este estudio podría ser agregada a tu expediente clínico.

Disposiciones Generales:

Si requieres información adicional o tienes alguna duda al respecto del estudio, puedes comunicarte con la Dra. Joyce Belen Bustos Condado o con el Dr. Luis Vargas Álvarez en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la Delegación Tlalpan, de 8 a 17 horas o también al teléfono 4160 5261.

#### *ASENTIMIENTO INFORMADO*

He leído el presente documento, comprendo de qué se trata el estudio, he hablado directamente con la persona responsable del mismo, quien ha contestado a todas mis preguntas en términos que he podido comprender. Así mismo, autorizo que un familiar responda una parte de un instrumento de escrutinio para TDAH.

#### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**

Nombre del  
paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo  
1: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo  
2: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Investigador  
Principal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON Y SIN COMORBILIDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO EN POBLACIÓN CLÍNICA MEXICANA**

### *Carta de Consentimiento Informado del padre, madre o tutor en caso de ser el participante adolescente*

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio de investigación del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM) con la finalidad de estudiar las características clínicas de las personas que padecen Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y que también pudieran presentar síntomas de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria; en cualquier momento del estudio, el o ella podría cancelar su participación sin necesidad de explicar sus razones y esto no afectaría su atención en la Clínica de TOC y Trastornos del Espectro ni en el resto de los servicios de esta institución.

Le pedimos que lea cuidadosamente la siguiente información sin dudar en preguntar todo aquello que no comprenda claramente.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un padecimiento neuropsiquiátrico que se caracteriza por obsesiones y compulsiones, cuyo síntoma principal es la ansiedad. Se ha observado en estudios de diferentes países que el TOC puede estar presente simultáneamente con algún otro trastorno psiquiátrico, uno de ellos es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

El TDAH se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad desde la infancia que con frecuencia afectan la funcionalidad de la persona de manera importante.

En estudios de otros países se han reportado diferencias entre quienes padecen TOC sin TDAH en comparación con quienes padecen TOC y TDAH de forma simultánea, en cuanto a la presentación de los síntomas obsesivo-compulsivos, el tratamiento y el pronóstico; sin embargo, estas diferencias aún no han sido estudiadas en nuestro país.

Objetivo del estudio:

Determinar las características clínicas de las personas que padecen TOC en quienes además se identifique la presencia de TDAH en comparación con las personas que sólo padecen TOC.

Procedimiento del estudio:

Si su hijo(a) acepta formar parte de este estudio, su participación consistirá en contestar un cuestionario de escrutinio para TDAH, llamado Escala FASCT (Escala Friederichsen, Almeida, Serrano, Cortés), que se compone de dos versiones, una es de autorreporte y otra es del observador, la cual preferentemente deberá ser contestada por un familiar acompañante, que podría ser usted. Posteriormente se realizará una evaluación clínica detallada para la que se programará una entrevista de acuerdo a su disponibilidad y conveniencia y a la de su hijo(a). Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 2 horas, la cual podrá llevarse a cabo de manera continua o en dos momentos, si usted o su hijo(a) lo prefieren. Esta evaluación clínica no tendrá ningún costo.

La evaluación consistirá en la aplicación de varios cuestionarios. Uno denominado MINI-Plus que apoya al médico tanto a corroborar el diagnóstico de TDAH, como a determinar otros diagnósticos psiquiátricos en el momento actual. Además se evaluará la severidad y el subtipo clínico del TOC mediante las escalas Yale-Brown de verificación y de severidad para TOC. Se aplicará un instrumento para determinar si existe o no el diagnóstico de depresión y en caso de estar presente, conocer su severidad por medio de la Escala de Montgomery-Asberg. También se evaluará el funcionamiento general mediante una escala llamada FAST: Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (*Functioning Assessment Short Test*). Así mismo, se incluirán

en la evaluación otros instrumentos autoaplicables para severidad de la depresión, ansiedad y TDAH tales como, Hamilton de Ansiedad, Inventario de Beck de depresión y una Escala de auto-reporte de TDAH, respectivamente.

La participación de su hijo(a) en el presente estudio podría representar ciertos beneficios para él o ella al determinar la presencia o no del diagnóstico de TDAH, dado que tal información podría ser conocida por su médico tratante para posiblemente considerar estrategias terapéuticas específicas. Además, si su hijo(a) o usted lo desean, podrán discutir con el responsable del estudio los hallazgos en las entrevistas. Por otro lado, el hecho de conocer las características sobre la coexistencia de TOC y TDAH podría beneficiar a muchas personas.

**Confidencialidad:**

La identidad de su hijo(a) se mantendrá confidencial, ya que a su información se le asignará un número de folio y su nombre no será utilizado en ningún informe. Por otro lado, si su hijo(a) y usted están de acuerdo y nos dan su autorización, la información recabada en este estudio podría ser agregada a su expediente clínico.

**Disposiciones Generales:**

Si requiere información adicional o tiene alguna duda al respecto del estudio, puede comunicarse con la Dra. Joyce Belen Bustos Condado o con el Dr. Luis Vargas Álvarez en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la Delegación Tlalpan, de 8 a 17 horas o también al teléfono 4160 5261.

***CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR***

He leído el presente documento, comprendo de qué se trata el estudio en el que mi hijo(a) aceptó participar voluntariamente, he hablado directamente con la persona responsable del mismo, quien ha contestado a todas mis preguntas en términos que he podido comprender.

***DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI HIJO(A) PARTICIPE VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ESTUDIO***

Nombre del  
paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de padre, madre o  
tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo  
1: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo  
2: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Investigador  
Principal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

HDC: Hoja de datos sociodemográficos y clínicos.

|   |  |
|---|--|
| No. de folio  |  |
| Edad  |  |
| Género  |  |
| Ocupación   |  |
| Escolaridad   |  |
| Estado civil  |  |
| Edad en la que acudió por primera vez al INPRFM                 |  |
| Edad aproximada a la que presentó síntomas obsesivo-compulsivos |  |

ESCALA DE TAMIZAJE "F.A.S.C.T." PARA TDAH EN ADULTOS  
 VERSIÓN AUTOREPORTE

***Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de preguntas. Seleccione la opción que, en su opinión, describa su comportamiento **a lo largo de su vida**. Dibuje un círculo alrededor del número que corresponda a la opción seleccionada. No existen respuestas buenas o malas; procure no dejar ninguna pregunta sin contestar. La información es estrictamente confidencial.*

|  | Nunca | Rara vez | Algunas veces | La mayor parte del tiempo | Todo el tiempo |
|--|-------|----------|---------------|---------------------------|----------------|
| 1. ¿Preferiría emplearse en un trabajo que requiera mucho movimiento, en lugar de hacerlo en uno en el que deba permanecer quieto?         | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 2. ¿Necesita realizar muchas actividades para poder permanecer quieto posteriormente?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 3. ¿Le es difícil organizar su tiempo, y esto le provoca problemas en su trabajo, casa, familia o escuela?                                 | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 4. ¿Tiene dificultades para terminar a tiempo sus trabajos o actividades?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 5. ¿Se ha dado cuenta, o le han dicho, que tiene problemas para llevar una vida organizada?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 6. ¿Durante el día, cambia constantemente de actividades y deja muchas de ellas sin terminar?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 7. ¿Pierde objetos con frecuencia?   | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 8. ¿Le resulta difícil mantener en orden su lugar de trabajo o su habitación?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 9. ¿Tiene dificultad para encontrar los objetos cuando los necesita?   | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 10. ¿Le ocurre que trata de organizar su horario de actividades diarias y no lo puede cumplir?   | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 11. ¿Tuvo problemas en la escuela? Por ejemplo, expulsiones, años reprobados, promedio bajo o quejas frecuentes por parte de los maestros. | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 12. ¿Tuvo cualquiera de estos rasgos en su infancia: distracción, impulsividad, exceso de actividad o falta de organización?               | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| Total:   |       |          |               |                           |                |

ESCALA DE TAMIZAJE "F.A.S.C.T." PARA TDAH EN ADULTOS  
 VERSIÓN OBSERVADOR

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de preguntas. Seleccione la opción que, en su opinión, describa el comportamiento su familiar, pareja o amigo **a lo largo de su vida**. Dibuje un círculo alrededor del número que corresponda a la opción seleccionada. No existen respuestas buenas o malas; procure no dejar ninguna pregunta sin contestar. La información es estrictamente confidencial.

|   | Nunca | Rara vez | Algunas veces | La mayor parte del tiempo | Todo el tiempo |
|---|-------|----------|---------------|---------------------------|----------------|
| 1. ¿Considera que él o ella necesita emplearse en un trabajo que requiera mucho movimiento, en lugar de uno en el que deba permanecer quieto? | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 2. ¿Cree usted que él o ella necesita hacer muchas actividades para poder permanecer quieto posteriormente?                                   | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 3. ¿Ha notado si a él o a ella le es difícil organizar sus herramientas, instrumentos de trabajo u objetos de casa?                           | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 4. ¿En opinión de usted, a él o a ella le es difícil organizar su tiempo, y esto le provoca problemas en su trabajo, casa, familia o escuela? | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 5. ¿Él o ella tiene dificultades para terminar sus trabajos o actividades a tiempo?   | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 6. ¿Ha notado que él o ella tiene problemas para llevar una vida organizada?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 7. ¿Ha notado que durante el día, él o ella cambia constantemente de actividades y deja muchas de ellas sin terminar?                         | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 8. ¿Sabe si a él o ella, le resulta difícil mantener en orden su lugar de trabajo o su habitación?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 9. ¿Ha notado que él o ella trata de organizar su horario de actividades diarias y no lo puede cumplir?                                       | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 10. ¿El consumo de alcohol le ha provocado a él o a ella problemas de salud, laborales, familiares o legales?                                 | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 11. ¿Sabe si él o ella se ha visto involucrado en problemas legales?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 12. ¿Ha observado que él o ella se enoja fácilmente?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| 13. Cuando las cosas no salen como las ha planeado, ¿él o ella se enoja?  | 0     | 1        | 2             | 3                         | 4              |
| Total:  |       |          |               |                           |                |

**ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale**

Contesta las siguientes preguntas, midiéndote a ti mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta marca con una X en el cuadro que mejor describa cómo te has sentido y comportado **en los últimos seis meses**.

|  | Nunca | Rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Muy frecuentemente |
|--|-------|----------|---------------|----------------|--------------------|
| 1. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes difíciles fueron concluidas?              |       |          |               |                |                    |
| 2. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?                         |       |          |               |                |                    |
| 3. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?   |       |          |               |                |                    |
| 4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, ¿con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?   |       |          |               |                |                    |
| 5. ¿Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentando por mucho tiempo?  |       |          |               |                |                    |
| 6. ¿Con cuánta frecuencia te sientes sobreactivo e impulsado a hacer cosas como si te moviera un motor?  |       |          |               |                |                    |
| 7. ¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?                                      |       |          |               |                |                    |
| 8. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?                                     |       |          |               |                |                    |
| 9. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?                      |       |          |               |                |                    |
| 10. ¿Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para econtrar cosas en la casa o en el trabajo?   |       |          |               |                |                    |
| 11. ¿Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?   |       |          |               |                |                    |
| 12. ¿Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone deberías permanecer sentado?                           |       |          |               |                |                    |
| 13. ¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?   |       |          |               |                |                    |
| 14. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?  |       |          |               |                |                    |
| 15. ¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?  |       |          |               |                |                    |
| 16. Cuando estás en una conversación, ¿con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen? |       |          |               |                |                    |
| 17. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para esperar tu turno en situaciones en las que debes hacerlo?  |       |          |               |                |                    |
| 18. ¿Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?  |       |          |               |                |                    |

## Inventario de Beck

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1  No me siento triste  
 Me siento triste  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme  
 Me siento tan triste e infeliz que ya no lo soporto
  
- 2  No me siento desanimado acerca del futuro  
 Me siento desanimado acerca del futuro  
 Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
  
- 3  No me siento como un fracasado  
 Siento que he fracasado más que otras personas  
 Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos  
 Siento que como persona soy un completo fracaso
  
- 4  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre  
 No disfruto de las cosas como antes  
 Ya no obtengo satisfacción de nada  
 Estoy insatisfecho y molesto con todo
  
- 5  No me siento culpable  
 En algunos momentos me siento culpable  
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable  
 Me siento culpable todo el tiempo
  
- 6  No siento que seré castigado  
 Siento que puedo ser castigado  
 Creo que seré castigado  
 Siento que estoy siendo castigado
  
- 7  No me siento descontento conmigo mismo  
 Me siento descontento conmigo mismo  
 Me siento a disgusto conmigo mismo  
 Me odio a mí mismo
  
- 8  No me siento peor que otros  
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores  
 Me culpo todo el tiempo por mis errores  
 Me culpo por todo lo que sucede
  
- 9  No tengo ninguna idea acerca de suicidarme  
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría  
 Quisiera suicidarme  
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 10  No lloro más que de costumbre  
 Lloro más que antes  
 Lloro todo el tiempo  
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
- 11  Ahora no estoy más irritable que antes  
 Me molesto e irrito más fácilmente que antes  
 Me siento irritado todo el tiempo  
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba
- 12  No he perdido el interés en la gente  
 No me interesa la gente como antes  
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente  
 He perdido todo el interés en la gente
- 13  Tomo decisiones tan bien como siempre  
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes  
 Se me dificulta tomar decisiones  
 No puedo tomar decisiones en nada
- 14  No siento que me vea más feo que antes  
 Me preocupa que me vea viejo y feo  
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo  
 Creo que me veo horrible
- 15  Puedo trabajar tan bien como antes  
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo  
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa  
 No puedo trabajar para nada
- 16  Duermo tan bien como antes  
 No duermo tan bien como antes  
 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme  
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme
- 17  No me canso más de lo habitual  
 Me canso más fácilmente que antes  
 Me canso de hacer casi cualquier cosa  
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa
- 18  Mi apetito es igual que siempre  
 Mi apetito no es tan bueno como antes  
 Casi no tengo apetito  
 No tengo apetito en lo absoluto
- 19  No he perdido peso o casi nada  
 He perdido más de 2.5 kilos  
 He perdido más de 5 kilos  
 He perdido más de 7.5 kilos  
(Estoy a dieta SI NO)
- 20  Mi salud no me preocupa más que antes  
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento

- Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa
- Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa

- 21
- Mi interés en el sexo es igual que antes
  - Estoy menos interesado en el sexo que antes
  - Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
  - He perdido completamente el interés en el sexo

## Escala de Depresión Montgomery-Asberg

En cada apartado, favor de encerrar en un círculo el número de la calificación.

### 1. Tristeza aparente

Significa abandono, pesar y desesperación (más que solamente ánimo decaído transitorio) reflejado en el habla, la expresión facial y la postura. Califique de acuerdo con el grado de incapacidad para alegrarse

- 0) Sin tristeza
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Se mira desanimado, pero se alegra sin dificultad
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Se siente miserable todo el tiempo. Extremadamente abatido

### 2. Tristeza reportada

Representa informes de ánimo depresivo, sin importar que éste se refleje en la apariencia o no. Incluye ánimo deprimido, abandono o el sentimiento de estar lejos del alcance de ayuda y sin esperanza. Calificar con base en la intensidad, duración y límites hasta donde se informe que el humor esté influido por eventos.

- 0) Ocasionalmente triste dependiendo de las situaciones
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Triste o con desánimo, pero puede alegrarse sin dificultad
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Sentimientos persistentes de tristeza y melancolía. El humor es aún determinado por circunstancias externas
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Tristeza continua o invariable, miseria o abandono

### 3. Tensión interna

Son sentimientos de incomodidad patológica, sensación de desastre, torbellino interno, tensión mental que lleva al pánico, la desesperación o la ira. Revisar de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y límite de reafirmación solicitado.

- 0) Plácido. Sólo tensión interna pasajera
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Sentimientos ocasionales de desesperación e incomodidad patológica
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Sentimientos continuos de tensión interna, o pánico intermitente que el paciente puede manejar sólo con algunas dificultades
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Ira o desesperación intolerables. Pánico sobrecogedor

### 4. Insomnio

Significa la experiencia de reducción en la duración o profundidad del dormir del sujeto comparada con el patrón normal cuando se encuentra bien.

- 0) Duerme como siempre
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Ligera dificultad para conciliar el sueño o está ligeramente reducido, superficial o incómodo
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Dormir reducido o perdido en cuando menos dos horas
- 5) Entre 4 y 6

- 6) Menos de dos o tres horas de dormir

#### 5. Hipofagia-hiporexia

Es un sentimiento de pérdida del apetito comparado a cuando está bien. Califique como pérdida del deseo a los alimentos o la necesidad de esforzarse para comer

- 0) Apetito normal o aumentado
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Ligera reducción del apetito
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Sin apetito, la comida es insípida
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Necesita que se le convenza para comer

#### 6. Dificultades en la concentración

Representa problemas para mantener los pensamientos coherentes hasta la pérdida incapacitante de la concentración. Revise con base en la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad producida.

- 0) Ninguna dificultad de concentración
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Dificultades ocasionales para mantener la coherencia de los pensamientos
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Dificultades para concentrarse y mantener el pensamiento, lo cual reduce la capacidad para leer o mantener una conversación
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Incapaz de leer o conversar sin gran dificultad

#### 7. Debilidad

Es una dificultad o enlentecimiento para iniciar y desempeñar las actividades diarias

- 0) Dificilmente tiene alguna dificultad para iniciar. No hay enlentecimiento
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Dificultad para comenzar las actividades
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Dificultad para comenzar las actividades rutinarias simples, las cuales son llevadas a cabo con esfuerzo
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Debilidad completa, incapaz de hacer nada sin ayuda

#### 8. Anhedonia

Significa la experiencia subjetiva del interés disminuido por el entorno o las actividades que normalmente dan placer. La capacidad para reaccionar con emociones adecuadas a las circunstancias o a la gente está reducida

- 0) Interés normal en el entorno y en otras personas
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Capacidad reducida para disfrutar intereses comunes
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Pérdida de interés en el entorno. Disminución de los sentimientos hacia los amigos y conocidos
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapaz de sentir ira, pesar, o placer y una falla completa o incluso dolorosa de tener

sentimientos hacia familiares  
ceranos y amigos

#### 9. Pensamientos pesimistas

Representa sentimientos de culpa, inferioridad, autorreproche, pecaminosidad, remordimiento y ruina.

- 0) Ningún pensamiento pesimista
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Ideas fluctuantes de falla, autorreproche o autodepreciación
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Autoacusaciones persistentes o ideas definitivas aunque racionales de culpa o pecado. Gradualmente pesimista acerca del futuro
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Ideas delirantes de ruina, remordimientos o pecado irremediable. Autoacusaciones que son absurdas e insacudibles.

#### 10. Pensamientos suicidas

Es el sentimiento de que la vida no vale vivirla, que una muerte natural sería bienvenida; pensamientos suicidas y preparación para el suicidio. Los intentos suicidas no deben de influir en sí mismos en la calificación.

- 0) Disfruta de la vida o la toma como viene
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Cansado de la vida. Sólo ideas pasajeras de suicidio
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Probablmente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son comunes y el suicidio se considera como una posible solución, pero sin planes o intentos específicos
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Planes explícitos para el suicidio cuando haya una oportunidad. Preparación activda para el suicidio

Calificación: \_\_\_\_\_

## Escala de Ansiedad de Hamilton

0= ausente, 1= intensidad leve, 2= intensidad media, 3= intensidad fuerte, 4= intensidad máxima

|                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| HUMOR ANSIOSO                | Inquietud, espero lo peor, aprension (anticipación catastrófica), irritabilidad   |  |
| TENSIÓN                      | Sensacion de tensión, fatiga, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad para relajarse  |  |
| MIEDOS                       | A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud  |  |
| INSOMNIO                     | Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos                             |  |
| FUNCIONES INTELECTUALES      | Dificultad de concentración, mala memoria   |  |
| HUMOR DEPRESIVO              | Falta de interés, ya no disfruta con los pasatiempos, depresión, insomnio en la madrugada, variaciones del humor durante el día   |  |
| SÍNTOMAS SOMÁTICOS           | Dolores y cansancio muscular, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado   |  |
| SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES | Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo   |  |
| SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES    | Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles  |  |
| SÍNTOMAS RESPIRATORIOS       | Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea  |  |
| SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES  | Dificultad para tragar, meteorismo, dolor abdominal, sensación de ardor, plenitud abdominal, náusea, vómito, borborigmos, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento |  |
| SÍNTOMAS GENITOURINARIOS     | Micciones frecuentes, urgencia al orinar, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia   |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO | Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea tensional, piloerección   |  |
| COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA   | Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, movimientos rápidos de los tendones, midriasis, exoftalmos |  |

CALIFICACIÓN \_\_\_\_\_

## PRUEBA BREVE DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO (FAST)

**¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?**

Interrogue al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala: (0): Ninguna, (1): Poca, (2): Bastante o (3): Mucha.

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>AUTONOMIA</b>                                   |                 |
| 1. Encargarse de las tareas de la casa             | (0) (1) (2) (3) |
| 2. Vivir solo                                      | (0) (1) (2) (3) |
| 3. Hacer la compra                                 | (0) (1) (2) (3) |
| 4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...) | (0) (1) (2) (3) |
| <b>FUNCIONAMIENTO LABORAL</b>                      |                 |
| 5. Realizar un trabajo remunerado                  | (0) (1) (2) (3) |
| 6. Acabar las tareas tan rápido como era necesario | (0) (1) (2) (3) |
| 7. Trabajar en lo que estudió                      | (0) (1) (2) (3) |
| 8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa       | (0) (1) (2) (3) |
| 9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa | (0) (1) (2) (3) |
| <b>FUNCIONAMIENTO COGNITIVO</b>                    |                 |
| 10. Concentrarse en la lectura, película           | (0) (1) (2) (3) |
| 11. Hacer cálculos mentales                        | (0) (1) (2) (3) |
| 12. Resolver adecuadamente un problema             | (0) (1) (2) (3) |
| 13. Recordar el nombre de gente nueva              | (0) (1) (2) (3) |
| 14. Aprender una nueva información                 | (0) (1) (2) (3) |
| <b>FINANZAS</b>                                    |                 |
| 15. Manejar el propio dinero                       | (0) (1) (2) (3) |
| 16. Hacer compras equilibradas                     | (0) (1) (2) (3) |
| <b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>                  |                 |
| 17. Mantener una amistad                           | (0) (1) (2) (3) |
| 18. Participar en actividades sociales             | (0) (1) (2) (3) |
| 19. Llevarse bien con personas cercanas            | (0) (1) (2) (3) |
| 20. Convivencia familiar                           | (0) (1) (2) (3) |
| 21. Relaciones sexuales satisfactorias             | (0) (1) (2) (3) |
| 22. Capaz de defender los propios intereses        | (0) (1) (2) (3) |
| <b>OCIO</b>  |                 |
| 23. Practicar deporte o ejercicio                  | (0) (1) (2) (3) |
| 24. Tener una afición                              | (0) (1) (2) (3) |

# M.I.N.I. PLUS

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

## MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRICA EVALUACION

Versión en Español 5.0.0

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

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Heguerta, 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-USA  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco, C. Santana

© Copyright 1992-2004 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 M.I.N.I. para su uso personal.

|                                  |  |   |  |
|----------------------------------|--|---|--|
| <b>Nombre del paciente:</b>      |  | <b>Número de protocolo:</b>               |  |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>      |  | <b>Hora en que inició la entrevista:</b>  |  |
| <b>Nombre del entrevistador:</b> |  | <b>Hora en que terminó la entrevista:</b> |  |
| <b>Fecha de la entrevista:</b>   |  | <b>Duración total:</b>                    |  |

| MÓDULOS   | PERÍODO EXPLORADO   | CUMPLE LOS CRITERIOS     | DSM-IV                                     | ICD-10            |
|---|---|--------------------------|--|-------------------|
| A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR  | Actual (2 semanas)  | <input type="checkbox"/> | 296.20-296.26                              | Único F32.x       |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 296.30-296.36                              | Recidivante F33.x |
| TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA               | Actual  | <input type="checkbox"/> | 293.83                                     | F06.xx            |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 293.83                                     | F06.xx            |
| TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS                      | Actual  | <input type="checkbox"/> | 29x.xx                                     | none              |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 29x.xx                                     | none              |
| EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS   | Actual (2 semanas)  | <input type="checkbox"/> | 296.20-296.26                              | Único F32.x       |
|   |   |                          | 296.30-296.36                              | Recurrente F33.x  |
| B TRASTORNO DISTÍMICO   | Actual (Últimos 2 años)   | <input type="checkbox"/> | 300.4                                      | F34.1             |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 300.4                                      | F34.1             |
| C RIESGO DE SUICIDIO  | Actual (Último mes)   | <input type="checkbox"/> | ninguno                                    | ninguno           |
|   | Riesgo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto |                          |  |                   |
| D EPISODIO MANÍACO  | Actual  | <input type="checkbox"/> | 296.00-296.06                              | F30.x-F31.9       |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 296.00-296.06                              | F30.x-F31.9       |
| EPISODIO HIPOMANÍACO  | Actual  | <input type="checkbox"/> | 296.80-296.89                              | F31.8-F31.9/F34.0 |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 296.80-296.89                              | F31.8-F31.9/F34.0 |
| BIPOLAR II DISORDER   | Actual  | <input type="checkbox"/> | 296.89                                     | F31.8             |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 296.89                                     | F31.8             |
| EPISODIO MANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA                             | Actual  | <input type="checkbox"/> | 293.83                                     | F06.30            |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 293.83                                     | F06.30            |
| EPISODIO HIPOMANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA                         | Actual  | <input type="checkbox"/> | 293.83                                     | ninguno           |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 293.83                                     | ninguno           |
| EPISODIO MANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS                                    | Actual  | <input type="checkbox"/> | 291.8-292.84                               | ninguno           |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 291.8-292.84                               | ninguno           |
| EPISODIO HIPOMANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS                                | Actual  | <input type="checkbox"/> | 291.8-292.84                               | ninguno           |
|   | Pasado  | <input type="checkbox"/> | 291.8-292.84                               | ninguno           |
| E TRASTORNO DE ANGUSTIA   | Actual (Último mes)   | <input type="checkbox"/> | 300.01/300.21                              | F40.01-F41.0      |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 300.01/300.21                              | F40.01-F41.0      |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA | Actual  | <input type="checkbox"/> | 293.89                                     | F06.4             |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA INDUCIDO POR SUSTANCIAS        | Actual  | <input type="checkbox"/> | 291.8-292.89                               | ninguno           |
| F AGORAFOBIA  | Actual  | <input type="checkbox"/> | 300.22                                     | F40.00            |
| G FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)                               | Actual (Último mes)   | <input type="checkbox"/> | 300.23                                     | F40.1             |
| H FOBIA ESPECÍFICA  | Actual  | <input type="checkbox"/> | 300.29                                     | F40.2             |
| I TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)                                       | Actual (Último mes)   | <input type="checkbox"/> | 300.3                                      | F42.8             |
|   | TOC DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA  | <input type="checkbox"/> | 293.89                                     | F06.4             |
|   | TOC INDUCIDO POR SUSTANCIAS   | <input type="checkbox"/> | 291.8-292.89                               | none              |
| J ESTADO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO   | Actual (Último mes)   | <input type="checkbox"/> | 309.81                                     | F43.1             |
| K DEPENDENCIA DE ALCOHOL  | Últimos 12 Meses  | <input type="checkbox"/> | 303.9                                      | F10.2x            |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 303.9                                      | F10.2x            |
| ABUSO DE ALCOHOL  | Últimos 12 Meses  | <input type="checkbox"/> | 305.00                                     | F10.1             |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 305.00                                     | F10.1             |
| L DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas)                                | Últimos 12 Meses  | <input type="checkbox"/> | 304.00-90/305.20-90                        | F11.0-F19.1       |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 304.00-90/305.20-90                        | F11.0-F19.1       |
| ABUSO DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas)  | Últimos 12 Meses  | <input type="checkbox"/> | 304.00-90/305.20-90                        | F11.0-F19.1       |
| M TRASTORNOS PSICOTICOS   | 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/<br>293.89/298.8/298.9 |                   |
| TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS                      | Actual  | <input type="checkbox"/> | 296.24                                     | F32.3/F33.3       |
| ESQUIZOFRENIA   | Actual  | <input type="checkbox"/> | 295.10-295.60                              | F20.xx            |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 295.10-295.60                              | F20.xx            |
| TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO   | Actual  | <input type="checkbox"/> | 295.70                                     | F25.x             |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 295.70                                     | F25.x             |
| TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME   | Actual  | <input type="checkbox"/> | 295.40                                     | F20.8             |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 295.40                                     | F20.8             |
| TRASTORNO PSICÓTICO BREVE   | Actual  | <input type="checkbox"/> | 298.8                                      | F23.80-F23.81     |
|   | De por Vida   | <input type="checkbox"/> | 298.8                                      | F23.80-F23.81     |

|   |   |                          |                          |               |                       |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---------------|-----------------------|
|   | TRASTORNO DELIRANTE   | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 297.1         | F22.0                 |
|   |   | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 297.1         | F22.0                 |
|   | TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA                        | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 293.xx        | F06.0-F06.2           |
|   |   | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 293.xx        | F06.0-F06.2           |
|   | TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS                               | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 291.5-292.12  | none                  |
|   |   | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 291.5-292.12  | none                  |
|   | TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO                                       | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 298.9         | F29                   |
|   |   | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 298.9         | F29                   |
|   | TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS                    | De por Vida              | <input type="checkbox"/> |               | F31.X3/F31.X2/F31.X5  |
|   | TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO NO ESPECIFICADO                            | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 296.90        | F39                   |
|   | EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS                          | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 296.24        | F33.X3                |
|   |   | Pasado                   | <input type="checkbox"/> | 296.24        | F33.X3                |
|   | TRASTORNO BIPOLAR I CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS                               | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 296.04-296.64 | F31.X2/F31.X5         |
|   |   | Pasado                   | <input type="checkbox"/> | 296.04-296.64 | F31.X2/F31.X5         |
| N | ANOREXIA NERVIOSA   | Actual (Últimos 3 Meses) | <input type="checkbox"/> | 307.1         | F50.0                 |
| O | BULIMIA NERVIOSA  | Actual (Últimos 3 Meses) | <input type="checkbox"/> | 307.51        | F50.2                 |
|   | BULIMIA NERVIOSA TIPO PURGATIVO   | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 307.51        | F50.2                 |
|   | BULIMIA NERVIOSA TIPO NO-PURGATIVO  | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 307.51        | F50.2                 |
|   | ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO                              | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 307.1         | F50.0                 |
|   | ANOREXIA NERVIOSA, TIPO RESTRICTIVO                                       | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 307.1         | F50.0                 |
| P | TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA  | Actual (Últimos 6 Meses) | <input type="checkbox"/> | 300.02        | F41.1                 |
|   | TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA         | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 293.89        | F06.4                 |
|   | TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA INDUCIDO POR SUSTANCIAS                | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 291.8-292.89  | none                  |
| Q | TRASTORNO ANTISOCIAL de la PERSONALIDAD                                   | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 301.7         | F60.2                 |
| R | TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN   | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 330.81        | F45.0                 |
|   |   | Actual                   | <input type="checkbox"/> |               |                       |
| S | HIPOCONDRIA   | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 300.7         | F45.2                 |
| T | TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL   | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 300.7         | F45.2                 |
| U | TRASTORNO POR DOLOR   | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 300.89/307.8  | F45.4                 |
| V | TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)                                       | Últimos 12 Meses         | <input type="checkbox"/> | 312.8         | F91.8                 |
| W | TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Niños/Adolescentes) | Últimos 6 Meses          | <input type="checkbox"/> | 314.00/314.01 | F90.0/F90.9/<br>F98.8 |
|   | TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Adultos)            | De por Vida              | <input type="checkbox"/> | 314.00/314.01 | F90.0/F98.8           |
|   |   | Actual                   | <input type="checkbox"/> |               |                       |
| X | TRASTORNOS ADAPTATIVOS  | Actual                   | <input type="checkbox"/> | 309.xx        | F43.xx                |
| Y | TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL  | Actual                   | <input type="checkbox"/> |               |                       |
| Z | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD y DEPRESIÓN                                   | Actual                   | <input type="checkbox"/> |               |                       |

## ADVERTENCIA

AUNQUE EL PACIENTE TENGA UN CLARO ESTRESOR QUE PUEDA AGRAVAR SUS SÍNTOMAS, PRIMERO EXPLORE TODOS LOS OTROS DIAGNÓSTICOS. NUNCA USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE CUALQUIERA OTRO DE LOS TRASTORNOS.

# INSTRUCCIONES GENERALES

---

La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18.7 \pm 11.6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos luego de una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. La M.I.N.I. Plus es una edición más detallada de la M.I.N.I. Síntomas que sean mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deberán de MARCAR se como positivos en la M.I.N.I.

## ENTREVISTA:

Para mantener la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

## PRESENTACION:

La M.I.N.I. está dividida en **módulos** identificados por letras, cada una corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas “**filtro**” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

## CONVENIOS:

*Las oraciones escritas en « letra normal »* deben ser leídas “palabra por palabra” al paciente de modo a regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

*Las oraciones escritas en « MAYÚSCULAS »* no deben de leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas en « **negrita** »* indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Solo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado, deben ser considerados al marcar las respuestas.

*Respuestas con una flecha encima (➡)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso, el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, circular « **NO** » en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una *barra(/)* el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, las preguntas, M20-M23).

*Frases en (paréntesis)* son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta

## INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser marcadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta con un círculo SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse que cada dimensión de la pregunta haya sido tomada en cuenta por el paciente (por ejemplo, período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben marcarse sí, en la M.I.N.I.  
La M.I.N.I. Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

---

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento, o información acerca de los últimos cambios en la M.I.N.I. se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
tel : +1 813 974 4544  
fax : +1 813 947 4575  
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S.  
INSERM U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE  
tel : +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, MD  
IAP  
Velazquez 156,  
28.002 Madrid, España  
Tfn.: +91 5644718  
Fax : +91 4115432  
e-mail: [iap@lander.es](mailto:iap@lander.es)

Marelli Soto, M.D.  
University of South Florida  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
tel : +1 813 974 4544  
fax : +1 813 974 4575  
e-mail: mon0619@aol.com

## A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PARA PACIENTES QUE PAREZCEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SOSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

- 1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1–M18).
- 2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19–M23).
- 4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y CODIFIQUE DE ACUERDO.

|                     |    |   |    |    |
|---------------------|----|---|----|----|
| A1                  | a. | ¿ <b>Alguna vez</b> , se ha sentido consistentemente deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días, por un período de por lo menos dos semanas?                 | NO | SÍ |
| <b>SI A1a = SÍ:</b> |    |   |    |    |
|                     | b. | ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?   | NO | SÍ |
| A2                  | a. | ¿ <b>Alguna vez</b> , ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban por un período de por lo menos dos semanas? | NO | SÍ |
| <b>SI A2a = SÍ</b>  |    |   |    |    |
|                     | b. | ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?                                     | NO | SÍ |
| ➡                   |    |   |    |    |
|                     |    | ¿MARCÓ SÍ EN A1a O EN A2a?  | NO | SÍ |

SI ESTÁ DEPRIMIDO EN LA ACTUALIDAD (A1b O A2b = SÍ): EXPLORE ÚNICAMENTE EL EPISODIO ACTUAL  
SI NO: EXPLORE EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

**A3 En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:**

|   |  | <u>Episodio Actual</u> |    | <u>Episodio Pasado</u> |    |
|---|--|------------------------|----|------------------------|----|
| a | ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días?<br>¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej. variaciones en el último mes de $\pm$ 5% de su peso corporal ó $\pm$ 8 libras ó $\pm$ 3.5 kgr., para una persona de 160 libras/ 70 kgr.)?<br>MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO                     | SÍ | NO                     | SÍ |
| b | ¿Tenía 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 | NO                     | SÍ |
| 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 | NO                     | SÍ |
| d | ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?  | NO                     | SÍ | NO                     | SÍ |
| e | ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?   | NO                     | SÍ | NO                     | SÍ |

SI **A3e** = **SÍ**: PIDA UN EJEMPLO.

LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON IDEAS DELIRANTES.  No  Sí

- f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO SÍ | NO SÍ
- g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? NO SÍ | NO SÍ
- A4 ¿MARCÓ **SÍ** EN 3 O MAS RESPUESTAS DE **A3** (O 4 RESPUESTAS DE **A3**, SI MARCÓ **NO** EN **A1a** O **A2a** PARA EPISODIO PASADO O SI MARCÓ **NO** EN **A1b** OR **A2b** PARA EPISODIO ACTUAL)?   
 NO SÍ | NO SÍ

VERIFIQUE QUE LOS SINTOMAS MARCA DOS COMO POSITIVOS OCCURRIERON DURANTE EL MISMO PERIODO DE 2 SEMANAS.

SI MARCÓ **NO** EN **A4** PARA EPISODIO ACTUAL ENTONCES EXPLORE DE **A3a** A **A3g** PARA EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMATICO.

- A5 ¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o de alguna otra forma importante?   
 NO SÍ
- A6 ¿Estos síntomas se deben totalmente a la pérdida de un ser querido (duelo) y son similares en gravedad, nivel de deterioro y duración, a lo que padecerían la mayoría de las personas en circunstancias similares?   
 NO SÍ
- ¿SE HA EXCLUÍDO UN DUELO NO COMPLICADO? NO SÍ
- A7 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?   
  No  Sí
- b ¿Había padecido alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?   
  No  Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.

**A7 (RESUMEN):** ¿SE HA DESCARTADO ALGUNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ INCIERTO

- A8 MARCAR **SÍ**, SI **A7 (RESUMEN)** = **SÍ** O **INCIERTO**.  
ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

| NO                              | SÍ                       |
|---------------------------------|--------------------------|
| <b>Episodio Depresivo Mayor</b> |                          |
| Actual                          | <input type="checkbox"/> |
| Pasado                          | <input type="checkbox"/> |

- A9 MARCAR **SÍ**, SI **A7b** = **SÍ** Y **A7 (RESUMEN)** = **NO**.  
ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

| NO   | SÍ                       |
|--|--------------------------|
| <b>Trastorno del Estado del Ánimo Debido a una enfermedad médica</b> |                          |
| Actual   | <input type="checkbox"/> |
| Pasado   | <input type="checkbox"/> |

A10 MARCAR SÍ, SI A7a = SÍ Y A7 (RESUMEN) = NO.

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

| NO  | SÍ                       |
|---|--------------------------|
| <i>Trastorno del Estado del Ánimo Inducido por sustancias</i> |                          |
| Actual  | <input type="checkbox"/> |
| Pasado  | <input type="checkbox"/> |

#### CRONOLOGÍA

A11 ¿Que edad tenía cuando comenzó a tener síntomas de depresión?

edad

A12 ¿A lo largo de su vida cuántas veces ha tenido estos síntomas depresivos (diariamente por al menos 2 semanas)?

## EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)

➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, PONER UN CIRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE MARCA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A8 = SÍ, ACTUAL), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A13 a ¿MARCÓ SÍ EN A2?

NO SÍ

b ¿Durante el período mas grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?

NO SÍ

#### SI NO, VERIFIQUE LA RESPUESTA PREGUNTANDO:

¿Cuando algo bueno le sucede, falla en hacerlo sentirse mejor aunque sea temporalmente?



¿MARCÓ SÍ EN A13a o A13b?

NO SÍ

A14 Durante las últimas dos semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente a la forma de sentir cuando alguien cercano a usted se ha muerto?

NO SÍ

b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?

NO SÍ

c ¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para quedarse dormido otra vez?

NO SÍ

d ¿MARCÓ SÍ EN A3c (RETARDACIÓN O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?

NO SÍ

e ¿MARCÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?

NO SÍ

f ¿Se sentía excesivamente culpable, o era su sentimiento de culpa fuera de lo normal proporcion a la realidad de la situación?

NO SÍ

¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A14?

|  |    |
|--|----|
| NO   | SÍ |
| <b>Episodio Depresivo Mayor<br/>con<br/>Síntomas Melancólicos<br/>Actual</b> |    |

**SUBTIPOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
- Grave con síntomas psicóticos
- En remisión parcial
- En remisión total
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- Con inicio en el postparto
- Con patrón estacional
- Con recuperación interepisódica total
- Sin recuperación interepisódica parcial

Marque todas las que apliquen.

- 296.21/296.31
- 296.22/296.32
- 296.23
- 296.24
- 296.25
- 296.26
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

SI A8 O A9 O A10 = SÍ, SALTE A RIESGO DE SUICIDIO ➡

## B. TRASTORNO DISTÍMICO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

*Si en la actualidad los síntomas del paciente cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor, NO explore distimia actual, pero sí explore distimia en el PASADO. Asegúrese de que la distimia pasada explorada no es uno de los episodios de depresión mayor, y que ocurrió separada de cualquier episodio de depresión mayor por al menos dos meses de completa remisión. [APLIQUE ESTA REGLA SOLO SI ESTÁ INTERESADO EN EXPLORAR DEPRESIÓN DOBLE.]*

ESPECIFIQUE QUE PERÍODO DE TIEMPO ES EXPLORADO:

- Actual
- Pasado

|    |   |   |    |    |
|----|---|---|----|----|
|    |   | ➡ |    |    |
| B1 | ¿En los últimos dos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?<br>(O SI EXPLORA DISTIMIA PASADA: "¿En el pasado, se ha sentido triste, desanimado o deprimido por dos años consecutivos?") | ➡ | NO | SÍ |
|    |   |   |    | 22 |
| B2 | ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en el que se ha sentido bien?   |   | NO | SÍ |
|    |   |   |    | 23 |

**B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:**

- |   |   |  |    |    |    |
|---|---|--|----|----|----|
| a | ¿Cambió su apetito de una manera significativa?   |  | NO | SÍ | 24 |
| b | ¿Tuvo dificultad para dormir, o durmió en exceso? |  | NO | SÍ | 25 |
| c | ¿Se sintió cansado o sin energía?                 |  | NO | SÍ | 26 |
| d | ¿Perdió la confianza en sí mismo?                 |  | NO | SÍ | 27 |

|    |   |    |    |    |
|----|---|----|----|----|
| e  | ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?   | NO | SÍ | 28 |
| f  | ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?   | NO | SÍ | 29 |
|    | ¿MARCÓ 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 | 30 |
| B5 | ¿Usaba drogas o medicamentos antes del comienzo de los síntomas?  |    |    |    |
|    | ¿Padecía de alguna condición antes del comienzo de los síntomas?  |    |    |    |
|    | A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE?                                     |    |    |    |
|    | ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?   | NO | SÍ | 31 |

¿MARCÓ SÍ EN B5?

CRONOLOGÍA

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| NO                         | SÍ                       |
| <b>TRASTORNO DISTÍMICO</b> |                          |
| Actual                     | <input type="checkbox"/> |
| Pasado                     | <input type="checkbox"/> |

B6 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los síntomas de depresión por dos años consecutivos?  edad 32

## C. RIESGO DE SUICIDIO

**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 suicidarse?                                       | NO | SÍ | 3 |
| C4 | ¿Ha planeado en como suicidarse?                                 | NO | SÍ | 4 |
| C5 | ¿Ha intentado suicidarse?  | NO | SÍ | 5 |

**En el transcurso de su vida:**

|    |                                      |    |    |   |
|----|--------------------------------------|----|----|---|
| C6 | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | NO | SÍ | 6 |
|----|--------------------------------------|----|----|---|

¿MARCÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI AFIRMATIVO, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) MARCAR CON UN CIRCULO “SÍ” Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

| NO                        | SÍ                                |
|---------------------------|-----------------------------------|
| <b>RIESGO DE SUICIDIO</b> |                                   |
| 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, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PARA PACIENTES QUE PARECEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SOSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

- 1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1–M18).
- 2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19–M23).
- 4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS (HIPO)MANÍACOS NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y MARQUE DE ACUERDO.

|                       |   |  |    |    |   |
|-----------------------|---|--|----|----|---|
| D1                    | a | ¿ <b>Alguna vez</b> , ha tenido un período 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?<br>(No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol)   | NO | SÍ | 1 |
| SI AFIRMATIVO EN D1a: |   |  |    |    |   |
|                       | b | ¿ <b>Actualmente</b> se siente “exaltado”, “eufórico”, o lleno de energía?<br><br><i>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON “EXALTADO” O “EUFORICO”, CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: LO QUE QUEREMOS DECIR CON “EXALTADO” O “EUFORICO” ES; UN ESTADO DE SATISFACCION ALTO, LLENO DE ENERGIA, 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 MOTIVACION O EL COMPORTAMIENTO IMPULSIVO.</i> | NO | SÍ | 2 |
| D2                    | a | ¿Ha estado usted <b>alguna vez</b> persistentemente irritado por 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 mas irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas en situaciones que incluso usted creía justificadas?  | NO |    | 3 |
| SI AFIRMATIVO EN D2a: |   |  |    |    |   |
|                       | b | ¿ <b>Actualmente</b> se siente excesivamente irritable?  | NO | SÍ | 4 |
|                       |   | ¿MARCÓ SÍ EN D1a O EN D2a?   | NO | SÍ |   |

D3 SI **D1b** O **D2b** = **SÍ**: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO **ACTUAL**  
 SI **D1b** O **D2b** = **NO**: EXPLORAR EL EPISODIO **PASADO** MAS SINTOMÁTICO

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

|  | Episodio Actual |    | Episodio Pasado |    |    |
|--|-----------------|----|-----------------|----|----|
| a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?<br>SI <b>SI</b> , PIDA EJEMPLOS.<br>LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON UNA IDEA DELIRANTE. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | NO              | SÍ | NO              | SÍ | 5  |
| b ¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?  | NO              | SÍ | NO              | SÍ | 6  |
| c ¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?  | NO              | SÍ | NO              | SÍ | 7  |
| d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?   | NO              | SÍ | 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 | NO              | SÍ | 9  |
| f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?   | NO              | SÍ | NO              | SÍ | 10 |
| g ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (por ejemplo, se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente, o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?   | NO              | SÍ | NO              | SÍ | 11 |
| <b>D3 (RESUMEN):</b> ¿MARCÓ <b>SÍ</b> EN <b>3</b> O MAS RESPUESTAS DE <b>D3</b> ?<br>(O <b>4</b> SI <b>D1a</b> ES <b>NO</b> PARA EPISODIO PASADO O <b>D1b</b> ES <b>NO</b> PARA EPISODIO ACTUAL)?<br>REGLA: EXALTADO/EUFORICO REQUIERE SOLAMENTE TRES SINTOMAS DE <b>D3</b> MIENTRAS QUE ESTADO DEL ANIMO IRRITABLE POR SI SOLO REQUIERE <b>4</b> DE LOS SINTOMAS DE <b>D3</b> . | NO              | SÍ | NO              | SÍ |    |

VERIFIQUE SI LOS SINTOMAS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERIODO TIEMPO.

- D4 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?  
 No  Sí
- b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?  
 No  Sí

A JUICIO DEL ENTEVISTADOR/A<sup>123</sup>: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL EPISODIO (HIPO)MANÍACO DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.

**D4 (RESUMEN):** ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ INCIERTO 12

D5 ¿Duraron estos síntomas por menos una semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fué usted hospitalizado a causa de estos problemas? NO SÍ NO SÍ 13

SI MARCÓ NO EN D5 PARA EPISODIO ACTUAL, ENTONCES EXPLORE D3, D4 Y D5 PARA EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO.

D6

SI D3 (RESUMEN) = SÍ Y D4 (RESUMEN) = SÍ O INCIERTO Y D5 = NO, Y NO DESCRIBIÓ UNA IDEA DELIRANTE EN D3a, MARQUE SÍ PARA EPISODIO HIPOMANÍACO.

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| NO                          | SÍ                       |
| <b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b> |                          |
| Actual                      | <input type="checkbox"/> |
| Pasado                      | <input type="checkbox"/> |

D7 SI D3 (RESUMEN) = SÍ Y D4 (RESUMEN) = SÍ O INCIERTO Y D5 = SÍ O DESCRIBIÓ UNA IDEA DELIRANTE EN D3a, MARQUE SÍ PARA EPISODIO MANÍACO.

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| NO                      | SÍ                       |
| <b>EPISODIO MANÍACO</b> |                          |
| Actual                  | <input type="checkbox"/> |
| Pasado                  | <input type="checkbox"/> |

D8 MARQUE SÍ, SI D3 (RESUMEN) Y D4b Y D5 = SÍ Y D4 (RESUMEN) = NO

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

|   |                          |
|---|--------------------------|
| NO  | SÍ                       |
| <b>Episodio (Hipo) Maníaco Debido a una Enfermedad Médica</b> |                          |
| Actual  | <input type="checkbox"/> |
| Pasado  | <input type="checkbox"/> |

D9 MARQUE SÍ, SI D3 (RESUMEN) Y D4a Y D5 = YES Y D4 (RESUMEN)= NO

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

|  |                          |
|--|--------------------------|
| NO   | SÍ                       |
| <b>Episodio (Hipo) Maníaco Inducido por Sustancias</b> |                          |
| Actual   | <input type="checkbox"/> |
| Pasado   | <input type="checkbox"/> |

SI D8 O D9 = SÍ, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.

### SUBTIPOS

Ciclos Rápidos

En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido cuatro o más episodios en los cuales se ha alterado su estado de ánimo?

|                       |    |
|-----------------------|----|
| NO                    | SÍ |
| <b>Ciclos Rápidos</b> |    |

Episodio Mixto

SI EL PACIENTE CUMPLE CRITERIOS TANTO DE UN EPISODIO MANÍACO COMO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS POR UN PERÍODO DE UNA SEMANA.

|                       |    |
|-----------------------|----|
| NO                    | SÍ |
| <b>Episodio Mixto</b> |    |

Patrón Estacional  
EL COMIENZO Y REMISION, O EL CAMBIO DE DEPRESION A MANIACO O  
HIPOMANIACO CONSISTENTEMENTE OCURRE EN UNA EPOCA ESPECIFICA DEL  
AÑO.

|                              |    |
|------------------------------|----|
| NO                           | SÍ |
| <i>Con Patrón Estacional</i> |    |

Con recuperación interepisódica total.

¿Se recuperó totalmente entre los dos episodios mas recientes?

|  |    |
|--|----|
| NO   | SÍ |
| <i>Con Recuperación Interepisódica Total</i> |    |

CIRCULE UNA

EL EPISODIO MAS RECIENTE ERA **MANÍACO** / **HIPOMANÍACO** / **MIXTO** / **DEPRESIVO**

**SEVERIDAD**

- |           |                               |                          |
|-----------|-------------------------------|--------------------------|
| <b>X1</b> | Leve                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>X2</b> | Moderado                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>X3</b> | Grave sin síntomas psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| <b>X4</b> | Grave con síntomas psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| <b>X5</b> | En remisión parcial           | <input type="checkbox"/> |
| <b>X6</b> | En remisión total             | <input type="checkbox"/> |

**CRONOLOGÍA**

- D10 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas maníacos/hipomaníacos?  edad
- D11 ¿Desde el inicio de los síntomas, en cuántas ocasiones tuvo síntomas significativos maníacos/hipomaníacos?

## E. TRASTORNO DE ANGUSTIA (TRASTORNO DE ATAQUE DE PANICÓ)

(➡ SIGNIFICA: PASAR A E6, E7 Y E8, CIRCULAR NO EN TODAS Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |   |  |         |    |
|----|---|--|---------|----|
| 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? | ➡<br>NO | SÍ |
|    | b | ¿Estas crisis o ataques, alcanzan su máximo nivel en los primeros 10 minutos?  | ➡<br>NO | SÍ |
| E2 |   | ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma inesperada o sin provocación?  | ➡<br>NO | SÍ |
| E3 |   | ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?   | NO      | SÍ |
| E4 |   | Durante la peor crisis que usted puede recordar:   |         |    |
|    | a | ¿Sentía que su corazón saltaba latidos, latía más fuerte o más rápido?   | NO      | SÍ |
|    | b | ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?   | NO      | SÍ |
|    | c | ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?   | NO      | SÍ |
|    | d | ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?  | NO      | SÍ |
|    | e | ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?  | NO      | SÍ |
|    | f | ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?  | NO      | SÍ |
|    | g | ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?  | NO      | SÍ |
|    | h | ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?   | NO      | SÍ |
|    | 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 |
|    | j | ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?  | NO      | SÍ |
|    | k | ¿Tenía miedo de que se estaba muriendo?  | NO      | SÍ |
|    | l | ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?  | NO      | SÍ |
|    | m | ¿Tenía una sensación de calor en el cuerpo o en la cara, o escalofríos?  | NO      | SÍ |
|    |   | <b>E4 (RESUMEN): ¿MARCÓ SI EN 4 O MAS RESPUESTAS DE E4?</b>  | NO      | SÍ |

E5 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?  
 No  Sí

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?  
 No  Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA DEL PACIENTE?

**E5 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?  
SI MARCÓ NO EN E5 (RESUMEN), SALTE A E9.**

NO SÍ

E6 ¿MARCÓ SÍ EN E3 Y E4 (RESUMEN) Y E5 (RESUMEN)?

NO SÍ  
*TRASTORNO DE  
ANGUSTIA  
DE POR VIDA*

E7 SI E6 = NO, ¿MARCÓ SÍ EN 1, 2 O 3 SÍNTOMAS DE E4a-m?

NO SÍ  
*CRISIS CON SÍNTOMAS  
LIMITADOS  
ACTUAL*

E8 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones ( 2 o más ), seguidas de miedo a que recurrieran?

NO SÍ  
*TRASTORNO DE  
ANGUSTIA  
ACTUAL*

(SI ESTO ES NEGADO POR EL PACIENTE—VERIFIQUE REPASANDO LOS SÍNTOMAS ENDOSADOS EN E4).

E9 ¿MARCÓ SÍ EN E3 Y E4 (RESUMEN) Y EN E5b Y MARCÓ NO EN E5 (RESUMEN)?

|   |    |
|---|----|
| NO  | SÍ |
| <i>Trastorno de Ansiedad con<br/>Crisis de Angustia Debido a una<br/>Enfermedad Médica<br/>ACTUAL</i> |    |

E10 ¿MARCÓ SÍ EN E3 Y E4 (RESUMEN) Y EN E5a Y MARCÓ NO EN E5 (RESUMEN)?

|  |    |
|--|----|
| NO   | SÍ |
| <i>Trastorno de Ansiedad con<br/>Crisis de Angustia<br/>Inducido por Sustancias<br/>ACTUAL</i> |    |

#### CRONOLOGÍA

E11 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los primeros síntomas de crisis de angustia?

edad

E12 ¿Durante el pasado año, qué tanto por ciento del tiempo tuvo síntomas significativos de crisis de angustia o la preocupación de tener otro ataque?

## 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 el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil? | NO | SÍ |
|----|--|----|----|

SI F1 = NO, CIRCULE NO EN F2 Y EN F3.

F2      ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre a través de ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?

|    |  |    |    |
|----|--|----|----|
| F3 | ¿ <b>Actualmente</b> , teme o evita estas situaciones o lugares? | NO | SÍ |
|----|--|----|----|

**AGORAFOBIA  
ACTUAL**

¿MARCÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA?

MARQUE SOLO SI SÍ  
F2  de por vida F3  actual

¿MARCÓ **SÍ** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA?

E6  de por vida      E8  actual

F4 a    ¿MARCÓ **SÍ** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, ACTUAL (E8),

Y

MARCÓ **NO** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3)?

|    |    |
|----|----|
| NO | SÍ |
|----|----|

*Trastorno de Angustia, Actual  
sin  
AGORAFOBIA*

b    ¿MARCÓ **SÍ** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, ACTUAL (E8),

Y

MARCÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3)?

|    |    |
|----|----|
| NO | SÍ |
|----|----|

*Trastorno de Angustia, Actual  
con historial de  
AGORAFOBIA*

c    ¿MARCÓ **NO** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA (E6),

Y

MARCÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3)?

|    |    |
|----|----|
| NO | SÍ |
|----|----|

*AGORAFOBIA, ACTUAL  
sin historial de  
Trastorno de Angustia*

d ¿MARCÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3),  
 Y MARCÓ **NO** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, ACTUAL (E8),  
 Y MARCÓ **SÍ** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA (E6)?

**NO** **SÍ**  
**AGORAFOBIA, ACTUAL**  
 Sin historial de Trastorno de  
 Angustia Actual  
 pero con historial de Trastorno  
 de Angustia Pasado

e ¿MARCÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3),  
 Y MARCÓ **NO** EN CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS (E7)?

**NO** **SÍ**  
**AGORAFOBIA, ACTUAL**  
 sin historial de  
 Crisis con Síntomas Limitados

CRONOLOGÍA

F5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer o a evitar estas situaciones (agorafobia)?

edad

F6 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo un miedo significativo o evitó estas situaciones (agorafobia)?

## G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo esten 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 lo mira o el estar en situaciones sociales.

➡  
**NO** **SÍ**

G2 ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?

➡  
**NO** **SÍ**

G3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre a través de ellas?

➡  
**NO** **SÍ**

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**  
**FOBIA SOCIAL**  
 (Trastorno de Ansiedad Social)  
**ACTUAL**

### SUBTIPOS

Temió o evitó 4 o mas situaciones sociales?

**NO** **SÍ**

SI AFIRMATIVO → **fobia social generalizada (trastorno de ansiedad social)**

SI NO → **fobia social (trastorno de ansiedad social) no generalizada**

CRONOLOGÍA

- G5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer situaciones sociales?  edad
- G6 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo un miedo significativo a situaciones sociales?
- 

## H. FOBIA ESPECÍFICA

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |  |  |    |
|----|--|--|----|
| H1 | ¿El pasado mes, ha sentido un miedo excesivo a las siguientes cosas: a volar, a conducir, a las alturas, a las tormentas, a los animales, a los insectos, o a ver sangre o agujas? | ➡<br>NO  | SÍ |
| H2 | ¿Es este temor excesivo o irracional?  | ➡<br>NO  | SÍ |
| H3 | ¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre a través de ellas?   | ➡<br>NO  | SÍ |
| H4 | ¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en su funcionamiento social o es la causa de intensa molestia?  | <b>NO</b> <b>SÍ</b><br><br><i><b>FOBIA ESPECÍFICA<br/>ACTUAL</b></i> |    |

CRONOLOGÍA

- H5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer o a evitar esta situación?  edad
- H6 ¿Durante el pasado año, cuantas veces ha temido esta situación?
-

## I. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |  |           |    |
|----|--|-----------|----|
| I1 | <p>¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. la idea de estar sucio, contaminado o tener microbios, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en forma impulsiva, 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.)</p> <p>(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLOGICOS 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.)</p> | NO        | SÍ |
|    |  | ➡ Ir a I4 |    |

|    |  |           |    |
|----|--|-----------|----|
| I2 | <p>¿Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?</p> | NO        | SÍ |
|    |  | ➡ Ir a I4 |    |

|    |  |    |                   |
|----|--|----|-------------------|
| I3 | <p>¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?</p> | NO | SÍ                |
|    |  |    | <b>obsesiones</b> |

|    |   |    |                     |
|----|---|----|---------------------|
| I4 | <p>¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos?</p> | NO | SÍ                  |
|    |   |    | <b>compulsiones</b> |

|  |                                 |   |    |    |
|--|---------------------------------|---|----|----|
|  | <p>¿MARCÓ SÍ EN I3 O EN I4?</p> | ➡ | NO | SÍ |
|--|---------------------------------|---|----|----|

|    |  |   |    |    |
|----|--|---|----|----|
| I5 | <p>¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?</p> | ➡ | NO | SÍ |
|----|--|---|----|----|

|    |   |    |    |
|----|---|----|----|
| I6 | <p>¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de una manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?</p> | NO | SÍ |
|----|---|----|----|

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| I7 a | <p>¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí</p> |  |  |
|------|--|--|--|

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| b | <p>¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí</p> |  |  |
|---|--|--|--|

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DEL PACIENTE?

|   |    |    |
|---|----|----|
| <p><b>I7 (RESUMEN):</b> ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?</p> | NO | SÍ |
|---|----|----|

¿MARCÓ **SÍ** EN **I6** Y **I7** (**RESUMEN**)?

|   |           |
|---|-----------|
| <b>NO</b>                                       | <b>SÍ</b> |
| <b>Trastorno Obsesivo Compulsivo<br/>ACTUAL</b> |           |

I8 ¿MARCÓ **SÍ** EN **I6** Y EN **I7b**  
Y MARCÓ **NO** EN **I7** (**RESUMEN**)?

|  |           |
|--|-----------|
| <b>NO</b>  | <b>SÍ</b> |
| <b>Trastorno Obsesivo Compulsivo<br/>ACTUAL</b><br>Debido a una Enfermedad<br>Médica |           |

I9 ¿MARCÓ **SÍ** EN **I6** Y EN **I7a**  
Y MARCÓ **NO** EN **I7** (**RESUMEN**)?

|   |           |
|---|-----------|
| <b>NO</b>   | <b>SÍ</b> |
| <b>Trastorno Obsesivo Compulsivo</b><br>Inducido por Sustancias<br>Actual |           |

**CRONOLOGÍA**

I10 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas obsesivo-compulsivos?

edad

I11 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo síntomas obsesivo-compulsivos?

## J. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |  |         |    |
|----|--|---------|----|
| J1 | ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático incluyendo muerte, amenaza de muerte, daños graves a usted o a alguien más?  | ➡<br>NO | SÍ |
|    | EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMATICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACION, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHEN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADAVER, MUERTE SUBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTROFE NATURAL. |         |    |
| I2 | Reaccionó con un miedo intenso, desamparado ó horrorizado?   | NO<br>➡ | SÍ |
| J3 | ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?   | NO      | SÍ |
| J4 | <b>En el último mes:</b>   |         |    |
| a  | ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?   | NO      | SÍ |
| b  | ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?  | NO      | SÍ |
| c  | ¿Ha disminuído su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?   | NO      | SÍ |
| d  | ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?  | NO      | SÍ |
| e  | ¿Ha notado que su estado emocional esta entumecido?  | NO      | SÍ |
| 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 |
|    | <b>J4 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J4?</b>  | ➡<br>NO | SÍ |
| J5 | <b>Durante el último mes:</b>  |         |    |
| a  | ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?   | NO      | SÍ |
| b  | ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?   | NO      | SÍ |
| c  | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?   | NO      | SÍ |
| d  | ¿Ha estado nervioso o constantemente alerta?   | NO      | SÍ |
| e  | ¿Se ha sobresaltado fácilmente?  | NO      | SÍ |
|    | <b>J5 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE J5?</b>  | ➡<br>NO | SÍ |
| J6 | ¿Durante el último mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad?   | NO      | SÍ |

¿MARCÓ SÍ EN J6?

NO

SÍ

*Estado por Estrés  
Postraumático*  
ACTUAL

CRONOLOGÍA

- J7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los primeros síntomas de estado por estrés postraumático?  edad
- J8 ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántos períodos ha tenido con síntomas de estado por estrés postraumático?
- J9 ¿Durante el pasado año, cuantos meses tuvo síntomas significativos de estado por estrés postraumático?
-

## K. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |  |         |    |
|----|--|---------|----|
| K1 | ¿En los últimos doce meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en 3 o más ocasiones? | ➡<br>NO | SÍ |
|----|--|---------|----|

**K2 En los últimos doce meses:**

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

¿MARCÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **K2**?

\* SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS K3, MARQUE UN CIRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO.

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| NO                                   | ➡<br>SÍ * |
| <b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b> |           |

**K3 En los últimos doce 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?<br>¿Esto le ocasionó algún problema?<br>(MARQUE <b>SÍ</b> , SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.) | NO | SÍ |
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que correa un riesgo físico, (ej. conducir un automóvil, motocicleta, bote, o utilizar una máquina, etc).?  | NO | SÍ |
| c | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, o perturbación del orden público?  | NO | SÍ |
| d | ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?  | NO | SÍ |

¿MARCÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?

NO N/A SÍ  
**ABUSO DE ALCOHOL  
ACTUAL**

## K. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL DE POR VIDA

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

K4 ¿**Alguna vez**, ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en 3 ó más ocasiones? ➡  
NO SÍ

K5 **Durante su vida:**

a ¿Ha consumido mas alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? NO SÍ

b ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, le temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado?  
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, (ej. temblores, sudores, o agitación)? NO SÍ

MARCAR SÍ, SI CONTESTO SÍ A ALGUNA.

c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? NO SÍ

e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? NO SÍ

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su uso de alcohol? NO SÍ

g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? NO SÍ

¿MARCÓ SÍ EN 3 Ó MÁS RESPUESTAS DE K5?

\* SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS K6, MARQUE UN CIRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO (DEPENDENCIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS).

NO SÍ \*  
**DEPENDENCIA DE  
ALCOHOL  
DE POR VIDA**

**Durante su vida:**

- |      |  |    |    |
|------|--|----|----|
| K6 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?<br>¿Esto le ocasionó algún problema?<br>(MARQUE <b>SÍ</b> , SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMS.) | NO | SÍ |
| b    | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corra un riesgo físico, (ej. conducir un automóvil, motocicleta, bote, o utilizar máquina, etc.)?  | NO | SÍ |
| c    | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, o perturbación del orden público?   | NO | SÍ |
| d    | ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?   | NO | SÍ |

¿MARCÓ **SÍ** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K6?

|                         |     |    |
|-------------------------|-----|----|
| NO                      | N/A | SÍ |
| <b>ABUSO DE ALCOHOL</b> |     |    |
| <b>DE POR VIDA</b>      |     |    |

---

## L. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar / leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

- |      |   |         |    |
|------|---|---------|----|
| L1 a | ¿ <b>Alguna vez</b> , ha tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? | ➡<br>NO | SÍ |
|------|---|---------|----|

**CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:**

**Estimulantes:** anfetaminas, “speed”, cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, “speedball”.

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD (ácido) mescalina, peyota, PCP (polvo de ángel, “peace pill”), “psilocybin”, STP, hongos, éxtasi, MDA, MDMA.

**Inhalantes:** pegamento, “éther”, óxido nitroso, (“laughing gas”), “amyl” o “butyl nitrate” (“poppers”).

**Mariguana:** hashish, THC, pasto, hierba, mota, “reefer”.

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal (“reds”), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, “Miltown”  
Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

**Otras drogas:** Esteroides , pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

ESPECIFIQUE LA DROGA(S) MAS A MENUDO: \_\_\_\_\_

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS QUE HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS USADAS MAS A MENUDO, SON ES REVISADAS.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR L2 Y L3 SEGÚN SEA NECESARIO)

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER REVISADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

**L2 Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a lo largo de su vida,**

- |                                     |  |    |    |
|-------------------------------------|--|----|----|
| a                                   | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?  | NO | SÍ |
| b                                   | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudores, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia ) o para sentirse mejor? | NO | SÍ |
| MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA |  |    |    |
| c                                   | ¿Ha notado que cuando usted usaba (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?   | NO | SÍ |
| d                                   | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pero ha fracasado?   | NO | SÍ |
| e                                   | ¿Los días que utilizaba (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) empleaba mucho tiempo ( > 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?   | NO | SÍ |
| f                                   | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?  | NO | SÍ |
| g                                   | ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?  | NO | SÍ |

¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

\* SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS L3 Y L4, MARQUE UN CIRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO.

|                              |      |
|------------------------------|------|
| NO                           | SÍ * |
| <b>DEPENDENCIA DE DROGAS</b> |      |
| <b>DE POR VIDA</b>           |      |

- |      |   |    |    |
|------|---|----|----|
| L3 a | ¿Ha usado (droga mas usada, cualquier droga) en los últimos 12 meses? | NO | SÍ |
| b    | ¿MARCÓ SÍ PARA 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?      | NO | SÍ |

¿MARCÓ SÍ EN L3a Y b?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

\* SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS L4, MARQUE UN CIRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO.

|   |                          |      |
|---|--------------------------|------|
| NO                                      | <input type="checkbox"/> | SÍ * |
| <b>DEPENDENCIA DE DROGAS<br/>ACTUAL</b> |                          |      |

**Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en los últimos doce meses:**

- |      |   |    |    |
|------|---|----|----|
| L4 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (nombre de la droga / clase de drogas 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?<br>(CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ |
| b    | ¿Ha estado intoxicado con (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en alguna situación en la que corra un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, motocicleta, bote, o utilizar una máquina, etc.)?   | NO | SÍ |
| c    | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto o perturbación del orden público?   | NO | SÍ |
| d    | ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?  | NO | SÍ |

¿MARCÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L4?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

|                                   |                          |     |                          |    |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| NO                                | <input type="checkbox"/> | N/A | <input type="checkbox"/> | SÍ | <input type="checkbox"/> |
| <b>ABUSO DE DROGAS<br/>ACTUAL</b> |                          |     |                          |    |                          |

CRONOLOGÍA

L5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener problemas con el abuso de drogas?

edad

## M. TRASTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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 MARCAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS IMAGINAREAS CALIFICAN COMO “EXTRAÑAS” O RARAS.

LAS IDEAS IMAGINAREAS SON “EXTRAÑAS” O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, 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 MAS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

TODAS LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE DEBEN SER MARCADAS EN LA COLUMNA A. UTILIZE LA COLUMNA A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A (COLUMNA B) SOLO SI EL CLÍNICO SABE POR EVIDENCIA EXTERNA (POR EJEMPLO, INFORMACIÓN PROVISTA POR LA FAMILIA) QUE LOS SÍNTOMAS ESTÁN PRESENTES PERO SON NEGADOS POR EL PACIENTE.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

|    |   | COLUMNA A<br>Respuesta del Paciente  |    |           | COLUMNA B<br>A Juicio del Entrevistador/a<br>(si es necesario) |    |           |   |
|----|---|--|----|-----------|--|----|-----------|---|
|    |   | NO   | SÍ | EXTRAÑOS  | NO   | SÍ | EXTRAÑOS  |   |
| M1 | a |  |    | SÍ        |  |    | SÍ        | 1 |
|    | b |  |    | SÍ<br>➔M6 |  |    | SÍ<br>➔M6 | 2 |
|    |   | NOTA:PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.   |    |           |  |    |           |   |
| M2 | a |  |    | SÍ        |  |    | SÍ        | 3 |
|    | b |  |    | SÍ<br>➔M6 |  |    | SÍ<br>➔M6 | 4 |
|    |   | SI AFIRMATIVO: ¿Actualmente cree usted esto?   |    |           |  |    |           |   |
| M3 | a |  |    | SÍ        |  |    | SÍ        | 5 |
|    |   | ¿Alguna vez ha creído, que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos 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 PSICOTICO.   |    |           |  |    |           |   |
|    | b |  |    | SÍ<br>➔M6 |  |    | SÍ<br>➔M6 | 6 |
|    |   | SI AFIRMATIVO: ¿Actualmente cree usted esto?   |    |           |  |    |           |   |
| M4 | a |  |    | SÍ        |  |    | SÍ        | 7 |
|    |   | ¿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?            |    |           |  |    |           |   |
|    | b |  |    | SÍ<br>➔M6 |  |    | SÍ<br>➔M6 | 8 |
|    |   | SI AFIRMATIVO: ¿Actualmente cree usted esto?   |    |           |  |    |           |   |

|     |   |   |    |    |           |    |           |    |
|-----|---|---|----|----|-----------|----|-----------|----|
| M5  | a | ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?<br>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. MARCAR SI SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS IMAGINAREAS (POR EJEMPLO, DE GRANDIOSIDAD, HYPOCONDRIA, RUINA, CULPA U OTROS NO EXPLORADOS DE <b>M1</b> A <b>M4</b> ).                       | NO | SÍ | SÍ        | SÍ | SÍ        | 9  |
|     | b | SI AFIRMATIVO: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?  | NO | SÍ | SÍ        | SÍ | SÍ        | 10 |
| M6  | a | ¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?<br>LAS ALUCINACIONES SON MARCADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLO SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:<br><br>SI AFIRMATIVO: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí? | NO | SÍ | SÍ        | SÍ | SÍ        | 11 |
|     | b | SI AFIRMATIVO: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?<br>CODIFIQUE "SI EXTRAÑO" SI EL PACIENTE ESCUCHO UNA VOZ COMENTANDO ACERCA DE SUS PENSAMIENTOS O SUS ACTOS O DOS O MAS VOCES CONVERSAN ENTRE SI.   | NO | SÍ | SÍ<br>→M8 | SÍ | SÍ<br>→M8 |    |
| M7  | a | ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?<br>ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.   | NO | SÍ |           | SÍ |           |    |
|     | b | SI AFIRMATIVO: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?<br><br>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):  | NO | SÍ |           | SÍ |           |    |
| M8  | b | ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PERDIDA DE LAS ASOCIACIONES.   |    |    |           | NO | SÍ        |    |
| M9  | b | ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?   |    |    |           | NO | SÍ        |    |
| M10 | b | ¿HAY SINTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA, POR EJEMPLO, UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE (ALOGIA) O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA?   |    |    |           | NO | SÍ        |    |
| M11 | a | ¿MARCÓ "SÍ" EN POR LO MENOS UNA DE <b>M1</b> A <b>M10b</b> ?  |    |    |           | NO | SÍ        |    |

M11 b

¿SON LOS UNICOS SINTOMAS PRESENTES AQUELLOS IDENTIFICADOS POR EL ENTREVISTADOR DE **M1** A **M7** (COLUMNA B) Y DE **M8b** O **M9b** O **M10b**?

SI AFIRMATIVO ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES ACTUAL (MARCÓ "SÍ" EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b" DE **M1** A **M10b**) Y/O DE POR VIDA (CUALQUIER PREGUNTA ES MARCADA **SÍ** DE **M1** A **M10b**) Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE SECCION DIAGNOSTICA.

SI NO, CONTINÚE.

|  |                          |
|--|--------------------------|
| NO   | SÍ                       |
| <b>TRASTORNO PSICÓTICO<br/>NO ESPECIFICADO*</b>  |                          |
| Actual   | <input type="checkbox"/> |
| De por vida  | <input type="checkbox"/> |
| * Diagnóstico provisional debido a que no hay suficiente información disponible en este momento. |                          |

ADVERTENCIA: SI MARCÓ “SÍ” EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA “b”, CODIFIQUE **M11c** Y **M11d**.  
 SI MARCÓ NO EN TODAS LAS PREGUNTAS “b”, CODIFIQUE SOLO **M11d**.

M11c

- O** DE **M1** A **M10b**: ¿MARCÓ "SI EXTRAÑO" EN UNA O MAS PREGUNTAS "b"  
**O** MARCÓ "SI" EN DOS O MAS PREGUNTAS "b" PERO NO "SI EXTRAÑO"?

**NO**  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 No se cumple actualmente

**SÍ**  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 Se cumple actualmente

M11d DE **M1** A **M10b**: ¿MARCÓ "SI EXTRAÑO" EN UNA O MAS PREGUNTAS "a"

- O** MARCÓ "SÍ" EN DOS O MAS PREGUNTAS "a" PERO NO "SÍ EXTRAÑO"?  
 (VERIFIQUE QUE LOS 2 ITEMS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERIODO DE  
 TIEMPO.)

**NO**  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 No se cumple De Por Vida

- O** ¿MARCÓ “SI” EN **M11c**?

**SÍ**  
 Entonces el Criterio "A" de  
 Esquizofrenia  
 Se cumple De Por Vida

M12 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo  
 de estos síntomas? 18  
 No  Sí

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos  
 síntomas? 19  
 No  Sí

c BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A, ¿ES ALGUNA DE ESTAS LA CAUSA DIRECTA  
 DE LA PSICÓISIS DEL PACIENTE? 20  
 (SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.)  
 No  Sí

d ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ INCIERTO 21

SI **M12d** = **NO**: CALIFIQUE **M13 (a, b)** Y PASE AL SIGUIENTE TRASTRONO  
 SI **M12d** = **SÍ**: CODIFIQUE **NO** EN **M13 (a, b)** Y PASE A **M14**  
 SI **M12d** = **INCIERTO**: CODIFIQUE **INCIERTO** EN **M13 (a, b)** Y PASE A **M14**

M13a ¿MARCÓ **NO** EN **M12d** DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA?

SI **SÍ**, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES

ACTUAL (MARCÓ **SÍ** EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA “b” DE **M1 A M10b**) Y/O DE POR VIDA (“a” o “b”) MARCÓ **SÍ** EN CUALQUIER PREGUNTA DE **M1 A M10b**.

|   |
|---|
| 22  |
| NO <span style="float: right;">SÍ</span>                          |
| <b>TRASTORNO PSICÓTICO<br/>Debido a una Enfermedad<br/>Médica</b> |
| Actual <input type="checkbox"/>                                   |
| De Por Vida <input type="checkbox"/>                              |
| Incierto, codifique luego <input type="checkbox"/>                |

M13b ¿MARCÓ **NO** EN **M12d** DEBIDO A USO DE DROGAS?

SI **SÍ**, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES

ACTUAL (MARCÓ **SÍ** EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA “b” DE **M1 A M10b**) Y/O DE POR VIDA (MARCÓ **SÍ** EN CUALQUIER PREGUNTA DE **M1 A M10b**).

|  |
|--|
| 23   |
| NO <span style="float: right;">SÍ</span>               |
| <b>TRASTORNO PSICÓTICO<br/>Inducido por Sustancias</b> |
| Actual <input type="checkbox"/>                        |
| De Por Vida <input type="checkbox"/>                   |
| Incierto, codifique luego <input type="checkbox"/>     |

M14 ¿Cuál fue el período más largo durante el cual tuvo esas creencias o experiencias?  
SI <1 DIA, IR A LA SIGUIENTE SECCION.

\_\_\_\_\_ 24

M15 a Durante o después de un período en el cual tuvo estas creencias o experiencias, ¿tuvo dificultad trabajando o relacionándose con otros, o cuidándose a usted mismo?

NO SÍ 25

b SI **SÍ**, ¿Cuánto duraron estas dificultades?  
SI ≥6 MESES, IR A **M16**.

\_\_\_\_\_ 26

c ¿Ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado debido a estas creencias o experiencias, o por las dificultades causadas por estos problemas?

NO SÍ 27

d SI **SÍ**, ¿Cuál ha sido el período de tiempo más largo que ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado por estos problemas?

\_\_\_\_\_ 28

M16 a EL PACIENTE INFORMO INCAPACIDAD (**MARCÓ SI EN M15a**) O FUE TRATADO U HOSPITALIZADO POR PSICÓSIS (**M15c = Sí**).

NO SÍ 29

b BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA, CALIFIQUE LA INCAPACIDAD DE POR VIDA DEL PACIENTE CAUSADA POR LA PSICOSIS.

30

ausente  1  
leve  2  
moderada  3  
severa  4

M17 ¿CUAL FUE LA DURACION TOTAL DE LA PSICOSIS, TOMANDO EN CUENTA LA FASE ACTIVA (**M14**) Y LAS DIFICULTADES ASOCIADAS (**M15b**) Y LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS (**M15d**)?

1  ≥1 día a <1 mes 31  
2  ≥1 mes a <6 meses  
3  ≥6 meses

#### CRONOLOGÍA

M18 a ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener estas creencias o experiencias poco usuales?

edad 32

b ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántas veces ha tenido episodios significativos de creencias o experiencias poco usuales?

33

## TRASTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DEL ESTADO DEL ÁNIMO

CODIFIQUE LAS PREGUNTAS DE **M19** A **M23** SÓLO SI EL PACIENTE DESCRIBIÓ POR LO MENOS 1 SÍNTOMA PSICÓTICO (**M11a** = **sí** y **M11b** = **NO**), QUE NO ES MEJOR EXPLICADO POR UNA CAUSA ORGÁNICA (**M12d** = **SÍ** O **INCIERTO**).

|       |  |                        |    |
|-------|--|------------------------|----|
| M19 a | ¿MARCA EL PACIENTE POSITIVO PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL Y/O PASADO (MARCÓ <b>SÍ</b> EN LA PREGUNTA <b>A8</b> )? | NO                     | SÍ |
| b     | SI <b>SÍ</b> : ¿ MARCÓ <b>SÍ</b> EN <b>A1</b> (ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO)?   | NO                     | SÍ |
| c     | ¿MARCA EL PACIENTE POSITIVO PARA EPISODIO MANÍACO ACTUAL Y/O PASADO (MARCÓ <b>SÍ</b> EN LA PREGUNTA <b>D7</b> )?         | NO                     | SÍ |
| d     | ¿MARCÓ <b>SÍ</b> EN <b>M19a</b> O <b>M19c</b> ?  | NO                     | SÍ |
|       |  | ↓                      |    |
|       |  | deténgase, salte a M24 |    |

NOTA: VERIFIQUE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE **M20** A **M23** SE REFIEREN A LOS EPISODIOS PSICOTICOS, DEPRESIVOS (**A8**) Y MANIACOS (**D7**), YA IDENTIFICADOS EN **M11c** Y **M11d**, **A8** Y **D7**. EN EL CASO DE QUE HAYA ALGUNA DISCREPANCIA, EXPLORE NUEVAMENTE LA SECUENCIA DE LOS TRASTORNOS, TOMANDO EN CUENTA HECHOS IMPORTANTES Y CODIFIQUE DE **M20** A **M23** CONSIGUIENTEMENTE.

|     |  |                       |                          |                         |    |
|-----|--|-----------------------|--------------------------|-------------------------|----|
| M20 | ¿Cuando tuvo estas experiencias o creencias que acaba de describir (DE EJEMPLOS AL PACIENTE), al mismo tiempo, también se sentía deprimido/exaltado/irritable?                             | NO                    | SÍ                       | 34                      |    |
|     |  | ↓                     |                          |                         |    |
|     |  | deténgase salte a M24 |                          |                         |    |
| M21 | ¿Estaban las creencias o experiencias que acaba de describir (DE EJEMPLOS AL PACIENTE) restringidas exclusivamente a periodos de tiempo en los que se sentía deprimido/exaltado/irritable? | NO                    | SÍ                       | 35                      |    |
|     |  |                       | ↓                        |                         |    |
|     |  | deténgase salte a M24 |                          |                         |    |
| M22 | ¿Alguna vez ha tenido un período de dos o más semanas en las cuales ha tenido estas creencias o experiencias y no se sentía deprimido/exaltado/irritable?                                  | NO                    | SÍ                       | 36                      |    |
|     |  | ↓                     |                          |                         |    |
|     |  | deténgase salte a M24 |                          |                         |    |
| M23 | ¿Cuál duró mas tiempo: estas creencias o experiencias o los períodos de tiempo en que se sentía deprimido/exaltado/irritable?  | 1                     | <input type="checkbox"/> | estado de ánimo         | 37 |
|     |  | 2                     | <input type="checkbox"/> | creencias, experiencias |    |
|     |  | 3                     | <input type="checkbox"/> | igual                   |    |

M24 AL FINAL DE LA ENTREVISTA, VAYA A LOS ALGORITMOS DIAGNOSTICOS PARA TRASTORNOS PSICOTICOS.

CONSULTE LOS ITEMS DE **M11a** Y **M11b**:

SI CUMPLE CON EL CRITERIO "A" DE ESQUIZOFRENIA (**M11c** Y/O **M11d** = **si**) VAYA AL ALGORITMO DIAGNOSTICO I

SI NO CUMPLE CON EL CRITERIO "A" DE ESQUIZOFRENIA (**M11c** Y/O **M11d** = **no**) VAYA AL ALGORITMO DIAGNOSTICO II

PARA TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ANIMO VAYA AL ALGORITMO DIAGNOSTICO III.

## N. ANOREXIA NERVIOSA

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|  |   |
|--|---|
| <p>M1 a ¿Cuál es su estatura?</p> <p>b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido su peso más bajo?</p> <p>¿ES EL PESO DEL PACIENTE MENOS DEL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN) ?</p> | <p><input type="text"/> pies <input type="text"/> <input type="text"/> pulg.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> libras.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs.</p> <p>➡<br/>NO      SÍ</p> |
|--|---|

En los últimos tres meses:

|  |   |    |    |   |
|--|---|----|----|---|
| N2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?   | ➡ | NO | SÍ | 1 |
| N3 ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo(a)?   | ➡ | NO | SÍ | 2 |
| N4 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 |
| N5 ¿MARCÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE N4?  | ➡ | NO | SÍ |   |
| N6 SOLO PARA MUJERES: ¿En los últimos tres meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)? | ➡ | NO | SÍ | 6 |

PARA MUJERES:      ¿MARCÓ SÍ EN N5 Y N6?

PARA HOMBRES:      ¿MARCÓ SÍ EN N5?

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| NO                              | SÍ |
| <b>ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL</b> |    |

### CRONOLOGÍA

|  |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| N7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los síntomas de anorexia?                    | <input type="text"/> edad | 7 |
| N8 ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántos períodos de anorexia ha padecido?         |                           |   |
| N9 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo síntomas significativos de anorexia? | <input type="text"/>      | 9 |

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

| <b>Mujer Estatura/Peso</b>  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| pies/pulg.                  | 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  |       |
| lbs.                        | 84    | 85    | 86    | 87    | 89    | 92    | 94    | 97    | 99    | 102   | 104   | 107   | 110   | 112   |       |
| cms                         | 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 |       |
| kgs                         | 38    | 39    | 39    | 40    | 41    | 42    | 43    | 44    | 45    | 46    | 47    | 49    | 50    | 51    |       |
| <b>Hombre Estatura/Peso</b> |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| pies/pulg.                  | 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   |
| lbs.                        | 105   | 106   | 108   | 110   | 111   | 113   | 115   | 116   | 118   | 120   | 122   | 125   | 127   | 130   | 133   |
| cms                         | 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 |
| kgs                         | 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 del "Metropolitan Life Insurance Table of Weights".

## O. BULIMIA NERVIOSA

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |   |                    |    |    |
|----|---|--------------------|----|----|
| O1 | ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?   | ➡<br>NO            | SÍ | 10 |
| O2 | ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?   | ➡<br>NO            | SÍ | 11 |
| O3 | ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?   | ➡<br>NO            | SÍ | 12 |
| O4 | ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicios, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua), u otros medicamentos?   | ➡<br>NO            | SÍ | 13 |
| O5 | ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?  | ➡<br>NO            | SÍ | 14 |
| O6 | ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?  | NO<br>↓<br>Ir a O8 | SÍ |    |
| O7 | ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kgs.)?<br>(ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARENTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACION A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.) | NO                 | SÍ | 15 |

O8 ¿MARCÓ SÍ EN O5 O MARCÓ NO EN O7 O SALTÓ A O8?

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| NO                                 | SÍ |
| <b>BULIMIA NERVIOSA<br/>ACTUAL</b> |    |

CRONOLOGÍA

- O9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas de bulimia?  edad 16
- O10 ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántos períodos de bulimia ha padecido?  17
- O11 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses ha tenido síntomas significativos de bulimia?  18

**SUBTIPOS DE BULIMIA NERVIOSA**

¿Regularmente, se induce el vómito, hace uso inadecuado de laxantes, diuréticos, o enemas?

[EN EL TIPO NO-PURGATIVO EL PACIENTE HA EMPLEADO COMPORTAMIENTOS COMO POR EJEMPLO AYUNA O EJERCICIO EXCESIVO, PERO NO HA PURGADO.]

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| <b>NO</b>               | <b>SÍ</b> <sup>19</sup> |
| Tipo<br>No-Purgativo    | Tipo<br>Purgativo       |
| <b>BULIMIA NERVIOSA</b> |                         |

**SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA**

Tipo Compulsivo/Purgativo

¿MARCÓ SÍ EN O7?

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>NO</b>   | <b>SÍ</b> <sup>20</sup> |
| <b>ANOREXIA NERVIOSA</b><br><i>Tipo Compulsivo/Purgativo</i><br><b>ACTUAL</b> |                         |

Tipo Restrictivo

¿Perdió peso sin purgar?

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>NO</b>   | <b>SÍ</b> <sup>21</sup> |
| <b>ANOREXIA NERVIOSA</b><br>Tipo Restrictivo<br><b>ACTUAL</b> |                         |

## P. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |   |  |         |    |    |
|----|---|--|---------|----|----|
| P1 | a | ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?   | ➡<br>NO | SÍ | 1  |
|    | b | ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?  | ➡<br>NO | SÍ | 2  |
|    |   | MARCAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.  | ➡<br>NO | SÍ | 3  |
| P2 |   | ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?   | ➡<br>NO | SÍ | 4  |
| P3 |   | MARQUE <b>NO</b> SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.<br><br><b>En los últimos seis meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:</b> |         |    |    |
|    | 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 |
|    |   | <b>RESUMEN DE P3:</b> ¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P3?   | ➡<br>NO | SÍ |    |
| P4 |   | ¿Le causaron estos síntomas de ansiedad mucha angustia, o le afectaron para funcionar en el trabajo, socialmente o de cualquier manera importante?   | ➡<br>NO | SÍ | 11 |
| P5 | a | ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?<br><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                      |         |    |    |
|    | b | ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?<br><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |         |    |    |
|    |   | A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEL PACIENTE?   |         |    |    |
|    |   | <b>P5 (RESUMEN):</b> ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?   | NO      | SÍ | 12 |

¿MARCÓ NO EN P5 (RESUMEN)?

NO                      SÍ  
*Trastorno de Ansiedad  
Generalizada*  
ACTUAL

P6 ¿MARCÓ NO EN P5 (RESUMEN) Y MARCÓ SÍ EN P5b?

NO                      SÍ  
Actual  
*Ansiedad Generalizada  
Debido a una Enfermedad  
Médica*

P7 ¿MARCÓ NO EN P5 (RESUMEN) Y MARCÓ SÍ EN P5a?

NO                      SÍ  
Actual  
*Trastorno de Ansiedad  
Generalizada  
Inducido por Sustancias*

#### CRONOLOGÍA

P8 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas de ansiedad generalizada?

edad

P9 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses ha tenido síntomas significativos de ansiedad generalizada?

## Q. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)

(► SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Q1 **Antes de cumplir los quince años:**

- |   |    |    |   |
|---|----|----|---|
| •¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia? | NO | SÍ | 1 |
| •¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?                   | NO | SÍ | 2 |
| •¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?       | NO | SÍ | 3 |
| •¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?                         | NO | SÍ | 4 |
| •¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?               | NO | SÍ | 5 |
| •¿Ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales con usted?               | NO | SÍ | 6 |
| ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE Q1?                                      | NO | SÍ |   |

NO MARQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SOLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS

**P2 Desde que cumplió los quince 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 (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 |

¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE Q2?

**NO                      SÍ**  
**TRASTORNO ANTISOCIAL**  
**DE LA PERSONALIDAD**  
**DE POR VIDA**

## R. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |             |   |         |    |    |
|----|-------------|---|---------|----|----|
| R1 | a           | ¿Antes de cumplir los 30 años, ha tenido <b>muchas</b> aficciones de tipo físico no relacionadas a ninguna condición en específico? | ➡<br>NO | SÍ | 1  |
|    | b           | ¿Estas aficciones ocurrieron durante varios años?   | ➡<br>NO | SÍ | 2  |
|    | c           | ¿Estas aficciones le llevaron a buscar tratamiento?   | ➡<br>NO | SÍ | 3  |
|    | d           | ¿Fueron estas aficciones la causa de problemas en el colegio, en el trabajo, socialmente o en otras áreas de interés?               | ➡<br>NO | SÍ | 4  |
| R2 | Tuvo dolor: | de cabeza   | NO      | SÍ | 5  |
|    |             | en el abdomen   | NO      | SÍ | 6  |
|    |             | en la espalda   | NO      | SÍ | 7  |
|    |             | en las articulaciones, las extremidades, el pecho, el recto   | NO      | SÍ | 8  |
|    |             | durante la menstruación   | NO      | SÍ | 9  |
|    |             | durante el acto sexual  | NO      | SÍ | 10 |
|    |             | cuando orinaba  | NO      | SÍ | 11 |
|    |             |   | ➡       |    |    |
|    |             | ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R2?  | NO      | SÍ |    |

|    |  |    |    |    |
|----|--|----|----|----|
| R3 | Tuvo algunos de los siguientes síntomas abdominales:   |    |    |    |
|    | náusea   | NO | SÍ | 12 |
|    | hinchazones, distensión abdominal  | NO | SÍ | 13 |
|    | vómitos  | NO | SÍ | 14 |
|    | diarreas   | NO | SÍ | 15 |
|    | intolerancia a diferentes tipos de comidas   | NO | SÍ | 16 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R3?   | NO | SÍ |    |
| R4 | Tuvo algunos de los siguientes síntomas sexuales:  |    |    |    |
|    | pérdida del interés sexual   | NO | SÍ | 17 |
|    | problemas en la eyaculación o erección   | NO | SÍ | 18 |
|    | períodos menstruales irregulares   | NO | SÍ | 19 |
|    | sangrado excesivo durante el período menstrual   | NO | SÍ | 20 |
|    | vómitos durante todo el embarazo   | NO | SÍ | 21 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R4?   | NO | SÍ |    |
| R5 | Tuvo algunos de los siguientes síntomas:   |    |    |    |
|    | parálisis o debilidad en partes de su cuerpo   | NO | SÍ | 22 |
|    | problemas de coordinación o equilibrio   | NO | SÍ | 23 |
|    | dificultad tragando o un nudo en la garganta   | NO | SÍ | 24 |
|    | dificultad al hablar   | NO | SÍ | 25 |
|    | dificultad para vaciar la vejiga   | NO | SÍ | 26 |
|    | pérdida del tacto o sensación de dolor   | NO | SÍ | 27 |
|    | visión doble o ceguera   | NO | SÍ | 28 |
|    | sordera, ataques epilépticos, pérdida del conocimiento   | NO | SÍ | 29 |
|    | episodios significativos de mala memoria   | NO | SÍ | 30 |
|    | sensaciones inexplicables en su cuerpo   | NO | SÍ | 31 |
|    | (ENTREVISTADOR/A: POR FAVOR EVALUE SI ESTAS SON ALUCINACIONES SOMATICAS)   |    |    |    |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R5?   | NO | SÍ |    |
|    |  | ➡  |    |    |
| R6 | ¿Buscó su médico la causa de los síntomas?   | NO | SÍ | 32 |
| R7 | ¿Se encontró alguna condición médica o estaba tomando algún tipo de droga o medicamento que pudiera explicar estos síntomas? |    |    | 33 |
|    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |    |    |    |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | <b>R7 (RESUMEN):</b> ENTREVISTADOR/A: ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?  | NO | SÍ |    |
|    |  | ➡  |    |    |
| R8 | ¿Fueron las aflicciones o incapacidad desproporcionadas con la condición física del paciente?                                | NO | SÍ | 34 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | ¿MARCÓ SI EN R7 O EN R8?   | NO | SÍ |    |
|    |  | ➡  |    |    |
| R9 | ¿Fueron los síntomas pretendidos o producidos intencionadamente (como en trastorno faticio)?                                 | NO | SÍ | 35 |

¿MARCÓ NO EN R9?

NO SÍ  
**TRASTORNO DE  
SOMATIZACIÓN  
DE POR VIDA**

R10 ¿Sufre estos síntomas en la actualidad?

NO SÍ<sup>36</sup>  
**TRASTORNO DE  
SOMATIZACIÓN  
ACTUAL**

## S. HIPOCONDRIA

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |  |         |    |   |
|----|--|---------|----|---|
| S1 | En los últimos 6 meses, ¿se ha preocupado mucho de que pudiera tener una enfermedad médica seria?<br><small>NO CODIFIQUE SI SI ALGUNA ENFERMEDAD FISICA PUEDE SER LA CAUSA DE LAS SENSACIONES O LOS SIGNOS FISICOS QUE EL PACIENTE DESCRIBE.</small> | ➡<br>NO | SÍ | 1 |
| S2 | ¿Ha tenido esta preocupación por 6 meses o más?  | ➡<br>NO | SÍ | 2 |
| S3 | Alguna vez, lo ha examinado un médico por estos síntomas?  | ➡<br>NO | SÍ | 3 |
| S4 | ¿Ha persistido su temor de que está enfermo a pesar de que su médico le aseguró que estaba bien?   | ➡<br>NO | SÍ | 4 |
| S5 | ¿Le causó esta preocupación un malestar considerable o interfirió de manera significativa en el desempeño de su trabajo, socialmente o de cualquier otra manera?   | NO      | SÍ | 5 |

S6 ¿MARCÓ SÍ EN S5?

NO SÍ  
**HIPOCONDRIA  
ACTUAL**

## R. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|   |  |  |    |   |    |    |   |  |
|---|--|--|----|---|----|----|---|--|
| T1  | ¿Está preocupado con un defecto en su apariencia física?   | ➡<br>NO  | SÍ | 1 |    |    |   |  |
| T2  | ¿Esta preocupación ha persistido a pesar de que otros (incluyendo a un médico) en verdad creen que sus preocupaciones son excesivas?                             | ➡<br>NO  | SÍ | 2 |    |    |   |  |
| T3  | ¿Le causó esta preocupación un malestar considerable o interfirió de manera significativa en el desempeño de su trabajo, socialmente o de cualquier otra manera? | NO   | SÍ | 3 |    |    |   |  |
| T4  | ¿MARCÓ SÍ EN T3?   | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ACTUAL</b></td> </tr> </tbody> </table> |    |   | NO | SÍ | <b>TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ACTUAL</b> |  |
| NO  | SÍ   |  |    |   |    |    |   |  |
| <b>TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ACTUAL</b> |  |  |    |   |    |    |   |  |

## U. TRASTORNO POR DOLOR

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |   |                  |                    |   |
|----|---|------------------|--------------------|---|
| U1 | En la actualidad, ¿es un dolor su problema principal?   | ➡<br>NO          | SÍ                 | 1 |
| U2 | En la actualidad, ¿es el dolor lo suficientemente severo como para necesitar atención médica?   | ➡<br>NO          | SÍ                 | 2 |
| U3 | En la actualidad, ¿le causa el dolor un malestar importante o interfiere de manera significativa con el desempeño de su trabajo, socialmente, o de cualquier otra manera? | ➡<br>NO          | SÍ                 | 3 |
| U4 | ¿Jugaron un papel importante en la aparición del dolor los factores psicológicos o el estrés, o fueron la causa de que el dolor se mantuviera o empeorara?                | ➡<br>NO          | SÍ                 | 4 |
| U5 | ¿Es el dolor pretendido o fue producido intencionadamente o fue fingido? (como en trastorno facticio)   | ➡<br>NO          | SÍ                 | 5 |
| U6 | ¿Jugó un papel importante en la aparición del dolor una enfermedad médica o una enfermedad hizo que se mantuviera o empeorara el dolor?                                   | NO               | SÍ                 | 6 |
| U7 | ¿Ha tenido este dolor por más de 6 meses?   | NO<br>↓<br>Agudo | SÍ<br>↓<br>Crónico | 7 |

U8 ¿MARCÓ **NO** EN U6?

**NO** **SÍ**

***TRASTORNO POR DOLOR***  
**Asociado a**  
**factores psicológicos**  
**ACTUAL**

U9 ¿MARCÓ **SÍ** EN U6?

**NO** **SÍ**

SI MARCÓ **SÍ** EN U8 O EN U9  
Y U7 = **NO**, AÑADA: AGUDO AL TÍTULO DIAGNÓSTICO  
Y U7 = **SÍ**, AÑADA: CRÓNICO AL TÍTULO DIAGNÓSTICO

***TRASTORNO POR DOLOR***  
**Asociado a**  
**factores psicológicos**  
**y enfermedad médica**  
**ACTUAL**

## V. TRASTORNO DE CONDUCTA (DISOCIAL) 17 años de edad o menores

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Por favor involucre a la familia o a la persona que esté al cuidado cuando solicite esta información.

| V1 | En los últimos 12 meses:  | NO | SÍ |    |
|----|---|----|----|----|
|    | ¿ha molestado, amenazado o intimidado a otros?  | NO | SÍ | 1  |
|    | ¿ha incitado peleas?  | NO | SÍ | 2  |
|    | ¿ha usado un arma que pudiera herir a alguien (ej., un cuchillo, una pistola, un bate de béisbol, una botella rota)?              | NO | SÍ | 3  |
|    | ¿ha herido a una persona intencionalmente?  | NO | SÍ | 4  |
|    | ¿ha herido a un animal intencionalmente?  | NO | SÍ | 5  |
|    | ¿ha robado algo usando la fuerza (ej., robar a mano armada, atacar a alguien, arrebatarle el bolso a alguien, cometer extorsión)? | NO | SÍ | 6  |
|    | ¿ha forzado a alguien a hacer el acto sexual con usted?   | NO | SÍ | 7  |
|    | ¿ha empezado un fuego o dañado la propiedad de otros intencionalmente?  | NO | SÍ | 8  |
|    | ¿ha destruido cosas pertenecientes a otros intencionalmente?  | NO | SÍ | 9  |
|    | ¿ha asaltado la casa o el carro de alguien?   | NO | SÍ | 10 |
|    | ¿ha mentido repetidamente para conseguir algo o estafado (engañado) a otros?  | NO | SÍ | 11 |
|    | ¿ha robado?   | NO | SÍ | 12 |
|    | antes de los 13 años, ¿ha permanecido fuera de la casa hasta tarde en la noche a pesar de que sus padres se lo habían prohibido?  | NO | SÍ | 13 |
|    | ¿se ha escapado de casa al menos 2 veces?   | NO | SÍ | 14 |
|    | antes de los 13 años, ¿ha faltado a la escuela frecuentemente?  | NO | SÍ | 15 |
|    | ¿MARCÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE V1?  | ➡  |    |    |
|    |   | NO | SÍ |    |
| V2 | ¿Causaron estas conductas unos problemas significativos en la escuela, en el trabajo o con amigos y familia?                      | NO | SÍ | 16 |

¿MARCÓ SÍ EN V2?

|  |
|--|
| NO                      SÍ<br><b>TRASTORNO DE CONDUCTA</b><br><b>(DISOCIAL)</b><br><b>ACTUAL</b> |
|--|

### Subtipos

- Con trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Con historial de abuso físico o sexual
- Con historial de un divorcio traumático
- Con historial de adopción
- Con otros estrés

marcar todos los que sean apropiados

- 
- 
- 
- 
-

## W. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Niños/Adolescentes)

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Por favor involucre a la familia o a la persona que esté al cuidado cuando solicite esta información.

### En los últimos 6 meses, frecuentemente:

|    |   |   |    |    |   |
|----|---|---|----|----|---|
| W1 | a | ¿No le ha prestado atención a los detalles o por falta de atención cometió errores en la escuela, en el trabajo o en otras actividades?                             | NO | SÍ | 1 |
|    | b | ¿Ha tenido dificultad prestando atención cuando jugaba o hacía algún tipo de trabajo?   | NO | SÍ | 2 |
|    | c | ¿Parecía que no prestaba atención cuando se le hablaba directamente?  | NO | SÍ | 3 |
|    | d | ¿No ha seguido las instrucciones dadas o no ha terminado sus tareas escolares u obligaciones (a pesar de entender las instrucciones y no pretendía ser desafiante)? | NO | SÍ | 4 |
|    | e | ¿Ha tenido dificultad organizándose?  | NO | SÍ | 5 |
|    | f | ¿Ha evitado o no le gustaban las cosas que requerían el pensar mucho (como las tareas u obligaciones escolares)?  | NO | SÍ | 6 |
|    | g | ¿Ha perdido cosas que necesitaba?   | NO | SÍ | 7 |
|    | h | ¿Se ha distraído con facilidad con cosas insignificantes?   | NO | SÍ | 8 |
|    | i | ¿Se ha vuelto olvidadizo en sus actividades diarias?  | NO | SÍ | 9 |

**W1 (RESUMEN):** ¿MARCÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W1? NO    SÍ

### En los últimos 6 meses, frecuentemente:

|    |   |  |    |    |    |
|----|---|--|----|----|----|
| W2 | a | ¿No ha podido permanecer quieto en su asiento o siempre estaba jugando con sus manos o pies? | NO | SÍ | 10 |
|    | b | ¿Ha abandonado su asiento en clase cuando no se suponía que lo hiciera?                      | NO | SÍ | 11 |
|    | c | ¿Correteaba y trepaba mucho cuando no debía u otros no querían?                              | NO | SÍ | 12 |
|    | d | ¿Ha tenido dificultad jugando sin hacer ruido?   | NO | SÍ | 13 |
|    | e | ¿Se ha sentido como si fuera "eléctrico" o estuviera siempre en disposición de hacer algo?   | NO | SÍ | 14 |
|    | f | ¿Ha hablado demasiado?   | NO | SÍ | 15 |
|    | g | ¿Ha dado respuestas antes de que hayan terminado la pregunta?                                | NO | SÍ | 16 |
|    | h | ¿Ha tenido dificultad esperando su turno?  | NO | SÍ | 17 |
|    | i | ¿Ha interrumpido o importunado a otros?  | NO | SÍ | 18 |

**W2 (RESUMEN):** ¿MARCÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W2? ➡  
NO    SÍ

|    |   |         |    |    |
|----|---|---------|----|----|
| W3 | ¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes de cumplir los 7 años?   | ➡<br>NO | SÍ | 19 |
| W4 | ¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 o más de 2 de las siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos? | ➡<br>NO | SÍ | 20 |

¿MARCÓ SÍ EN W4?

|  |
|--|
| <p style="text-align: center;"> <b>NO</b>                      <b>SÍ</b><br/> <i>Trastorno por Déficit de<br/> Atención con Hiperactividad</i><br/> <b>ACTUAL</b> </p> |
|--|

## TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Adulto)

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

### Cuando era niño:

|      |   |    |    |    |
|------|---|----|----|----|
| W5 a | ¿Era usted activo, inquieto, agitado, siempre tenía ganas de hacer cosas?       | NO | SÍ | 21 |
| b    | ¿No prestaba atención y se distraía con facilidad?                              | NO | SÍ | 22 |
| c    | ¿No era capaz de concentrarse en la escuela o cuando hacía la tarea?            | NO | SÍ | 23 |
| d    | ¿No terminaba las cosas, tales como la tarea de la escuela, proyectos, etc.?    | NO | SÍ | 24 |
| e    | ¿Tenía mal humor, se irritaba con facilidad o perdía el control?                | NO | SÍ | 25 |
| f    | ¿Le tenían que repetir las cosas muchas veces antes de que usted las hiciera?   | NO | SÍ | 26 |
| g    | ¿Tenía la tendencia de ser impulsivo sin pararse a pensar en las consecuencias? | NO | SÍ | 27 |
| h    | ¿Le costaba trabajo esperar su turno, con frecuencia necesitaba ser el primero? | NO | SÍ | 28 |
| i    | ¿Se metía en peleas y/o fastidiaba a otros niños?                               | NO | SÍ | 29 |
| j    | ¿Se quejaba su escuela de su conducta?  | NO | SÍ | 30 |

**W5 (RESUMEN):** ¿MARCÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W5?

|    |   |         |    |    |
|----|---|---------|----|----|
| W6 | ¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes de cumplir los 7 años? | ➡<br>NO | SÍ | 31 |
|----|---|---------|----|----|

**Como adulto:**

|    |   |   |         |    |    |
|----|---|---|---------|----|----|
| W7 | a | ¿Continúa distrayéndose?  | NO      | SÍ | 32 |
|    | b | ¿Es usted entrometido o se entremete o dice cosas a amigos, en el trabajo o en la casa de las que se arrepiente más tarde?  | NO      | SÍ | 33 |
|    | c | ¿Es usted impulsivo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño?   | NO      | SÍ | 34 |
|    | d | ¿Continúa siendo inquieto, agitado, activo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño?  | NO      | SÍ | 35 |
|    | e | ¿Sigue irritándose y enfadándose más de lo que necesita?  | NO      | SÍ | 36 |
|    | f | ¿Sigue siendo impulsivo, por ejemplo, tiene la tendencia de gastar más dinero del que tiene?  | NO      | SÍ | 37 |
|    | g | ¿Tiene dificultad organizándose en el trabajo?  | NO      | SÍ | 38 |
|    | h | ¿Tiene dificultad organizándose incluso fuera del trabajo?  | NO      | SÍ | 39 |
|    | i | ¿Su trabajo está por debajo de su capacidad o el trabajo que usted desarrolla está por debajo de lo que usted puede realizar?   | NO      | SÍ | 40 |
|    | j | ¿Sus logros están por debajo de las expectativas que los demás tiene de usted conforme a su capacidad?  | NO      | SÍ | 41 |
|    | k | ¿Ha cambiado de empleo o le han pedido que deje el trabajo más frecuentemente que a otros?  | NO      | SÍ | 42 |
|    | l | ¿Se queja su cónyuge de la falta de atención o interés con él/ella y/o con la familia?  | NO      | SÍ | 43 |
|    | m | ¿Ha tenido dos o más divorcios o ha cambiado de pareja más que los demás?   | NO      | SÍ | 44 |
|    | n | ¿Ha sentido a veces como si estuviera en una niebla, como en una televisión con agüilla o desenfocada?  | NO      | SÍ | 45 |
|    |   | <b>W7 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 9 O MAS RESPUESTAS DE W7?</b>   | ➡<br>NO | SÍ |    |
| W8 |   | ¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 ó más de 2 de los siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos? | ➡<br>NO | SÍ | 46 |

¿MARCÓ SÍ EN W8?

|  |           |
|--|-----------|
| <b>NO</b>  | <b>SÍ</b> |
| <i>Adulto</i><br><i>Trastorno por Déficit de</i><br><i>Atención con Hiperactividad</i> |           |

## X. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

INCLUSO SI TIENE ESTRES EN SU VIDA O UN ESTRES PRECIPITO EL TRASTORNO DEL PACIENTE, NO USE EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI ALGUN OTRO TRASTORNO PSIQUIATRICO ESTA PRESENTE. SALTE LA SECCION DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI LOS SINTOMAS DEL PACIENTE REUNEN LOS REQUISITOS DE OTRO TRASTORNO ESPECIFICO DEL EJE I O SON UNA EXACERBACION DE UN TRATORNO DEL EJE I O DEL EJE II.

HAGA ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE SI EL PACIENTE MARCÓ NO EN LOS DEMAS TRASTORNOS.

|    |   |         |         |   |
|----|---|---------|---------|---|
| X1 | ¿Tiene síntomas emocionales o de conducta provocados por el estrés en su vida? [Entre los ejemplos está la ansiedad/depresión/mala conducta/quejas físicas (ejemplos de mala conducta son pelear, manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales)].         | ➡<br>NO | SÍ      | 1 |
| X2 | ¿Estos síntomas emocionales o de conducta empezaron dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?  | ➡<br>NO | SÍ      | 2 |
| X3 | a ¿Causan estos síntomas emocionales o de conducta una marcada aflicción más allá de lo que se esperaría?   | ➡<br>NO | SÍ      | 3 |
|    | b ¿Estos síntomas emocionales/de conducta afectan significativamente su capacidad para funcionar socialmente en el trabajo o en la escuela?   | ➡<br>NO | SÍ      | 4 |
| X4 | ¿Estos síntomas emocionales/de conducta son causados en su totalidad por la pérdida de un ser amado (duelo) y son similares en severidad, nivel de incapacidad y duración a los que otros sufrirían bajo circunstancias similares? (Si es así, esto es un duelo no complicado)<br>¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO? | ➡<br>NO | SÍ      | 5 |
| X5 | ¿Estos síntomas emocionales/de conducta han continuado por más de 6 meses desde que el estrés desapareció?  | NO      | ➡<br>SÍ | 6 |

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA?

Calificadores:  
APROPIADOS.

MARCAR TODOS LOS QUE SEAN

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| A Depresión, emotividad, desesperanza.  | <input type="checkbox"/> |
| B Ansiedad, nerviosismo, temblor, preocupación.   | <input type="checkbox"/> |
| C Mala conducta (ej., pelear, manejar imprudentemente, faltar a la escuela, vandalismo, no respetar los derechos de los demás, hacer cosas ilegales). | <input type="checkbox"/> |
| D Problemas laborales, escolares, quejas físicas o aislamiento social.  | <input type="checkbox"/> |

SI MARCÓ:

- Solamente A, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con estado de ánimo depresivo**. 309.0
- Solamente B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con ansiedad**. 309.24
- Solamente C, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con trastorno de comportamiento**. 309.3
- Solamente A y B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo mixto **con ansiedad y estado de ánimo depresivo**. 309.28
- C y (A o B), entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con alteración de las emociones y el comportamiento**. 309.4
- Solamente D, entonces codifíquese como un trastorno adaptativo **no especificado**. 309.9

SI MARCÓ **NO** EN **X5**, ENTONCES CODIFIQUE **SÍ** EN EL TRASTORNO CON CALIFICADOR.

|   |
|---|
| <b>NO</b> <b>SÍ</b><br><i>Trastorno Adaptativo</i><br>con _____<br><i>(ver calificadores)</i> |
|---|

## Y. TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

|    |  |         |    |    |
|----|--|---------|----|----|
| Y1 | Durante el año pasado, ¿la mayoría de sus períodos menstruales fueron precedidos por un período de una semana en el que su carácter cambió significativamente?                 | ➡<br>NO | SÍ | 1  |
| Y2 | Durante estos períodos, ¿tuvo dificultad en sus actividades cotidianas o en el trato con los demás, es usted menos eficiente en el trabajo o evita a las demás personas?       | ➡<br>NO | SÍ | 2  |
| Y3 | Durante estos episodios premenstruales (es decir antes de la regla pero no durante cualquier otro tiempo en el ciclo), tiene la mayoría de las veces los siguientes problemas: |         |    |    |
| a  | ¿Se siente triste, baja de moral, deprimida, desesperada, o autocrítica?   | NO      | SÍ | 3  |
| b  | ¿Se siente particularmente ansiosa, tensa, agitada o nerviosa?   | NO      | SÍ | 4  |
| c  | ¿Frecuentemente se siente triste o turbada o es usted particularmente sensitiva a los comentarios de los demás?  | NO      | SÍ | 5  |
| d  | ¿Se siente irritable, enfadadiza o argumentativa?  | NO      | SÍ | 6  |
|    | ¿MARCÓ <b>SÍ</b> 1 O MÁS RESPUESTAS DE Y3?   | ➡<br>NO | SÍ | 7  |
| e  | ¿Está menos interesada en sus actividades, tales como su trabajo, sus pasatiempos o reuniones con sus amigos?  | NO      | SÍ | 8  |
| f  | ¿Tiene dificultad concentrándose?  | NO      | SÍ | 9  |
| g  | ¿Se siente agotada, se cansa con facilidad o no tiene energía?   | NO      | SÍ | 10 |
| h  | ¿Cambia su apetito o come en demasia o tiene antojos por ciertas comidas?  | NO      | SÍ | 11 |
| i  | ¿Tiene dificultad durmiendo o duerme excesivamente?  | NO      | SÍ | 12 |
| j  | ¿Se siente abrumada o fuera de control?  | NO      | SÍ | 13 |
| k  | ¿Tiene síntomas físicos como hinchazones o molestias en los senos, dolores de cabeza, dolor en los músculos o articulaciones, se siente hinchada o siente que gana peso?       | NO      | SÍ | 14 |

¿MARCÓ **SÍ** EN 5 O MAS RESPUESTAS DE Y3?

SI **SÍ**, EL DIAGNÓSTICO DEBE DE SER CONFIRMADO CON FUTURAS EVALUACIONES DIARIAS DURANTE POR LO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS.

|  |
|--|
| <b>NO</b> <b>SÍ</b><br><i>Probable Trastorno</i><br><i>Disfórico Premenstrual</i><br><b>ACTUAL</b> |
|--|

## Z. TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

ANTES DE UTILIZAR ESTE MODULO COMPLETE PRIMERO TODOS LOS MODULOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA Y CIRCULAR NO)

[SALTE ESTE TRASTORNO SI LOS SINTOMAS DEL PACIENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE CUALQUIER OTRO TRASTORNO Y CODIFIQUE NO EN LA CASILLA DIAGNOSTICA.]

|    |  |         |    |            |
|----|--|---------|----|------------|
| Z1 | ¿Ha estado consistentemente deprimido o desanimado por lo menos un mes?  | ➡<br>NO | SÍ | 1          |
| Z2 | Quando se sentía deprimido, tuvo algunos de los siguientes síntomas por lo menos un mes:   |         |    |            |
| a. | ¿Tenía dificultad para concentrarse o notaba que la mente se le quedaba en blanco?   | NO      | SÍ | 2          |
| b. | ¿Tenía dificultad para dormir (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? | NO      | SÍ | 3          |
| c. | ¿Se sentía cansado o sin energía?  | NO      | SÍ | 4          |
| d. | ¿Se sentía irritable?  | NO      | SÍ | 5          |
| e. | ¿Se preocupaba persistentemente por lo menos un mes?   | NO      | SÍ | 6          |
| f. | ¿Lloraba con facilidad?  | NO      | SÍ | 7          |
| g. | ¿Estaba siempre en alerta de posibles peligros?  | NO      | SÍ | 8          |
| h. | ¿Temía que pasara lo peor?   | NO      | SÍ | 9          |
| i. | ¿Se sentía desesperanzado hacia el futuro?   | NO      | SÍ | 10         |
| j. | ¿Tenía la autoestima baja o se sentía inútil?  | NO      | SÍ | 11         |
|    | <b>Resumen de Z2:</b> ¿MARCÓ SÍ EN 4 O MÁS RESPUESTAS DE Z2?   | ➡<br>NO | SÍ |            |
| Z3 | ¿Le han causado estos síntomas una gran angustia o han afectado su habilidad para funcionar en el trabajo, socialmente, o en otra forma importante?        | ➡<br>NO | SÍ | 12         |
| Z4 | a ¿Había tomado algún tipo de drogas o medicamentos, justo antes del comienzo de estos síntomas?   |         |    |            |
|    | b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?   |         |    |            |
|    | <b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:</b> ¿Es alguna de estas posiblemente la causa directa de los síntomas del paciente?                         |         |    |            |
|    | ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?  | ➡<br>NO | SÍ | INCERTO 13 |

|    |  |    |    |    |
|----|--|----|----|----|
| Z5 | a. Los síntomas del paciente cumplen con los criterios para :                            |    |    |    |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | Episodio Depresivo Mayor <b>DE POR VIDA</b>  | NO | SÍ | 14 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | Trastorno Distímico <b>DE POR VIDA</b>   | NO | SÍ | 15 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | Trastorno de Angustia <b>DE POR VIDA</b>   | NO | SÍ | 16 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | Trastorno de Ansiedad Generalizada <b>DE POR VIDA</b>                                    | NO | SÍ | 17 |
|    | b. Los síntomas del paciente <b>ACTUALMENTE</b> cumplen con los criterios para:          | ➡  |    |    |
|    | cualquier otro trastorno de ansiedad   | NO | SÍ | 18 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | cualquier otro trastorno del estado del ánimo  | NO | SÍ | 19 |
|    |  | ➡  |    |    |
|    | c. Los síntomas del paciente son mejor explicados por algún otro trastorno psiquiátrico. | NO | SÍ | 20 |

Z6 ¿MARCÓ **SÍ** EN **Z5c**?

NO                      SÍ  
**TRASTORNO MIXTO  
DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN**

**ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA**

## DSM-IV/ICD-10 CÓDIGOS PARA DIAGNOSTICAR / FACTURAR LOS DIAGNÓSTICOS DE M.I.N.I.

### Episodio Depresivo Mayor

#### Episodio Único/F32.x

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 296.20/F32.9 | No especificado               |
| 296.21/F32.0 | Leve                          |
| 296.22/F32.1 | Moderado                      |
| 296.23/F32.2 | Grave sin síntomas psicóticos |
| 296.24/F32.3 | Grave con síntomas psicóticos |
| 296.25/F32.4 | En remisión parcial           |
| 296.26/F32.4 | En remisión total             |

#### Recidivante (recurrente)/F33.x

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 296.30/F33.9 | No especificado               |
| 296.31/F33.0 | Leve                          |
| 296.32/F33.1 | Moderado                      |
| 296.33/F33.2 | Grave sin síntomas psicóticos |
| 296.34/F33.3 | Grave con síntomas psicóticos |
| 296.35/F33.4 | En remisión parcial           |
| 296.36/F33.4 | En remisión total             |

### Trastorno Distímico

300.4/F34.1

### Maniaco

#### Bipolar I, Episodio Maniaco Único /F30.x

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 296.00       | No especificado               |
| 296.01/F30.1 | Leve                          |
| 296.02/F30.1 | Moderado                      |
| 296.03/F30.1 | Grave sin síntomas psicóticos |
| 296.04/F30.2 | Grave con síntomas psicóticos |
| 296.05/F30.8 | En remisión parcial           |
| 296.06/F30.8 | En remisión total             |

#### Bipolar I, Episodio Más Reciente: Maniaco /F31.x

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 296.40/F31.0 | Hipomaniaco                   |
| 296.40       | No especificado               |
| 296.41/F31.1 | Leve                          |
| 296.42/F31.1 | Moderado                      |
| 296.43/F31.1 | Grave sin síntomas psicóticos |
| 296.44/F31.2 | Grave con síntomas psicóticos |
| 296.45/F31.7 | En remisión parcial           |
| 296.46/F31.7 | En remisión total             |

#### Bipolar I, episodio más reciente: depresivo /F31.x

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 296.50       | No especificado               |
| 296.51/F31.3 | Leve                          |
| 296.52/F31.3 | Moderado                      |
| 296.53/F31.4 | Grave sin síntomas psicóticos |
| 296.54/F31.5 | Grave con síntomas psicóticos |
| 296.55/F31.7 | En remisión parcial           |
| 296.56/F31.7 | En remisión total             |

#### Bipolar I, episodio más recientes: mixto /F31.6

|              |   |
|--------------|---|
| 296.60       | No especificado   |
| 296.61/F31.3 | Leve  |
| 296.62/F31.3 | Moderado  |
| 296.63/F31.4 | Grave sin síntomas psicóticos                               |
| 296.64/F31.5 | Grave con síntomas psicóticos                               |
| 296.65/F31.7 | En remisión parcial   |
| 296.66/F31.7 | En remisión total   |
| 296.70/F31.9 | Trastorno Bipolar I, Episodio Mas Reciente: No Especificado |
| 296.80/F31.9 | Trastorno Bipolar I, No Especificado (NOS)                  |
| 296.89/F31.8 | Trastorno Bipolar II  |

### Trastorno de Angustia /F40.01

|               |                |
|---------------|----------------|
| 300.01/F41.0  | Sin Agorafobia |
| 300.21/F40.01 | Con Agorafobia |

### Agorafobia

300.22/F40.00 Sin Historial de Trastorno de Angustia

### Fobia Social (Trastorno de Ansiedad Social)

300.23/F40.1

### Fobia Específica

300.29/F40.2

### Trastorno Obsesivo-Compulsivo

300.30/F42.8

### Trastorno de Ansiedad Generalizada

300.02/F41.1

### Dependencia/Abuso de Sustancias

|               |   |
|---------------|---|
| 303.90/F10.2x | Dependencia de Alcohol                        |
| 305.00/F10.1  | Abuso de Alcohol                              |
| 305.20/F12.1  | Abuso de Cannabis                             |
| 305.30/F16.1  | Abuso de Alucinógenos                         |
| 305.40/F13.1  | Abuso de Sedantes, Hipnóticos, o Anxiolíticos |
| 305.50/F11.1  | Abuso de Opiáceos                             |
| 305.60/F14.1  | Abuso de Cocaína                              |
| 305.70/F15.1  | Abuso de Amfetaminas                          |
| 305.90/F15.00 | Intoxicación por Cafeína                      |
| 305.90/F18.1  | Abuso de Inhalantes                           |
| 305.90/       | Abuso de Otras Sustancias                     |
| F19.00-F19.1  | (o Desconocidas)                              |
| 305.90/F19.1  | Abuso de Fenciclidina                         |

### Trastornos Psicóticos

|               |   |
|---------------|---|
| 295.10/F20.1x | Esquizofrenia, Tipo Desorganizado   |
| 295.20/F20.2x | Esquizofrenia, Tipo Catatónico  |
| 295.30/F20.0x | Esquizofrenia, Tipo Paranoide   |
| 295.40/F20.8  | Trastorno Esquizofreniforme   |
| 295.60/F20.5x | Esquizofrenia, Tipo Residual  |
| 295.70/F25.x  | Trastorno Esquizoafectivo   |
| 295.90/F20.3x | Esquizofrenia, Tipo No Diferenciado   |
| 297.10/F22.0  | Trastorno Delirante   |
| 297.30/F24    | Trastorno Psicótico Compartido  |
| 293.81/F06.2  | Trastorno Psicótico debido a.... (indicar enfermedad médica) con Ideas Delirantes |
| 293.82/F06.0  | Trastorno Psicótico debido a.... (indicar enfermedad médica) con Alucinaciones    |
| 293.89/F06.4  | Trastorno de Ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)                     |
| 293.89/F06.x  | Trastorno Catatónico debido a... (indicar enfermedad médica)                      |
| 298.80/F23.xx | Trastorno Psicótico Breve   |
| 298.90/F29    | Trastorno Psicótico No Especificado (NOS)   |

### Anorexia Nerviosa

307.10/F50.0

### Bulimia Nerviosa

307.51/F50.2

### Estado por Estrés Postraumático

309.81/F43.1

### Riesgo de Suicidio

no tiene un código asignado

### Trastorno Antisocial de la Personalidad

301.70/F60.2

### Trastornos Somatomorfos

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 300.81/F45.0 | Trastorno de Somatización     |
| 300.70/F45.2 | Hipocondría                   |
| 300.70/F45.2 | Trastorno Dismórfico Corporal |

**Trastorno por dolor**

- 307.80/F45.4 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos
- 307.89/F45.4 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos y a una Enfermedad Médica

**Trastorno Disocial (Trastorno de Conducta)**

312.80/F91.8

**Trastorno por Déficit de Atención**

- 314.01/F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo Combinado
- 314.00/F98.8 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con predominio del Déficit de Atención
- 314.01/F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con predominio Hiperactivo-Impulsivo

**Trastornos Adaptativos**

- 309.00/F43.20 Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo
- 309.24/F43.28 Trastorno Adaptativo con Ansiedad
- 309.28/F43.22 Trastorno Adaptativo con Ansiedad y Estado de Ánimo Depresivo
- 309.30/F43.24 Trastorno Adaptativo con Alteración del Comportamiento
- 309.40/F43.25 Trastorno Adaptativo con Alteración Mixta de las Emociones y el Comportamiento
- 309.90/F43.9 Trastorno Adaptativo No Especificado

**Trastorno Disfórico Premenstrual**

no tiene un código asignado

## CRITERIOS PARA EXCLUIR OTROS TRASTORNOS DEL EJE I

En el caso de comorbilidad, el siguiente algoritmo (o jerarquía de trastornos basada en el DSM IV) se puede utilizar para reducir el número de trastornos comórbidos a aquellos que probablemente sean clínicamente significativos.

| <b>Pregunta</b>  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Están los síntomas de X   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| limitados exclusivamente o mejor explicados por Y, Z?  |                          |                          |
| Si se hace el diagnóstico X, vaya a la pregunta, inserte el diagnóstico X en la columna 1 y el diagnóstico Y, Z correspondiente en la Columna 2. |                          |                          |

### En cualquier combinación donde:

| Diagnóstico X  |   | Diagnóstico Y, Z, etc.  |
|--|---|---|
| <b>A</b> Episodio Depresivo Mayor                            | existe, déjelo al menos que el trastorno quede exclusivamente restringido o mejor explicado por el diagnóstico Y, Z | Episodio maniaco, hipomaníaco o mixto. Trastorno Esquizoafectivo. Trastorno Delirante o Trastorno Psicótico no especificado.  |
| <b>B</b> Trastorno Distímico                                 |   | Episodio Depresivo Mayor o Maníaco  |
| <b>C</b> Riesgo de Suicidio                                  |   | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>D</b> Episodio Hipo (Maníaco)                             | " "   | Episodio Depresivo Mayor concurrente en la misma semana = episodio mixto  |
| <b>E</b> Trastorno de Angustia                               | " "   | Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático  |
| <b>F</b> Agorafobia  | " "   | Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático  |
| <b>G</b> Fobia Social<br>(Trastorno de Ansiedad Social)      | " "   | Trastorno de Angustia o Agorafobia  |
| <b>H</b> Fobia Específica                                    | " "   | Trastorno de Angustia o Agorafobia o Trastorno Obsesivo-Compulsivo o Trastorno por estrés postraumático   |
| <b>I</b> Trastorno Obsesivo-Compulsivo                       | " "   | Cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>J</b> Estado por Estrés Postraumático                     | " "   | Agorafobia  |
| <b>K</b> Dependencia/Abuso de alcohol                        | " "   | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>L</b> Dependencia/Abuso de Sustancias<br>(No-alcohólicas) | " "   | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>M</b> Trastornos Psicóticos                               | " "   | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>N</b> Anorexia Nerviosa                                   | " "   | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>O</b> Bulimia Nerviosa                                    | " "   | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>P</b> Trastorno de Ansiedad Generalizada                  | " "   | Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Episodio Maníaco, Trastorno de Angustia, Trastornos Psicóticos, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno de Ansiedad |
| <b>Q</b> Trastorno Antisocial de la Personalidad             | " "   | Maníaco o Psicótico   |
| <b>R</b> Trastorno de Somatización                           | " "   | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>S</b> Hipocondría   | " "   | Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Angustia, Trastorno de Ansiedad de Separación, otro Trastorno Somatomorfo, Trastorno Delirante, Trastorno Dismórfico Corporal |
| <b>T</b> Trastorno Dismórfico Corporal                       | " "   | Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Angustia, Anorexia Nerviosa, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Psicótico  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>U</b> Trastorno por Dolor                                  | " | " | Episodio Depresivo Mayor, Maníaco, Trastorno de Angustia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Fobia Social, Fobia Específica, Trastornos Psicóticos, Dispareunia |
| <b>V</b> Trastorno Disocial (conducta)                        | " | " | Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I, ADHD  |
| <b>W</b> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad | " | " | Psicótico, Maníaco, Trastorno de Ansiedad, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Disocial (conducta)  |
| <b>X</b> Trastornos Adaptativos                               | " | " | Cualquier otro Trastorno del Eje I  |
| <b>Y</b> Trastorno Disfórico Premenstrual                     | " | " | Trastorno de Angustia, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, o un Trastorno de la personalidad   |
| <b>Z</b> Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión              | " | " | Cualquier otro Trastorno Psicótico.   |

## REFERENCIAS

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 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, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998: 13:26-34.

### Traducciones

### M.I.N.I. 4.4 o versiones previas

|                   |   |
|-------------------|---|
| Africano          |   |
| Árabe             |   |
| Alemán            | I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer   |
| Bulgarian         |   |
| Bengali           |   |
| Checo             |   |
| Chino             |   |
| Croatian          |   |
| Danés             | P. Bech   |
| Español           | L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier                                   |
| Estonian          |   |
| Farsi/Persa       |   |
| Finnish           | M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen   |
| Francés           | Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine                                     |
| Griego            | S. Beratis  |
| Gujarati          |   |
| Hebréo            | J. Zohar, Y. Sasson   |
| Hindi             |   |
| Holandés/Flamenco | E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere  |
| Húngaro           | I. Bitter, J. Balazs  |
| Icelandic         |   |
| Inglés            | D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan                       |
| Italiano          | L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller |
| Japonés           |   |
| Koreano           |   |
| Latvian           | V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads   |
| Noruego           | G. Pedersen, S. Blomhoff  |
| Polaco            | M. Masiak, E. Jasiak  |
| Portugués         |   |
| Portugués-Brazil  | P. Amorim   |
| Punjabi           |   |
| Rumano            |   |
| Ruso              |   |
| Serbio            | I. Timotijevic  |
| Setswana          |   |
| Slovenian         | M. Kocmur   |
| Sueco             | M. Waern,, S. Andersch, M. Humble   |
| Turco             | T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip   |
| Urdu              |   |
| Vasco             |   |

### M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 y M.I.N.I. Screen 5.0:

|  |
|--|
| R. Emsley  |
| O. Osman, E. Al-Radi   |
| G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil                                       |
| Dr. Hranov   |
| H. Banerjee, A. Banerjee   |
| P. Zvlosky   |
| L. Carroll, K-d Juang  |
| In preparation   |
| P. Bech, T. Schütze  |
| L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco |
| L.G. Shlik, A. Aluoja, E. Khil   |
| K. Khooshabi, A. Zomorodi  |
| M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen                                      |
| Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta                             |
| T. Calligas, S. Beratis  |
| M. Patel, B. Patel   |
| R. Barda, I. Levinson  |
| C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir  |
| I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen   |
| I. Bitter, J. Balazs   |
| J.G. Stefansson  |
| D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan              |
| L. Conti, A. Rossi, P. Donda   |
| H. Watanabe, T. Otsubo   |
| In preparation   |
| V. Janavs, J. Janavs   |
| K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger                                  |
| M. Masiak, E. Jasiak   |
| P. Amorim, T. Guterres   |
| P. Amorim  |
| A. Gahunia, S. Gambhir   |
| O. Driga   |
| A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky                                     |
| I. Timotijevic   |
| K. Ketlogetswe   |
| M. Kocmur  |
| C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren                     |
| T. Örnek, A. Keskiner  |
| A. Taj, S. Gambhir   |
| En preparación   |

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission.

Los autores dan su agradecimiento a:

Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en los módulos sobre Anorexia Nerviosa y Bulimia.

Dr. Humberto Nágera por sus recomendaciones en los módulos de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

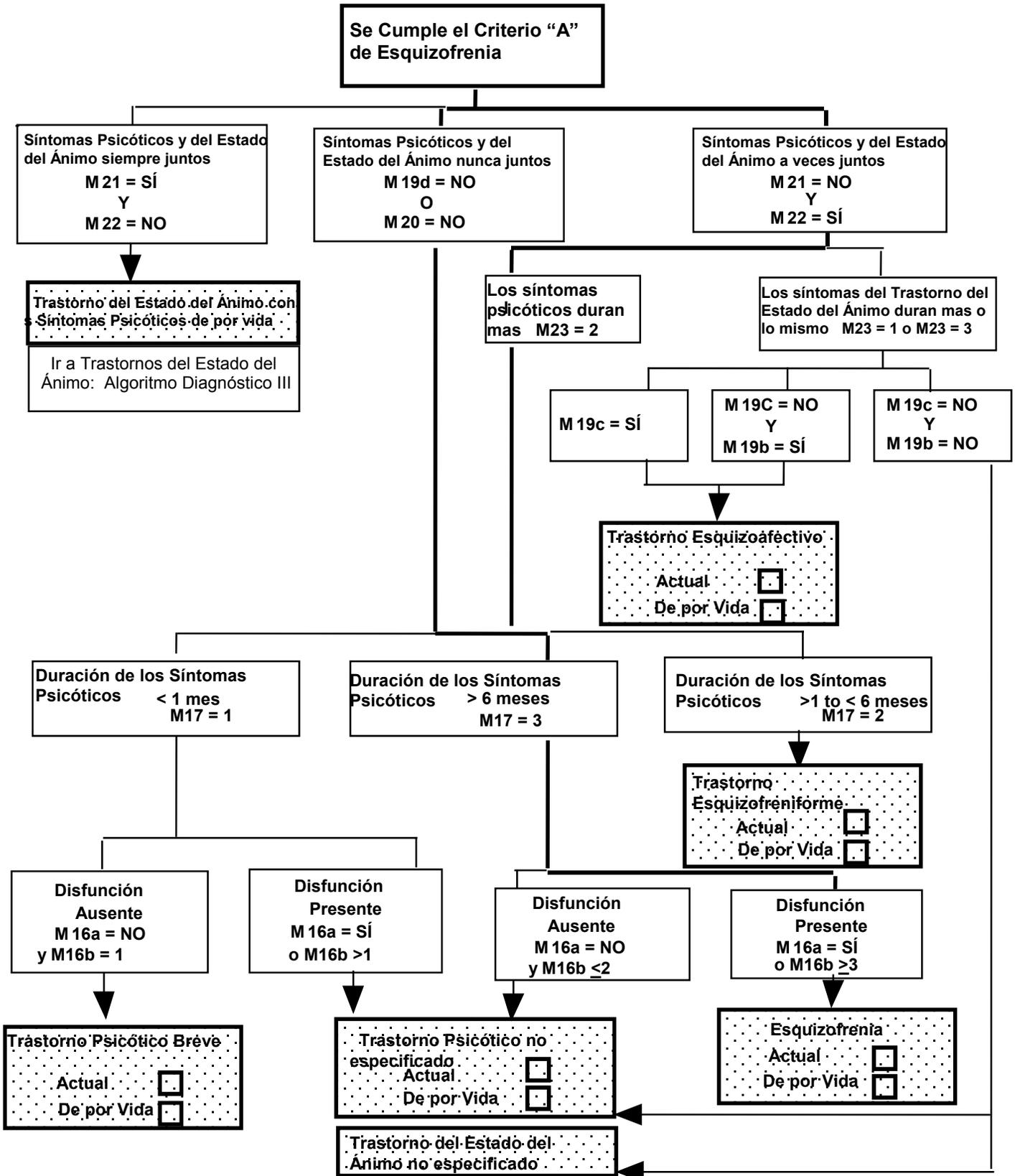
Drs. Jonathan Cohen and Donald Klein por sus recomendaciones en el módulo de Trastorno de Angustia del M.I.N.I. Plus.

Prof. Istvan Bitter and Dr. Judit Balazs por sus recomendaciones en el módulo de Trastorno de Mixto de Ansiedad y Depresión.



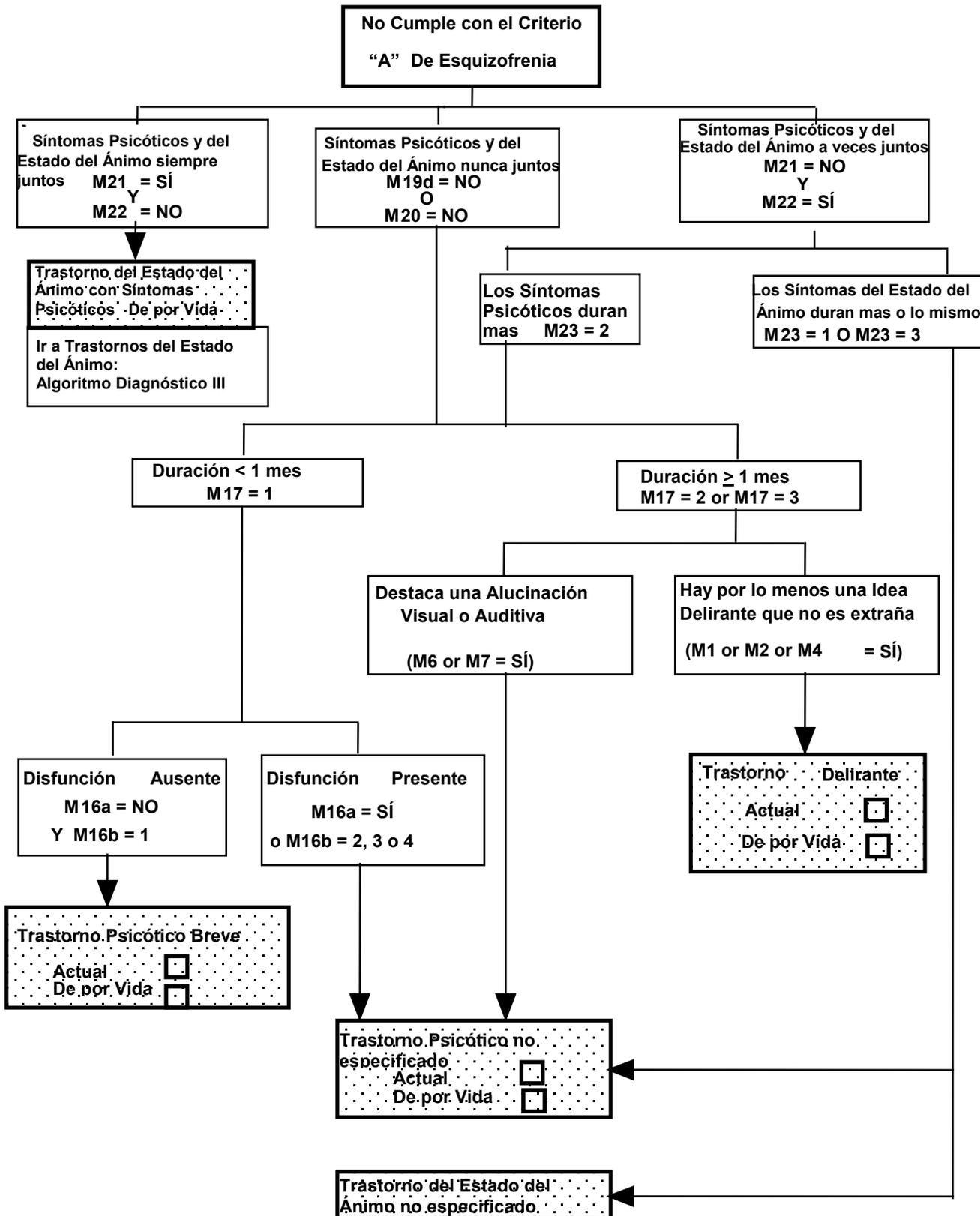
## TRASTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMO DIAGNÓSTICO I

Circular la casilla del diagnóstico apropiado para ambos diagnósticos el actual y el de por vida.  
 Un diagnóstico positivo excluye los demás. Si en este momento no se cumple el criterio "A" de esquizofrenia, pero sí se cumple el de por vida, los diagnósticos de por vida y el actual pudieran diferir.



## TRASTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMO DIAGNÓSTICO II

Circular la casilla del diagnóstico apropiado para ambos diagnósticos es el actual y el de por vida.  
Un diagnóstico positivo excluye los demás. Si en este momento no cumple el criterio "A" de esquizofrenia, pero sí se cumple el de por vida, los diagnósticos de por vida y el actual pudieran diferir.



## TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO: ALGORITMO DIAGNÓSTICO III

Consultar Secciones:           A    [Episodio Depresivo Mayor]  
   D    [Episode (Hipo)maníaco]  
   M    [Trastornos Psicóticos]

### SECCIÓN M:

- |     |  |    |    |   |   |
|-----|--|----|----|---|---|
| 1 a | ¿MARCÓ <b>NO</b> EN <b>M20</b> ?                                 | NO | SÍ | ➔ | IR A <b>2c</b>  |
| b   | ¿MARCÓ <b>NO</b> EN <b>M21</b> y MARCÓ <b>SÍ</b> EN <b>M22</b> ? | NO | SÍ | ➔ | CODIFIQUE <b>NO</b> EN <b>2c</b> ,<br><b>2d</b> Y <b>2e</b> |
| c   | ¿MARCÓ <b>SÍ</b> EN <b>M21</b> o MARCÓ <b>NO</b> EN <b>M22</b> ? | NO | SÍ |   |   |

### SECCIONES A y D:

- 2 a ¿Identificó una idea delirante en **A3e**?   No                    Sí
- b ¿Identificó una idea delirante en **D3a**?   No                    Sí

- c ¿Si **A8 = SÍ** (Episodio Depresivo Mayor presente)  
     y  
     **D6 y D7 = NO** (Episodios Hipomaníaco y Maníaco ausentes)?

**Especifique:**

**SIN** Síntomas Psicóticos (SP): SI **1a = SÍ** y **2a = NO**  
**CON** Síntomas Psicóticos (SP): SI **1a = NO** y **2a = SÍ**

**Especifique si el último episodio depresivo es actual o pasado (Pregunta A8)**

| NO                              | SÍ                       |
|---------------------------------|--------------------------|
| <b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b> |                          |
| sin SP                          | <input type="checkbox"/> |
| con SP                          | <input type="checkbox"/> |
| actual                          | <input type="checkbox"/> |
| pasado                          | <input type="checkbox"/> |

- d ¿Es **D7 = SÍ** (Episodio Maníaco presente)?

**Especifique:**

**SIN** Síntomas Psicóticos (SP): SI **1a = SÍ** y **2a = NO** y **2b = NO**  
**CON** Síntomas Psicóticos (SP): SI **1a = NO** y **2a = SÍ** y **2b = SÍ**

**Especifique si el último episodio depresivo es actual o pasado (Preguntas A8 o D6 o D7)**

| NO                         | SÍ                       |
|----------------------------|--------------------------|
| <b>TRASTORNO BIPOLAR I</b> |                          |
| sin SP                     | <input type="checkbox"/> |
| con SP                     | <input type="checkbox"/> |
| actual                     | <input type="checkbox"/> |
| pasado                     | <input type="checkbox"/> |

- e ¿Es **A8 = SÍ** (Episodio Depresivo Mayor presente)

    y  
     **D6 = SÍ** (Hipomaníaco Episodio presente)

    y  
     **D7 = NO** (Episodio Maníaco ausente?)

**Especifique si el último episodio del estado del ánimo es actual o pasado (Preguntas A8 o D6)**

| NO                          | SÍ                       |
|-----------------------------|--------------------------|
| <b>TRASTORNO BIPOLAR II</b> |                          |
| actual                      | <input type="checkbox"/> |
| pasado                      | <input type="checkbox"/> |