



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina  
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud  
Mental  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Centro Médico Nacional Siglo XXI  
Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Álvarez”

**TÍTULO:**

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN  
LOS SUBTIPOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SU IMPACTO EN LA  
CALIDAD DE VIDA”

**PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
PRESENTA:**

Dra. Maria Luisa Velázquez Castro

Asesor Teórico:

Dra. Irma S. Corlay Noriega

Asesor Metodológico

Dr. Martin Felipe Vázquez Estupiñan

México, D. F. Febrero 2015



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.

---

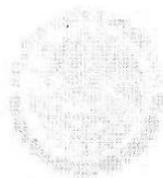
DOCTORA  
**DIANA GRACIELA MENEZ DIAZ**  
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

---

DOCTOR  
**MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRIA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

---

DOCTOR  
**MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRIA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,  
D.F. SUR

FECHA **28/04/2014**

**MTRO. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN LOS SUBTIPOS DE  
ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2014-3601-41</b>

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

## CONTENIDO

R E S U M E N .....	5
MARCO TEÓRICO.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
JUSTIFICACIONES .....	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	18
OBJETIVOS .....	19
HIPOTESIS .....	19
SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	20
INSTRUMENTOS.....	21
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	23
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	26
ASPECTOS ÉTICOS .....	26
RECURSOS HUMANOS Y FINANCIAMIENTO.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN .....	39
CONCLUSIONES.....	41
B I B L I O G R A F I A .....	43
ANEXOS: .....	44

.....

## **PREVALENCIA DE TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN LOS SUBTIPOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.**

### **R E S U M E N**

La Esclerosis Múltiple (EM) es una de las enfermedades neurológicas más comunes en el mundo; en muchos países es una de las principales causas de discapacidad no traumática en adultos jóvenes. Mientras algunos pacientes con EM presentan una discapacidad leve a lo largo de su vida, alrededor del 60% va a presentar dificultades para la deambulaci3n sin asistencia en los 20 a1os posterior al inicio de la enfermedad. Esto representa implicaciones mayores en la calidad de vida de las personas con EM, sus familiares, amigos y para los costos de salud si su condici3n no es manejada de forma adecuada. En los estudios realizados por D1az Olavarrieta et al revelan que la depresi3n afecta al 79% de los pacientes con EM. De estos pacientes, el 40% presentan periodos de agitaci3n a lo largo de la evoluci3n de la enfermedad, 37% presentan ansiedad, 20% apat1a, 13% euforia, 13% desinhibici3n y el 10% alg1n tipo de alucinaci3n, con una escasa tasa de detecci3n oportuna y tratamiento psiquiátrico adecuado para los pacientes debido a que frecuentemente los sntomas pueden confundirse o justificarse cuando el paciente es portador de EM, impactando en gran medida sobre la funcionalidad y calidad de vida.

Una de las principales alteraciones psiquiátricas en los pacientes con EM, son las alteraciones en el estado de ánimo, debido a que impacta de forma directa sobre la calidad de vida de los pacientes y se asocia en gran medida con el aumento de la tasa de riesgo suicida.

En la literatura médica se reporta que existe mayor riesgo suicida en los pacientes con EM en comparaci3n con otras enfermedades Neurológicas y en comparaci3n con la poblaci3n general. Los principales factores predictores del riesgo suicida en los pacientes con EM son: consumo de alcohol con patr3n de abuso, aislamiento social y los cuadros depresivos.

**OBJETIVO:** Conocer la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en pacientes que acuden a consulta externa de tercer nivel que padecen EM, y determinar qué impacto tienen los trastornos neuropsiquiátricos sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes con EM.

**HIPOTESIS:** La prevalencia de los trastornos neuropsiquiátricos en los pacientes con EM de la consulta externa de Neurología es mayor al 36% y se relaciona con menores niveles de calidad de vida. La proporción de pacientes identificados y en tratamiento es menor al 33%.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Es un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, en donde se estudiará a los pacientes del UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI que cuenten con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple. Se admitirán a todos los pacientes con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple, que acepten participar en el estudio, que acudan a consulta en el periodo de estudio a la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**RESULTADOS:** Se recabó para el estudio un total de 169 pacientes, 27 fueron eliminados y se estudiaron 142: 102 mujeres y 40 hombres con un promedio de edad de 38.8 años, un tiempo de evolución de 8.7 años, EDSS de 3.7 y 5.43 brotes en promedio. 123 pacientes presentan el tipo RR de esclerosis y 19 el tipo SP. De los 142 pacientes estudiados 78 pacientes presentaron datos clínicos positivos para realizar diagnóstico psiquiátrico comórbido, mientras que 64 se encontraron libres de psicopatología. De los 78 pacientes con diagnóstico psiquiátrico, solo 8 ya contaban previamente con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, 70 diagnósticos se realizaron de novo. Las psicopatologías más frecuentes fueron el episodio depresivo mayor y el trastorno mixto ansioso depresivo. De la clinimetría aplicada y principalmente el ASEX, sujeto de estudio, se encontró que 47 pacientes presentaban disfunción sexual (11 hombre y 36 mujeres) con mayor prevalencia en el sexo femenino. En general, la percepción de su calidad de vida de la mayoría de los pacientes osciló entre buena y regular, sin embargo al agregar las variables de tiempo de evolución de la enfermedad y número de brotes se observó que tanto en el inicio, como en las etapas avanzadas de la enfermedad la percepción de calidad de vida descendía drásticamente, y a la mitad del curso

tendía a mejorar su percepción. El promedio de la escala de índice de vida fue de 16.54, compatible con un nivel de calidad de vida medio.

1. Datos del alumno	1. Datos del alumno
Apellido Paterno:	Velázquez
Apellido Materno:	Castro
Nombre:	María Luisa
Teléfono:	55 6791 0893
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Curso de Especialización en Psiquiatría
No. De Cuenta:	511210428
2. Datos del asesor (es):	2. Datos del asesor (es)
Apellido Paterno:	Vázquez
Apellido Materno:	Estupiñan
Nombre:	Martín Felipe
Apellido Paterno:	Gil
Apellido Materno:	Palafox
Nombre:	Irwin Bernardo
3. Datos de la tesis	3. Datos de la tesis
Título:	“PREVALENCIA DE TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN LOS SUBTIPOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA”
No. De paginas	
Año:	2015
Número de registro	R-2014-3601-41

## MARCO TEÓRICO

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurológica, crónica, inflamatoria, autoinmune y desmielinizante, que afecta el Sistema Nervioso Central SNC. La EM ataca los axones mielinizados en SNC caracterizándose por producir desmielinización y degeneración axonal, acompañada de un proceso de gliosis que afecta el cerebro, la medula espinal y nervios ópticos. Es una de las causas más comunes de discapacidad en adultos jóvenes (1), afectando aproximadamente a 2.1 millones de personas en el mundo (2).

Epidemiológicamente se presenta con una prevalencia de 2 a 3 veces más en mujeres que en hombres, presentándose típicamente en adultos jóvenes entre los 20 a 45 años, siendo ocasional la presencia en niños o adultos mayores, con predominio en la población caucásica.

La etiología de esta enfermedad es desconocida, sin embargo, se sabe que involucra una compleja combinación entre susceptibilidad genética y factores no-genéticos desencadenantes, tales como virus, factores metabólicos o ambientales, que cuando llegan a conjuntarse desencadenan una respuesta autoinmune que genera ataques autoinmunes recurrentes en contra del SNC.

Desde el punto de estudio de la genética, el primer factor genético relacionado a la EM fue el locus del antígeno leucocitario humano (HLA) en 1970; este locus se encuentra localizado en el brazo corto del cromosoma 6, en la región denominada complejo mayor de histocompatibilidad. Los genes localizados dentro de esta región codifican la síntesis de glicoproteínas altamente poliméricas de la superficie celular, las cuales son un componente clave del sistema inmunológico. Desde este primer descubrimiento, se han realizado un gran número de investigaciones para comprender como funciona este mecanismo. En la actualidad, queda claro que el HLA por si mismo no puede explicar todo el componente genético de la EM; más aún, diferencias en la carga genética o el sexo que se han reportado en diversos estudios resaltan la complejidad de cómo el locus del HLA ejerce su influencia en esta patología.

Las nueva herramientas en la genética desarrolladas en las últimas décadas confirman la asociación del HLA clase II haplotipo DRB1\*15:01-DQA1\*01:02-DQB1\*06:02 con la EM, sin

embargo, más factores genéticos deben ser descubiertos, esta idea ha hecho que los investigadores se enfoquen en realizar estudios para localizar factores genéticos no relacionados con el HLA. En el futuro, hablaremos de los paneles genéticos de la EM, los cuales contendrán alrededor de 100-150 genes, sin embargo, con esta información solo logrará cubrirse solo una parte del componente genético de esta enfermedad. Los estudios de factores epigenéticos, modificaciones postranscripcionales, los cuales son de algún modo el vínculo entre la carga genética, el medio ambiente y el estilo de vida son uno de los principales retos de investigación en la siguiente década. Del mismo modo, estudios de GWAS se encuentran en proceso actualmente, los cuales en años próximos podrán descubrir nuevos genes candidatos, no solo relacionados con el riesgo, sino también con la evolución de la enfermedad y la respuesta a tratamiento.

En cuanto a los factores ambientales, se reporta en un meta-análisis, de 13 estudios, que la exposición a solventes orgánicos se asocia con el incremento del riesgo de desarrollar EM; el riesgo relativo estimado, en los individuos expuestos, es de 1.7 a 2.6. En pacientes con historial de exposición a solventes u otros químicos tóxicos, se observó que, un proceso de desintoxicación, puede ayudar a retardar e incluso revertir el proceso de enfermedad. (3) En cuanto a los factores dietéticos, una dieta baja en ingesta de grasas saturadas, rica en vegetales, granos y frutos antioxidantes, aceites de pescado y omegas, así como el limitar el consumo de cafeína, minimizar el consumo de alcohol y cesar el consumo de tabaco; en pacientes en etapas tempranas de la EM la frecuencia y severidad de los periodos de exacerbación de la enfermedad se ve reducida, presentando un mejor pronóstico a largo plazo, con solo un 8% de los pacientes que presentan deterioro durante un periodo de seguimiento de 3.6 años, en contraste con un 65% que se deterioran en el mismo periodo de tiempo si no se apegan a esta dieta; las recaídas se presentan progresivamente con menos severidad y menos prolongadas mientras los pacientes mantengan esta dieta y un gran número de pacientes reportan una disminución en la fatiga después de 2 a 3 años del seguimiento dietético.(3)

Desde el punto de vista clínico, los pacientes con EM, se clasifican en 5 principales categorías basadas en el curso de la enfermedad:

1. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE BENIGNA:** En estos casos, tras uno o dos cuadros agudos neurológicos, la recuperación es completa. Los pacientes no presenta deterioro progresivo a lo largo del tiempo y suelen presentar síntomas menos graves. Estos casos solo suelen identificarse cuando queda una pequeña secuela incapacitante permanente a los 10 o 15 años posterior al primer brote de EM.
  
2. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE – RECURRENTE:** Esta es la forma más común de la enfermedad, presentándose en aproximadamente el 85% de los pacientes con EM. Se caracteriza por periodos de exacerbación de síntomas neurológicos y periodos de remisión. Especialmente en fases tempranas de la enfermedad los síntomas disminuyen o desaparecen espontáneamente en un periodo que puede durar de días a meses. Nuevas recaídas pueden aparecer en semanas o varios años y son imprevisibles. El cuadro clínico de las recaídas puede incluir los síntomas iniciales u otros nuevos, sin embargo estudios de resonancia magnética muestran que el daño al SNC puede continuar en estos pacientes incluso cuando los síntomas han remitido. La mayoría de los pacientes manifiesta esta presentación clínica, y se sabe desde hace mucho tiempo que la EM *“nunca duerme”*, por lo que la importancia del tratamiento preventivo y de rehabilitación es muy grande.
  
3. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA SECUNDARIA:** En muchos casos la enfermedad cambia al cabo de varios años y los síntomas comienzan a progresar lentamente con o sin recaídas sobreimpuestas, pero aun se desconoce bien la etiología o mecanismo de esta presentación clínica. Este tipo de presentación clínica puede presentarse en algunos pacientes con EM de tipo remitente – recurrente.
  
4. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA PRIMARIA:** Afecta aproximadamente a solo un 10% de los pacientes con EM, presenta un avance crónico desde el principio, sin remisión

de los síntomas; a menudo inicia con debilidad en las piernas, alteraciones en la marcha y en el funcionamiento vesical. Esta forma de EM es en general, más resistente al tratamiento farmacológico típicamente utilizado para esta enfermedad.

5. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA – RECURRENTE:** Es una presentación rara, que afecta a menos del 5% de los pacientes con EM. Se presenta de forma progresiva desde el inicio, con brotes intermitentes de exacerbaciones de la sintomatología neurológica a lo largo del tiempo, pero sin periodos de remisión.

En cuanto al diagnóstico de la EM, no existe una prueba certera para realizar el diagnóstico de esta enfermedad, el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, las evidencias y hallazgos en estudios de neuroimagen y en estudios laboratoriales y de cito e inmunohistoquímica de líquido cefalorraquídeo.

Existen criterios establecidos para realizar el diagnóstico de EM, los criterios más comúnmente utilizados por los Neurólogos con los criterios de McDonald:

**2010 Criterios de McDonald para el Diagnóstico de la EM**

El diagnóstico de la EM requiere la eliminación de los diagnósticos más probables y diseminación demostrable de lesiones en tiempo y espacio.

Ataques Clínicos	Lesiones	Criterios adicionales para el diagnóstico
2 o más	Evidencia clínica objetiva de 2 o más lesiones <b>o</b> Evidencia clínica objetiva de 1 lesión con evidencia histórica razonable de un ataque anterior.	Ninguno. La evidencia clínica es suficiente. Otra evidencia es deseable pero debe ser consistente con la EM.
2 o más	Evidencia clínica objetiva de 1 lesión	Diseminación en espacio demostrada por > $\geq 1$ lesión T2 en por lo menos dos áreas del SNC típicas de la EM (periventricular, juxtacortical, infratentorial, o médula espinal); <b>o</b> > Se espera otro ataque clínico que comprometa otro sitio diferente en el SNC
1	Evidencia clínica objetiva de 2 o más lesiones	Diseminación en tiempo demostrada por > Lesiones asintomáticas vistas con y sin contraste en cualquier momento; <b>o</b> > Una lesión nueva T2 y/o lesiones demostradas con contrastes en la RM de seguimiento sin importar el momento; <b>o</b> > Se espera un segundo ataque clínico
1	Evidencia clínica objetiva de 1 lesión	Diseminación en espacio demostrada por > $\geq 1$ lesión T2 en por lo menos dos áreas del SNC típicas de la EM (periventricular, juxtacortical, infratentorial, o médula espinal); <b>o</b> > Se espera otro ataque clínico que comprometa otro sitio diferente en el SNC <b>y</b> Diseminación en tiempo demostrada por > Lesiones simultáneas asintomáticas vistas con y sin contraste en cualquier momento; <b>o</b> > Una lesión nueva T2 y/o lesiones demostradas con contrastes en la RM de seguimiento sin importar el momento; <b>o</b> > Se espera un segundo ataque clínico
0 (progresión desde el comienzo)		Un año de la progresión de la enfermedad (retrospectiva o prospectiva) <b>y</b> por lo menos 2 de estos 3 criterios: > Diseminación en espacio en el cerebro basada en $\geq 1$ lesión T2 en las regiones periventricular, juxtacortical o infratentorial; > Diseminación en espacio en la médula espinal basada en $\geq 2$ lesiones T2; <b>o</b> > LCR positivo

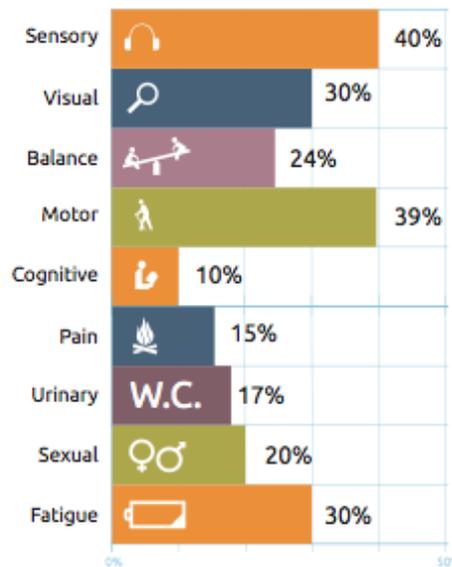
Abreviaciones: LCR – Líquido Cefalorraquídeo; RM- Resonancia Magnética; SNC- Sistema Nervioso Central

Estos criterios hacen uso de los avances en las técnicas de resonancia magnética para poder realizar diagnósticos en etapas más tempranas y por lo tanto ofrecer tratamiento y apoyo de forma más oportuna.

Desde el punto de vista clínico, el curso de la EM es altamente variable e impredecible; en la mayoría de los pacientes, la enfermedad se caracteriza inicialmente por un episodio de déficit neurológico reversible, el cual es, en la mayoría de los casos, seguido por un deterioro neurológico progresivo. Las manifestaciones iniciales más comunes incluyen parestesias, diplopía, amaurosis, paresias o debilidad en extremidades, disfunción intestinal o vesical, espasticidad, ataxia, fatiga y alteraciones mentales. Más del 30% de los pacientes presentan espasticidad de moderada a severa, predominantemente en extremidades inferiores; una de las manifestaciones más comunes de la EM es la parestasia que afecta una pierna y se propaga hacia la otra pierna, asciende hacia la pelvis, abdomen o tórax; generalmente las alteraciones sensitivas suelen remitir, sin embargo en algunas ocasiones evolucionan hacia un dolor neuropático crónico; también puede presentarse neuralgia del trigémino. Otro signo de presentación muy común en la EM es la neuritis óptica caracterizada por una pérdida parcial o total de la visión.

La disfunción vesical se presenta en más del 90% de los pacientes con EM, con frecuentes episodios de incontinencia urinaria en un tercio de los pacientes con EM(4). Al menos 30% de los pacientes presentan constipación. La fatiga se presenta en aproximadamente el 90% de los pacientes, es uno de los síntomas más comunes y más relacionados con la discapacidad laboral de los pacientes con EM. El desempeño de las funciones sexuales también presenta de forma frecuente alteraciones. En la literatura se reporta que de los pacientes con EM, únicamente el 2.2% de los pacientes han expuesto alguna vez sus problemas o dudas sobre su sexualidad con su médico tratante. Aproximadamente el 70.1% de los pacientes refieren tener una vida sexual activa, dentro de esta población, por lo menos un 82.5% presentan algún tipo de disfunción sexual; deseo sexual hipoactivo, se presenta más frecuentemente, con una prevalencia de 57.7%, disminución en la sensibilidad del área genital se presenta en un 45.2% y la disfunción en el orgasmo se presenta en un 39.8%, siendo estas afecciones las más comúnmente reportadas. (5)

En una encuesta realizada en el 2013 por la Multiple Sclerosis International Federation en varios países del mundo, se documento la siguiente incidencia de sintomatología referida por los pacientes con EM:



Tanto los Neurólogos como los Psiquiatras reconocen, desde hace mucho tiempo, que es frecuente la comorbilidad de padecimientos o síntomas psiquiátricos dentro del contexto de enfermedades neurológicas, ya que las disfunciones cerebrales de enfermedades neurológicas que provocan síntomas como convulsiones, alteraciones en el movimiento, el habla, la sensibilidad o el lenguaje, también afecta áreas del cerebro que regulan el ánimo, las emociones, la cognición y la percepción. Mientras las causas y enfermedad de base que afecta al cerebro, son frecuentemente, difícil de tratar, existe cada vez más evidencia emergente, de que los síntomas psiquiátricos secundarios a enfermedades neurológicas responden, en la mayoría de los casos, favorablemente a los tratamientos existentes, tanto farmacológicos, como a medidas no farmacológicas.

Aunque en la mayoría de los estudios y encuestas, los pacientes y personal médico relacionado con la atención de los pacientes con EM reportan escasamente la presencia de síntomas

neuropsiquiátricos, se ha demostrado en la literatura que las alteraciones psiquiátricas y neropsiquiátricas se pueden presentar en los pacientes con EM desde etapas muy tempranas de la enfermedad, siendo estas manifestaciones, frecuentemente pasadas por alto, pero impactando significativamente en la funcionalidad y calidad de vida del paciente con EM.

Las EM se asocia con diversas manifestaciones psiquiátricas, siendo las más frecuentes, las alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento, la personalidad y la personalidad; lo que dificulta el diagnóstico, especialmente al inicio de la enfermedad, ya que los primeros episodios de EM pueden ser confundidos con enfermedades puramente psiquiátricas. Se refiere en la literatura que los pacientes con EM son de 2 a 3 veces más susceptibles de presentar manifestaciones neuropsiquiátricas durante la evolución clínica de la enfermedad, sin embargo, la mayoría de los pacientes no reciben tratamiento específico para estas manifestaciones.

Una de las principales alteraciones psiquiátricas en los pacientes con EM, son las alteraciones en el estado de ánimo, debido a que impacta de forma directa sobre la calidad de vida de los pacientes y se asocia en gran medida con el aumento de la tasa de riesgo suicida en los pacientes. En la literatura médica se reporta que existe mayor riesgo suicida en los pacientes con EM en comparación con otras enfermedades Neurológicas y en comparación con la población general.(6) Los principales factores predictores del riesgo suicida en los pacientes con EM son: consumo de alcohol con patrón de abuso, aislamiento social y los cuadros depresivos(7).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) presentan prevalencias elevadas de Padecimientos Psiquiátricos, se ha calculado una prevalencia del 36 al 54% de depresión Mayor (Baubet et al. 2002) (Andreassen et al. 2014) (Carta et al.2014) (Berneiser et al.2014), 13% de Trastorno Bipolar (Carta et al. 2014), 35.7% de Trastorno de Ansiedad (Baubet et al. 2002), 22% de Trastorno Adaptativo (Baubet et al. 2002), 2 a 3 % de Psicosis (Baubet et al. 2002), aumento de la prevalencia suicida 2 veces más de lo registrado en la población general (Pompili et al. 2012) y de 6.5 a 46.2% de Afecto Pseudobulbar (Moore et al. 1997). Sin embargo, en México, en la población de pacientes que acuden a atención médica de tercer nivel, se desconoce la prevalencia de estos trastornos psiquiátricos en pacientes con EM, la coorelación clínica de la localización de las lesiones neurológicas con las manifestaciones neuropsiquiatricas y el impacto que tienen estas sobre la calidad de vida de los pacientes.

## JUSTIFICACIONES

La Esclerosis Múltiple (EM) es una de las enfermedades neurológicas más comunes en el mundo; en muchos países es una de las principales causas de discapacidad no-traumática en adultos jóvenes. Mientras algunos pacientes con EM presentan una discapacidad leve a lo largo de su vida, alrededor del 60% va a presentar dificultades para la dambulaci3n sin asistencia en los 20 años posterior al inicio de la enfermedad. Esto representa implicaciones mayores en la calidad de vida de las personas con EM, sus familiares, amigos y para los costos de salud si su condici3n no es manejada de forma adecuada.

La incidencia mundial de EM ha incrementado de 2.1 millones en el 2008 a 2.3 millones en el 2013, con una prevalencia media global que ha incrementado de 30 (2008) a 33 (2013) por 100 mil habitantes.

Las presentaciones clínicas de esta enfermedad pueden ser muy variadas, incluyendo la correlaci3n con múltiples patologías psiquiátricas, que afectan principalmente el afecto, la

conducta, la cognición y la personalidad, estos síntomas se presentan frecuentemente durante la evolución de la enfermedad, sin embargo estos síntomas son frecuentemente poco explorados, en parte por el abandono parcial del área de la neuropsiquiatría, la cual representa un campo entrelazado entre la neurología y la psiquiatría, sin embargo la valoración y detección de la sintomatología neuropsiquiátrica puede dificultarse debido a que muchos síntomas como alteraciones del sueño, fatiga, apatía, entre otros, pueden traslaparse con los presentados en la enfermedad de base (EM); lo que hace necesario una evaluación clínica minuciosa y la pericia del psiquiatra para identificar de forma temprana y oportuna las manifestaciones neuropsiquiátricas desde el momento de su inicio, lo cuál mejora significativamente el pronóstico y funcionalidad de los pacientes con EM, debido a que las alteraciones neuropsiquiátricas se asocian con un incremento en la discapacidad y rápida progresión de la EM. (2)

En general, las manifestaciones psiquiátricas en los pacientes con EM se presentan a lo largo del curso de la enfermedad, en la mayoría de los casos solo con exacerbación sintomática durante los brotes de EM, sin embargo algunos pacientes pueden presentar síntomas psiquiátricos de forma recurrente.(8) En solo el 1% de los casos los pacientes presentan manifestaciones psiquiátricas en el primer brote de EM(9).

Del mismo modo, dentro de las alteraciones neuropsiquiátricas, tres síntomas, que se presentan frecuentemente en la EM son: la depresión, la bella indiferencia y la mórea; existiendo la posibilidad, de presentar también, labilidad emocional, demencia, euforia, cambios en la personalidad y raramente cuadros psicóticos (10, 11)

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en los pacientes con EM se presentan de forma secundaria a la presencia de lesiones desmielinizantes en el lóbulo temporal, mediante una fisiopatología poco esclarecida, pero involucrando las funciones localizadas en esta región cerebral, como son: control del lenguaje, memoria y emociones; así mismo, las lesiones en esta región cerebral puede causar alucinaciones, alteraciones del pensamiento y del afecto, euforia, irritabilidad y déficit cognositivo.

Aunque la EM es clásicamente considerada una enfermedad que afecta predominantemente la sustancia blanca en el cerebro, se ha confirmado por estudios de patología que existe también

afección a la sustancia gris del cerebro durante el proceso patogénico de la enfermedad. En los últimos años las alteraciones cognitivas han sido reconocidas como uno de los síntomas más importantes de la EM, llegando a afectar aproximadamente al 65% de los pacientes. El déficit cognitivo comprende alteraciones en los procesos de memoria, velocidad de procesamiento mental, atención y funciones ejecutivas; y el déficit en estas funciones puede presentarse desde las etapas más tempranas de la enfermedad, y tienden a empeorar a lo largo de la evolución de la enfermedad, produciendo una discapacidad significativa en el desempeño en el trabajo y en casa, a pesar de presentar discapacidades físicas mínimas. Se ha demostrado que existe una correlación moderada del proceso de desmielinización de la sustancia blanca con el déficit cognitivo, lo que sugiere que las alteraciones en la sustancia blanca no pueden explicar por completo la variedad y extensión de las manifestaciones clínicas en la EM, incluyendo el déficit cognitivo. (11, 12). Episodios abruptos de déficits neurológicos, que duran algunos segundos o minutos, que se repiten a menudo a lo largo del día, son un síntoma ocasional, pero bien reconocido como parte del cuadro clínico de la EM, sin embargo se puede diagnosticar de forma errónea como un trastorno conversivo, retrasando el diagnóstico y tratamiento oportuno en los pacientes con EM.

En los estudios realizados por Díaz Olavarrieta et al(13) revelan que la depresión afecta al 79% de los pacientes con EM. De estos pacientes, el 40% presentan periodos de agitación a lo largo de la evolución de la enfermedad, 37% presentan ansiedad, 20% apatía, 13% euforia, 13% desinhibición y el 10% algún tipo de alucinación, con una escasa tasa de detección oportuna y tratamiento psiquiátrico adecuado para los pacientes debido a que frecuentemente los síntomas pueden confundirse o justificarse cuando el paciente es portador de EM, impactando en gran medida sobre la funcionalidad y calidad de vida del paciente.

#### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple, y como afecta la neuropsicopatología su calidad de vida?

## OBJETIVOS

### OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Conocer la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en pacientes que acuden a consulta externa de tercer nivel que padecen EM.
2. Determinar que impacto tienen los trastornos neuropsiquiátricos sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes con EM

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el número de pacientes de la población estudiada que ya contaban con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico previo al estudio
2. Determinar la prevalencia de Disfunción Sexual en los pacientes con EM

## HIPOTESIS

La prevalencia de los trastornos neuropsiquiátricos en los pacientes con EM de la consulta externa de Neurología es mayor al 36% y se relaciona con menores niveles de calidad de vida. La proporción de pacientes identificados y en tratamiento es menor al 33%.

## SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo

## UNIVERSO DEL ESTUDIO

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes del UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI que cuenten con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se admitieron a todos los pacientes con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple, que aceptaron participar en el estudio, que acudieron a consulta en el periodo de estudio a la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI

## SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple previamente establecido de acuerdo a los criterios de McDonald
2. Hombres o mujeres de 18 a 65 años
3. Que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que no aceptaron participar en el estudio
2. Pacientes con deterioro neurológico grave que les impidió responder por sí mismos la entrevista y clinimetría neuropsiquiátrica

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no concluyeron la evaluación clínica, clínicométrica o que decidieron abandonar el estudio

## INSTRUMENTOS

Se aplicó la siguiente clinimetría:

### 1. ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTRUCTURADA MINI:

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado demostrando que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y puede ser administrada en un periodo de tiempo breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos). La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno 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.

### 2. ESCALA DE EVALUACION DE DEPRESION PHQ-9:

Es un instrumento que permite evaluar el diagnóstico y la gravedad del trastorno depresivo de forma rápida sin perder efectividad así como también posibilita un seguimiento del tratamiento. Es un instrumento autoaplicable que requiere poco tiempo para responderlo y cuenta con una sensibilidad y especificidad aproximada del 90%. Esta escala consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad que va de 0 = "nunca" a 3 = "casi todos los días".

### 3. ESCALA DE INDICE DE BIENESTAR:

Es una escala que consta de 10 ítems, abarca los aspectos de afectos nivel de energía, satisfacción y adaptación a situación de vida actual, iniciativa y autonomía, cada ítem tiene

un índice de severidad que oscila entre 0:Todo el tiempo, a 3:Nada de tiempo. Se utiliza para catalogar el nivel de bienestar de vida percibido por el paciente entre bueno, regular y malo.

3. ESCALA DE AFECTO PSEUDOBULBAR CNS-LS:

Esta es una escala que se utiliza para valorar la presencia y gravedad de labilidad emocional en los pacientes, uno de los principales síntomas en la EM, consta de 7 ítems que evalúan datos de labilidad emocional mediante preguntas sobre cambios abruptos del ánimo, calificándose del 1 al 5, correspondiendo 1 a nunca presentar síntomas y 5 presentarlos la mayoría del tiempo. Se solicita al paciente responda el cuestionario con información basada en el comportamiento de una semana previa a la entrevista. Esta escala se encuentra validada y es ampliamente útil para pacientes con EM.

4. Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX):

Esta es una escala diseñada para medir la disfunción sexual, es una escala breve, autoaplicable, que consta de 5 ítems que evalúan las siguientes 5 dimensiones: Motivación sexual, Arousal Psicológico, Arousal Fisiológico (erección o lubricación vaginal), facilidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción con el orgasmo. Cada ítem es respondido con una escala Likert de 5 opciones de respuesta, 1 (nula disfunción sexual) a 5 (máxima disfunción sexual).

5. Escala Autoaplicada de Manía de Altman (ASRM):

Es una escala breve, compatible con el DSM-IV TR, para medir la presencia y gravedad de la sintomatología maniaca; está constituida por 5 ítems que evalúan: exaltación del estado de ánimo, autoestima exagerada, disminución de la necesidad de sueño, verborrea e hiperactividad.

Proporciona una puntuación total que puede oscilar entre 5 y 25 puntos; de 5 a 10 puntos son compatibles con ausencia de manía, puntuaciones de 11 o mayores son compatibles con manía.

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para la realización del estudio, se seleccionaron a los pacientes que asistieron a la consulta externa de Neurología de la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI que contaban con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple
- Se explicó a todos los participantes, el objetivo y en que consistía el estudio, y quienes aceptaron participar se les solicitó que firmaran la carta de consentimiento informado.
- Se les aplicó un paquete de escalas clínicas que contenían, el inventario para detección de depresión PHQ-9, Escala de Índice de Bienestar de Vida, Inventario CNS-LS para detección de afecto pseudobulbar, Escala ASEX y la Escala de Young para la evaluación de manía.
- Se les realizó a los pacientes una entrevista psiquiátrica estructurada MINI para hacer la evaluación clínica psiquiátrica y obtener datos complementarios como, tiempo de evolución de Esclerosis Múltiple, subtipo de Esclerosis Múltiple, número aproximado de brotes, tratamiento actual y antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos.
- El EDSS fue proporcionado por el servicio de neurología previa durante la consulta de seguimiento de Esclerosis múltiple.
- Posterior a la entrevista psiquiátrica estructurada se estableció si el paciente contaba o no con alguna patología psiquiátrica, los que contaban con alguna psicopatología se les inició tratamiento psicofarmacológico y se pusieron en seguimiento conjunto por el servicio de Psiquiatría y Neurología.
- Posteriormente se procedió a calificar cada prueba, recolectando a su vez el puntaje de cada una de las pruebas clínicas.
- Todas las pruebas fueron aplicadas por el investigador

## VARIABLES

DEPENDIENTES	INDEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de Esclerosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno Neuropsiquiátrico</li> <li>• Calidad de Vida</li> </ul>

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa discreta Número de años
Sexo	Construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos	Cualitativa nominal 1. Masculino 2. Femenino
Tipo de Esclerosis	Variedad de presentación y cuadro clínico característico de Esclerosis Múltiple	Cualitativa Ordinal  1. Esclerosis Múltiple Remitente – Recurrente 2. Esclerosis Múltiple Progresiva Secundaria
Edad de diagnóstico de la Esclerosis Múltiple	Tiempo transcurrido a partir del diagnóstico de Esclerosis Múltiple a la actualidad	Cuantitativa discreta Número de años
Número de recaídas	Episodios de exacerbación de los síntomas neurológicos que ha repercutido sobre la salud y funcionalidad neurológica del paciente.	Cuantitativa discreta Número de brotes
Antecedentes Heredofamiliares Neuropsiquiátricos	En la población de pacientes con diagnóstico de EM, si existe en su historia clínica presencia de antecedentes heredofamiliares de algún padecimiento Neuropsiquiátrico	Cualitativa nominal Categorías 0=NO 1=Si
Inventario PHQ-9	11 ítems para puntuar, evalúa los criterios para diagnóstico de depresión y la frecuencia con la que se presentan los síntomas, incluyendo la funcionalidad social del paciente. La frecuencia oscila entre 0-3  <ul style="list-style-type: none"> <li>• + de 5 ítems presentes con una frecuencia de 2 (más de la mitad de los días de una semana) o más de 10 puntos es sugestivo de depresión</li> </ul>	Cuantitativa continua  Al ser igual o mayor al punto de corte se considera presencia de episodio depresivo
Escala de Índice de	10 ítems para puntuar, evalúa	Cuantitativa continua

Bienestar de Vida	<p>estado de ánimo, nivel de energía, satisfacción de vida, adaptación a situación de salud e iniciativa y capacidad de enfrentar cambios. La frecuencia el tiempo con que se presentan estas conductas y oscila de 0-3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-30 puntos, compatible con percepción de BUENA calidad de vida</li> <li>• 19-10 puntos calidad de vida MEDIA</li> <li>• - 10 puntos MALA calidad de vida</li> </ul>	Según los diferentes rangos de corte se detecta la calidad de vida percibida por el paciente
Escala CNS-LS para Afecto Pseudobulbar	<p>7 ítems que evalúan la frecuencia con la que se presentan datos de labilidad emocional. La frecuencia oscila entre 1-5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El punto de corte establecido particularmente para pacientes con Esclerosis Múltiple es de 17 puntos = a afecto pseudobulbar, este punto de corte aumenta la sensibilidad y especificidad de esta escala en esta patología.</li> </ul>	<p>Cuantitativa continua</p> <p>Al ser igual o mayor al punto de corte se considera presencia de afecto pseudobulbar</p>
Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX)	<p>5 ítems que cuantifican la facilidad o dificultad en los siguientes aspectos de la respuesta sexual humana: Deseo-impulso, excitación, lubricación vaginal o erección, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción-placer en el orgasmo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punto de corte sin disfunción sexual 14 o menos puntos</li> <li>• Punto de corte para disfunción sexual 20 o más puntos</li> </ul>	<p>Cuantitativa continua</p> <p>Al ser igual o mayor al punto de corte se considera presencia o ausencia de disfunción sexual</p>
Escala Autoaplicada de Manía de Altman	<p>5 ítems que evalúan datos de manía e intensidad, para puntuar dispone de una escala de intensidad que oscila entre (0 – 5)</p>	<p>Cuantitativa continua</p> <p>Al ser igual o mayor al punto de corte se considera episodio maniaco</p>

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró la base de datos en Excel y se transfirieron los datos al Software Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para el análisis estadístico de los resultados; se utilizó la estadística descriptiva (media, promedio, desviación estándar), así como estadística analítica (coeficiente de correlación  $R^2$ ). De acuerdo a nuestras categorías de análisis, se determinó la prevalencia de psicopatología en pacientes con Esclerosis Múltiple y se comparó entre las diferentes variantes clínicas de la Esclerosis Múltiple, así como el impacto que la psicopatología causa en la percepción de la calidad de vida del grupo de pacientes estudiados. Se analizó si la presencia de antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos incrementa la prevalencia de psicopatología comorbida y si causa algún impacto sobre la percepción de calidad de vida del paciente con EM. Se aplicó un modelo de regresión lineal utilizando como variable dependiente el tipo clínico de EM y como variables independientes la presencia o ausencia de comorbilidad neuropsiquiátrica, y la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

## ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, en base al título segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, artículo 17, el trabajo a realizar se clasifica en la categoría 1, investigación sin riesgo ya que no habrá intervención o modificación intencionada de variables, así mismo se solicitará la firma del consentimiento de participación voluntaria.

## RECURSOS HUMANOS Y FINANCIAMIENTO

### RECURSOS HUMANOS

1 Residente del 4º año de la especialidad de psiquiatría

1 Asesor teórico y 1 asesor metodológico

### RECURSOS MATERIALES

Lápices, fotocopias de cuestionarios clinimétricos, computadora.

### RECURSOS FINANCIEROS

Fueron absorbidos en su totalidad por el investigador.

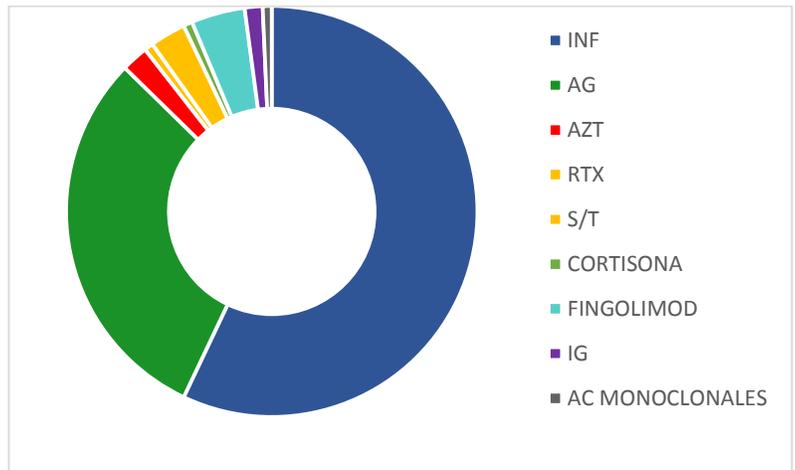
## RESULTADOS

En el estudio realizado del mes de Marzo a Julio del 2014 se obtuvieron un total de 169 pacientes, de los cuales 27 fueron eliminados del estudio por no responder por completo las escalas clinimetricas o reusarse a participar en el estudio, quedando una población de estudio de 142 pacientes. De estos, 102 son mujeres y 40 hombres, con una media de edad de 38.8 años.

El tiempo de evolución promedio de la enfermedad fue de 8.7 años y de 5.43 brotes. 123 pacientes del estudio tiene la variante Remitente Recurrente (RR) de Esclerosis Múltiple correspondiente al 86.61 de la población en estudio, el otro 13.39% de la población correspondiente a 19 pacientes, presenta la variante Secundariamente Progresiva (SP) de la enfermedad.

En cuanto al tipo de tratamiento recibido por los 142 pacientes del estudio se distribuyeron de la siguiente forma, con los siguientes fármacos:

TRATAMIENTO	
INTERFERON (6, 8 o 12 millones)	81
ACETATO DE GLAIRAMER	43
AZATIOPRINA	3
RITUXIMAB	1
SIN TRATAMIENTO	4
PULSOS DE CORTISONA	1
FINGOLIMOD	6
INMUNOGLOBULINA	2
ANTICUERPOS MONOCLONALES	1

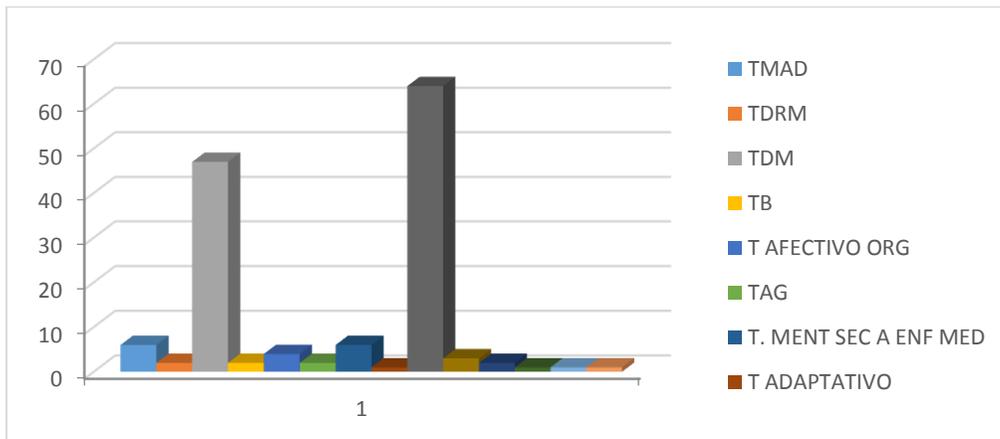


En cuanto a los antecedentes heredofamiliares, se detectó que 38 pacientes contaban con antecedentes neuropsiquiátricos positivos en su historia clínica, a diferencia de 104 pacientes que no contaban con antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos dentro de su historia clínica.

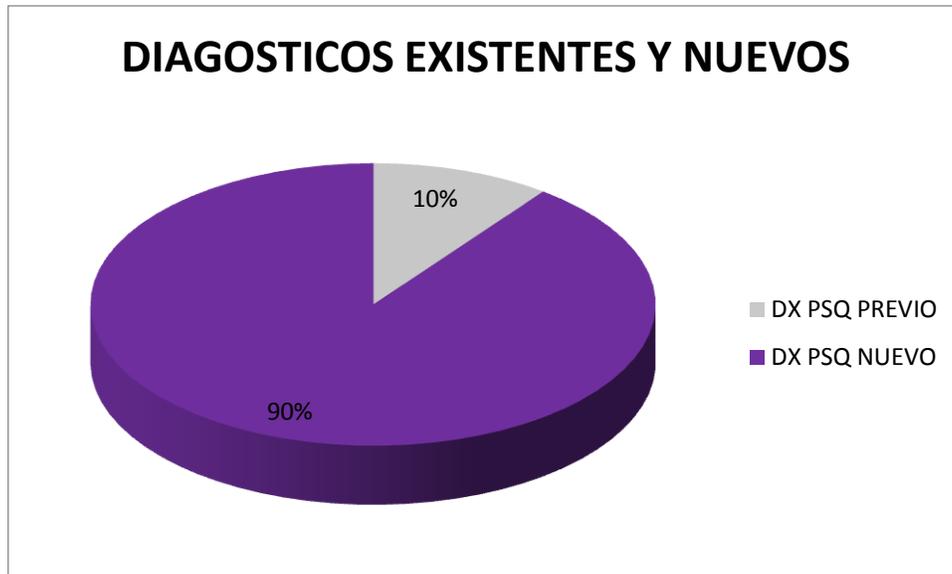
De nuestra población de estudio de 142 pacientes, al aplicarse las escalas diagnósticas y la entrevista MINI, se realizó diagnóstico psiquiátrico a 78 pacientes. 64 no tuvieron psicopatología. En el grupo de pacientes con diagnóstico positivo de psicopatología se encontraron los siguientes diagnósticos psiquiátricos, distribuidos como se muestra en la siguiente tabla y gráfica.

### DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

DX PSIQUIATRICO	FRECUENC IA	PORETA JE	VALID PERCENT	CUMULATI VE PERCENT
TMAD	6	4.2	4.2	4.2
TDRM	2	1.4	1.4	5.6
TDM	47	33.1	33.1	38.7
TB	2	1.4	1.4	40.1
TAO	4	2.8	2.8	43.0
TAG	2	1.4	1.4	44.4
TMEM	7	4.9	4.9	49.3
TA	1	.7	.7	50.0
SPP	64	45.1	45.1	95.1
INSOM NIO	3	2.1	2.1	97.2
DISTIMI A	2	1.4	1.4	98.6
DS	1	.7	.7	99.3
APB	1	.7	.7	100.0
Total	142	100.0	100.0	

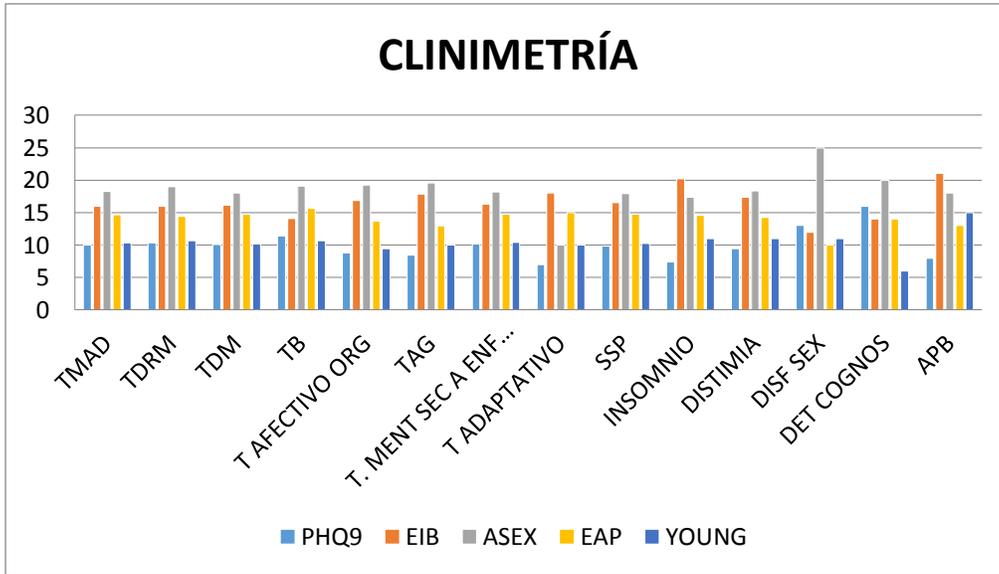


De los pacientes con psicopatología, el 10.25% (8 pacientes) ya contaban con diagnostico y tratamiento psiquiátrico previo a la realización de este estudio, mientras que el 89.75% (70 pacientes) recibieron diagnostico psiquiátrico por primera vez.



De acuerdo al diagnóstico psiquiátrico que obtuvo cada paciente, las respuestas de la clinimetria por promedio se distribuyeron de la siguiente forma:

DX PSIQ	PHQ9	EIB	ASEX	EAP	YOUNG
TMAD	10.04	15.99	18.3	14.69	10.29
TDRM	10.37	15.98	19.03	14.43	10.69
TDM	10.07	16.15	18.02	14.78	10.17
TB	11.41	14.09	19.1	15.63	10.67
T AFECTIVO ORG	8.81	16.83	19.22	13.67	9.45
TAG	8.44	17.83	19.53	12.94	10
T. MENT SEC A ENF MED	10.14	16.27	18.18	14.77	10.4
T ADAPTATIVO	7	18	10	15	10
SSP	9.81	16.51	17.91	14.73	10.25
INSOMNIO	7.37	20.25	17.37	14.62	11
DISTIMIA	9.4	17.36	18.31	14.28	10.96
DISF SEX	13	12	25	10	11
DET COGNOS	16	14	20	14	6
APB	8	21	18	13	15

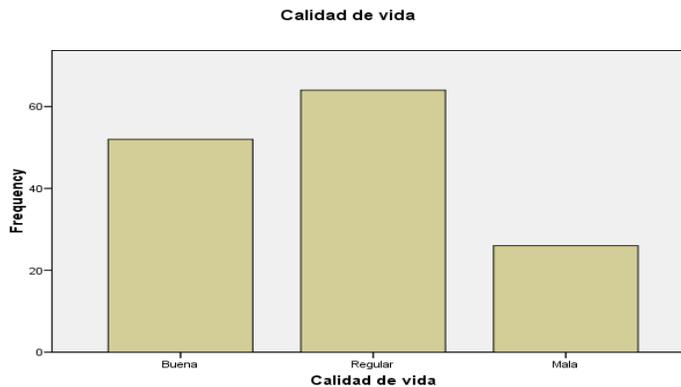


En estos resultados, destaca que los puntajes más altos obtenidos fueron en la escala de experiencia sexual de Arizona (ASEX), demostrando una gran incidencia de problemática en el ámbito sexual de los pacientes con Esclerosis Múltiple y psicopatología.

En general, la percepción de calidad de vida percibida por los pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple se obtuvieron los siguientes resultados:

#### Calidad de vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buena	52	36.6	36.6	36.6
	Regular	64	45.1	45.1	81.7
	Mala	26	18.3	18.3	100.0
	Total	142	100.0	100.0	

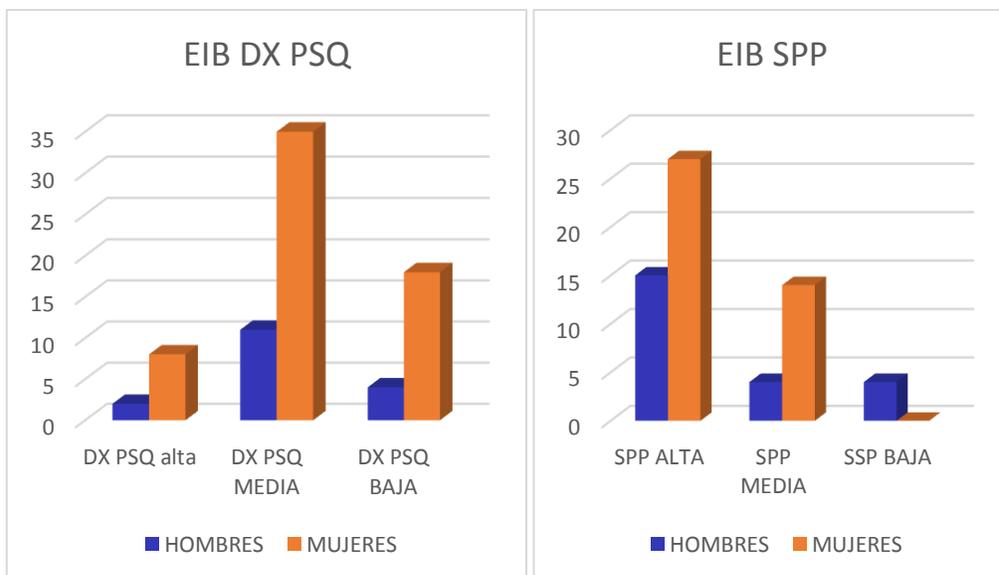


### Statistics

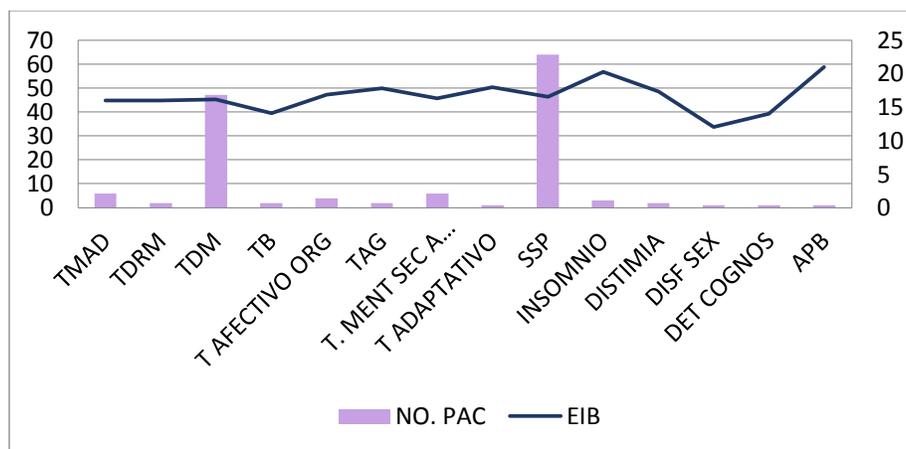
		Percepción de calidad de vida	Puntaje en ASEX
N	Valid	142	137
	Missing	0	5
Mean		16.55	17.92
Median		16.50	17.00
Mode		9	15
Std. Deviation		7.061	5.589
Variance		49.852	31.236
Skewness		.107	.366
Std. Error of Skewness		.203	.207
Kurtosis		-1.025	-.117
Std. Error of Kurtosis		.404	.411
Range		28	24
Minimum		2	6
Maximum		30	30
Sum		2350	2455
Percentiles	25	11.00	14.00
	50	16.50	17.00
	75	22.00	21.00

La percepción de la calidad de vida respecto a contar o no con diagnóstico psiquiátrico se distribuyó de la siguiente manera:

	EIB ALTA	EIB MEDIA	EIB BAJA
DX PSIQ +	10	44	22
SIN PSICOPATOLOGIA	42	18	4

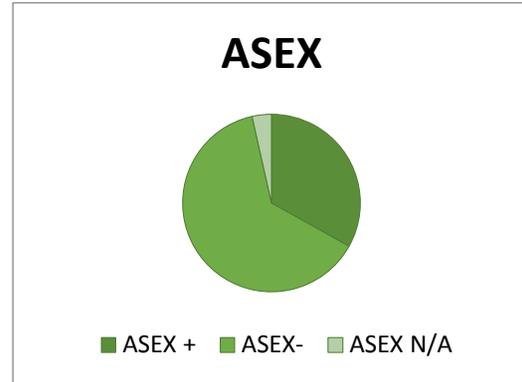
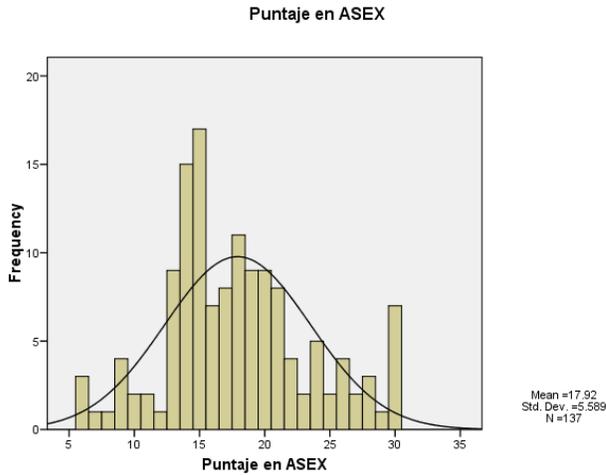


Al correlacionar las dos variables de presencia de psicopatología y percepción de calidad de vida se obtuvo la siguiente grafica:

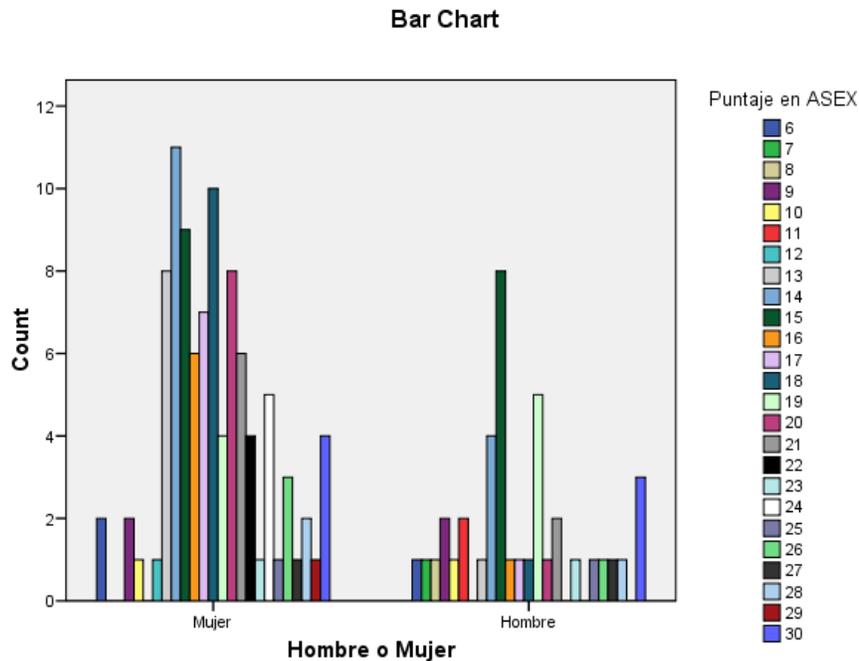


Destaca de este grafico que la mayor prevalencia de percepción de calidad de vida baja se encuentra en relación a los problemas de disfunción sexual y trastorno Bipolar.

Respecto a la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX), de los 142 pacientes de estudio no respondieron al cuestionario ASEX por ausencia de vida sexual activa.

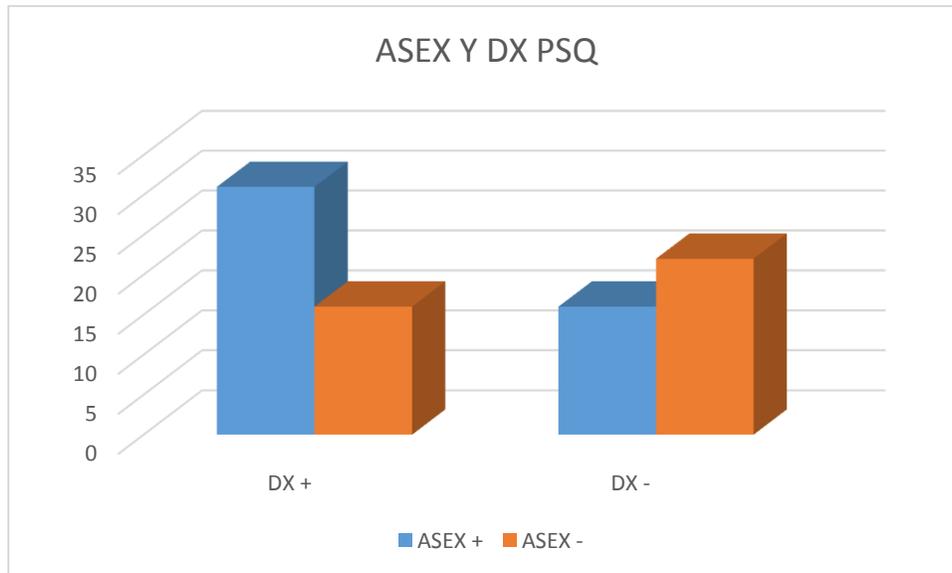


De los 137 cuestionarios restantes, 47 (34.30%) resultaron positivos para diagnóstico de disfunción sexual, de los cuales 11 son hombre y 36 mujeres, demostrando una mayor incidencia de este padecimiento en el sexo femenino.

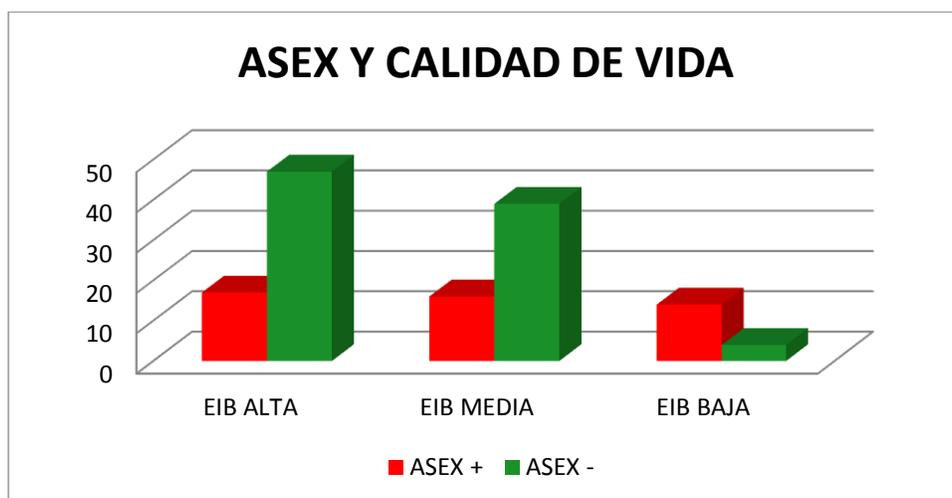


90 escalas resultaron negativas para diagnóstico de disfunción sexual (65.70%). De los 47 pacientes con ASEX positivo para disfunción sexual, el 65.95% (31 pacientes) contaban con algún

diagnostico psiquiátrico comorbido, mientras que el 34.05% (16 pacientes) no tenían otra psicopatología agregada.



En cuanto a la percepción de la calidad de vida, los pacientes con un ASEX positivo para disfunción sexual, 17 tienen una percepción de calidad de vida alta, 16 media y 14 baja, a diferencia de los pacientes con un ASEX negativo para disfunción sexual cuya percepción de vida alta es de 47 pacientes, 39 media y 4 baja, como se representa en la siguiente grafica comparativa.



En el análisis estadístico de correlación entre género, resultado en ASEX y percepción de calidad de vida se obtuvieron los siguientes resultados representados en las siguientes tablas y gráficas:

**Hombre o Mujer \* Calidad de vida \* ASEX + o - Crosstabulation**

Count

ASEX + o -			Calidad de vida			Total
			Buena	Regular	Mala	Buena
Disfunción Sexual	Hombre	Mujer	14	11	11	36
	o Mujer	Hombre	3	5	3	11
	Total		17	16	14	47
Sin Disfunción Sexual	Hombre	Mujer	18	36	7	61
	o Mujer	Hombre	14	10	5	29
	Total		32	46	12	90

**Chi-Square Tests**

ASEX + o -		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Disfunción Sexual	Pearson Chi-Square	.894(a)	2	.639
	Likelihood Ratio	.880	2	.644
	Linear-by-Linear Association	.087	1	.768
	N of Valid Cases	47		
Sin Disfunción Sexual	Pearson Chi-Square	4.752(b)	2	.093
	Likelihood Ratio	4.805	2	.090
	Linear-by-Linear Association	.748	1	.387
	N of Valid Cases	90		

a 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.28.

b 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.87.

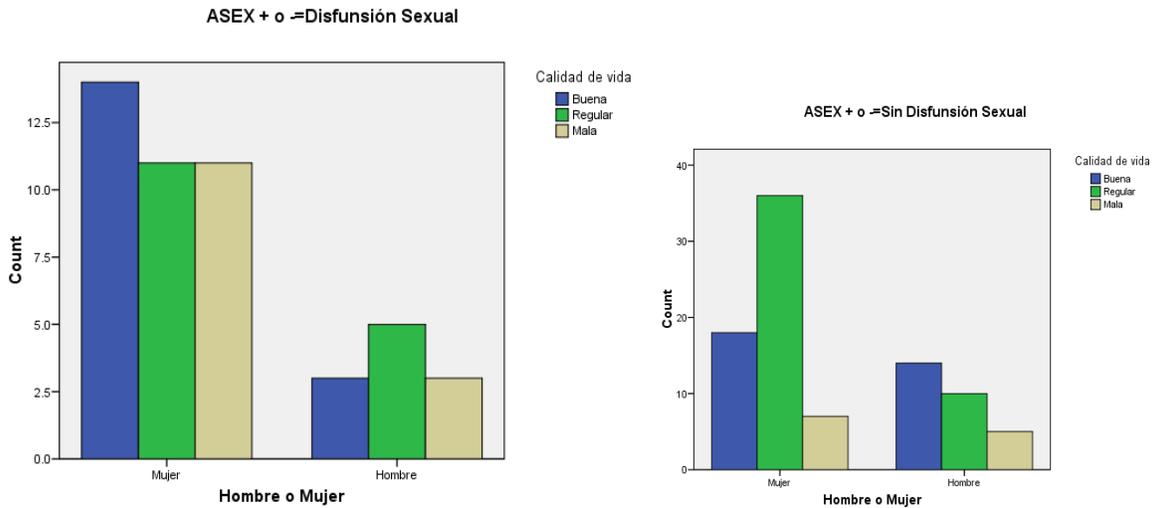
**Symmetric Measures**

ASEX + o -			Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Disfunción Sexual	Interval by Interval	Pearson's R	.044	.137	.293	.771(c)
	Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.047	.138	.317	.753(c)
	N of Valid Cases		47			
Sin Disfunción Sexual	Interval by Interval	Pearson's R	-.092	.113	-.863	.390(c)
	Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.112	.114	-1.060	.292(c)
	N of Valid Cases		90			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.



### Correlations

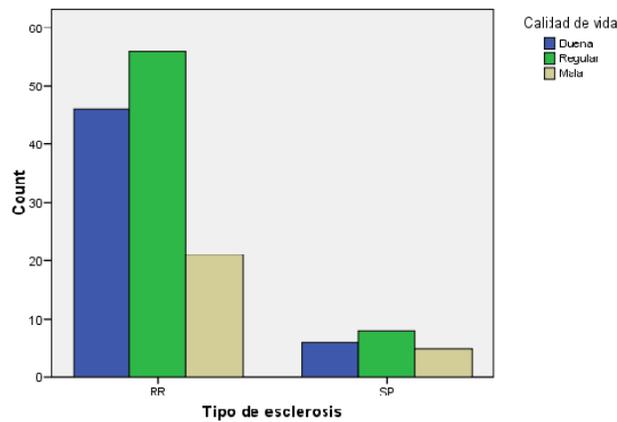
		ASEX + o -	Hombre o Mujer
ASEX + o -	Pearson Correlation	1	.092
	Sig. (2-tailed)		.285
	Sum of Squares and Cross-products	30.876	2.723
	Covariance	.227	.020
	N	137	137
Hombre o Mujer	Pearson Correlation	.092	1
	Sig. (2-tailed)	.285	
	Sum of Squares and Cross-products	2.723	28.732
	Covariance	.020	.204
	N	137	142

Respecto a los tipos de esclerosis estudiados en el proyecto de investigación, se realizaron varios análisis estadísticos, desde la media, moda y mediana, así como la correlación de variables entre el tipo de esclerosis presentada por los pacientes y la percepción de la calidad de vida y la presencia o ausencia de disfunción sexual, así como la repercusión del tipo de esclerosis y la presencia o ausencia de disfunción sexual y su repercusión sobre la percepción de la calidad de vida, obteniendo los siguientes resultados representados en las siguientes tablas y gráficas.

**Tipo de esclerosis \* Calidad de vida Crosstabulation**

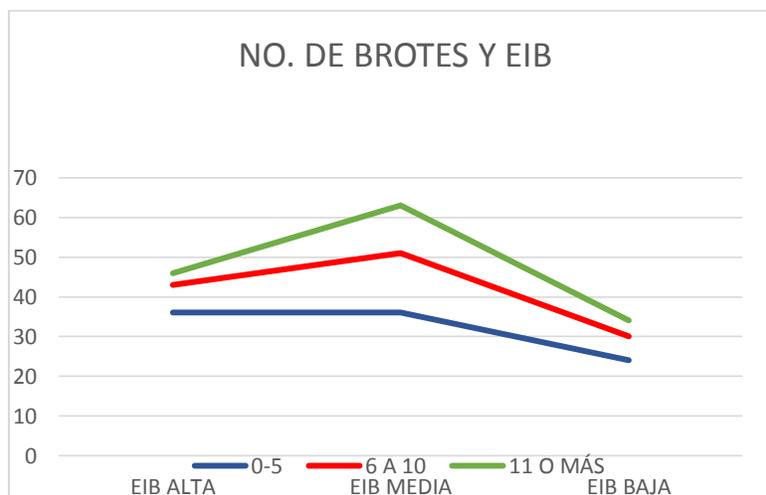
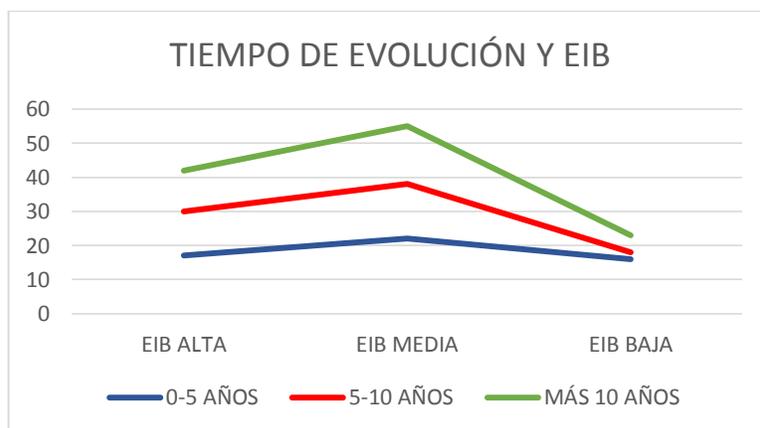
			Calidad de vida			Total
			Buena	Regular	Mala	Buena
Tipo de esclerosis	RR	Count	46	56	21	123
		% within Tipo de esclerosis	37.4%	45.5%	17.1%	100.0%
		% within Calidad de vida	88.5%	87.5%	80.8%	86.6%
	SP	Count	6	8	5	19
		% within Tipo de esclerosis	31.6%	42.1%	26.3%	100.0%
		% within Calidad de vida	11.5%	12.5%	19.2%	13.4%
Total	Count	52	64	26	142	
	% within Tipo de esclerosis	36.6%	45.1%	18.3%	100.0%	
	% within Calidad de vida	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Bar Chart



Respecto a la percepción de calidad de vida por los pacientes, al realizar correlación con respecto al número de años de evolución del padecimiento de base y el número de brotes padecidos por el paciente, se observó que en los primeros años de diagnóstico y en los primeros brotes padecidos por los pacientes la percepción de calidad de vida cae drásticamente en niveles muy bajos. Posteriormente en el punto medio de años de evolución y de número de brotes se observa un

repunte de la percepción de la calidad de vida, percibiéndola entre regular y buena, finalmente cuando incrementa el número de años de evolución en más de 10 años y aumenta el número de brotes presentados. Se encuentra que nuevamente cae la percepción de calidad de vida a mala. Esto se puede explicar debido a que al inicio de la enfermedad, el impacto del diagnóstico y el temor al pronóstico a largo plazo, produce un periodo adaptativo en los pacientes que repercute sobre la percepción de su calidad de vida aun cuando no cursen con signos o síntomas clínicos importantes o secuelas que comprometan su funcionalidad. Posteriormente, al resolver el periodo de adaptación y mantener un control parcial de la sintomatología de esclerosis múltiple mejora la percepción de la calidad de vida y la funcionalidad de los paciente, sin embargo al paso de los años y cuando las secuelas físicas, cognitivas y funcionales son evidentes, nuevamente decrece la percepción de la calidad de vida del paciente, debido a que su nivel de dependencia y la disfuncionalidad es importante. Lo siguiente se representa en las siguientes gráficas.



## DISCUSIÓN

Dentro de la literatura mundial, es bien sabido que existe una importante comorbilidad psiquiátrica en los pacientes portadores de Esclerosis Múltiple, sin embargo, existen pocos estudios realizados en la población mexicana que describan la prevalencia de psicopatología en pacientes con Esclerosis Múltiple y como esta se correlaciona con la edad de los pacientes, el género, el tipo de tratamiento recibido, los años de evolución de la enfermedad, número de brotes que han padecido, como influyen los antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos en la presencia o ausencia de psicopatología, y como todos estos factores pueden impactar sobre la percepción de calidad de vida que tiene el paciente.

En este estudio realizado en población mexicana, se encontró una alta prevalencia de psicopatología comórbida en los pacientes con diagnóstico de EM, aun desde etapas iniciales de la enfermedad, lo que confirma nuestra hipótesis inicial de investigación, y se apega a lo descrito en la literatura internacional sobre la EM y comorbilidad psiquiátrica.

A lo largo del estudio se encontró un hallazgo muy importante. La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio, se mostraron reconfortados y agradecidos ante la referencia del servicio de Neurología para atención psiquiátrica, ya que los pacientes consideran que en la mayoría de los casos este aspecto de la atención a la salud mental se deja de lado, o se le presta poca atención a su sintomatología afectiva, llevándolos a sentirse poco comprendidos y con la sensación de pobre empatía por parte de sus médicos tratantes.

Uno de los aspectos que más sorprendió a los pacientes se les explorara fue la función y experiencia sexual, ya que en muy escasas, si no es que nulas ocasiones, se explora este aspecto de la vida de los pacientes, aun cuando es uno de los aspectos más importantes en el bienestar global del paciente. Obtuvimos mucha cooperación y buena disposición para la entrevista, psicoeducación, tratamiento y seguimiento por parte de los pacientes estudiados. Se encontró, como era esperado, un número significativo de pacientes con problemas de disfunción sexual en las diferentes etapas de la respuesta sexual humana, todos ellos sin haber recibido diagnóstico ni tratamiento previo para esta psicopatología. Existen en la literatura internacional muy escasos

artículos publicados sobre el tema, y sin duda es un aspecto muy importante que requiere más estudio dentro de nuestra población.

Como se describió a detalle en los resultados, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes encontrados en nuestra población de estudio fueron los del tipo afectivo, específicamente, depresión y ansiedad, lo que concuerda con lo reportado en la literatura internacional, sin embargo, a pesar de la presencia de psicopatología comorbida y del tipo de esclerosis que presentan los pacientes, la calidad de vida percibida por los pacientes no fue tan baja como se esperaba, esto probablemente puede deberse a que una de las características de las EM es la “bella indiferencia” ante la gravedad del cuadro clínico y disfuncionalidad provocada por la enfermedad neurológica, como parte del daño neurológico y secuela de la EM que afectan la percepción de la magnitud de la gravedad de su situación de vida. Otra causa puede ser la resiliencia con la que cuentan estos pacientes, que a pesar de ser portadores de una enfermedad crónica, degenerativa y progresiva, la gran mayoría de ellos trata de llevar su vida lo más apegado a la normalidad que les es posible; sin duda, el tema de resiliencia sería un interesante aspecto de estudiar en futuras investigaciones.

En general, lo observado en este estudio es que la psicopatología es un componente importante en la vida de los pacientes portadores de EM, que debe de ser abordada desde etapas iniciales o desde la realización del diagnóstico, tanto para prevenir el desarrollo de comorbilidades psiquiátricas, como para tratar las ya existentes, ayudando así a mejorar la funcionalidad, percepción de vida, apego a tratamiento y aceptación de la enfermedad, mejorando así la resiliencia de los pacientes que cursan con enfermedades crónico degenerativas progresivas.

## CONCLUSIONES

- De los 142 pacientes incluidos en el estudio, se encontró una importante prevalencia de psicopatología en los pacientes portadores de Esclerosis Múltiple, por lo que es importante abordar el tratamiento de los pacientes con Esclerosis Múltiples de forma multidisciplinaria, abordando los aspectos psiquiátricos, que se manifiestan desde etapas muy tempranas de la enfermedad, como se confirmó en este estudio y corresponde a lo reportado en la literatura internacional.
- La gran mayoría de los pacientes que se les realizó diagnóstico psiquiátrico, se realizó de novo, siendo esto de gran relevancia ya que la mayor parte de los pacientes pasa un número significativo de años portando sintomatología psiquiátrica significativa, que afecta su funcionalidad y calidad de vida, sin recibir diagnóstico ni tratamiento para estas comorbilidades, solo un porcentaje muy pequeño, descrito en el estudio, contaba ya, con tratamiento psiquiátrico previo a la realización del protocolo de investigación.
- Otro de los aspectos encontrados es la alta incidencia de disfunción sexual en los pacientes con EM, con predominio, acorde a lo reportado en la literatura mundial, en el género femenino, sin embargo provoca mayor impacto en la calidad de vida sobre los hombres con disfunción sexual que en las mujeres. Este es un aspecto muy pobremente explorado en las consultas médicas de seguimiento y generalmente no tratado en el proceso de enfermedad de estos pacientes.
- De las escalas aplicadas, existen varios sesgos, la escala aplicada para la detección de afecto pseudobulbar, aun cuando se obtuvo el puntaje positivo para el diagnóstico, clínicamente no se pudo realizar el diagnóstico, ya que los pacientes no cumplían con los criterios clínicos para realizar el diagnóstico. Del mismo modo, la escala auto aplicable para manía de Altman, en un gran número de pacientes resulto con puntajes positivos para manía, sin embargo, a la entrevista no cumplieron con criterios para diagnóstico ni de episodio hipomaniaco, maniaco o trastorno bipolar los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar presentes en el estudio, ya contaban con este diagnóstico de mucho

tiempo antes de la realización del protocolo de investigación. Por lo que se concluye que esta prueba puede no ser la más apta para valorar manía en los pacientes con EM.

- Uno de los aspectos más importantes del proceso de diagnóstico de Psicopatología comorbida, fue la entrevista psiquiátrica estructurada, ya que si bien la clinimetría fue un buen instrumento de tamizaje, en muchos de los casos, el resultado obtenido en las escalas clinimétricas no correspondió a lo encontrado a la entrevista clínica, por lo que se recomienda que los pacientes con EM sean entrevistados por el psiquiatra como parte del protocolo de atención integral a pacientes con EM.
- En conclusión, la parte más importante observada en este estudio es el hecho de que los pacientes con EM, así como otros que cursan con enfermedades crónicas, progresivas y degenerativas, deberían ser abordados y atendidos por un equipo multidisciplinario que abarque los aspectos médicos, pero del mismo modos psiquiátricos, psicológicos y de adaptación que permitan mejorar su adaptación a la enfermedad, su funcionalidad y su calidad de vida global.

## BIBLIOGRAFIA

1. Multiple Sclerosis, Disease Modifying Treatments and Depression: A Critical Metodological Review
2. The Genetics of Multiple Sclerosis: Review of Current and Emerging Candidates
3. Multiple Sclerosis Review. Global Advance in Health and Medicine
4. ME Review (2)
5. M. Lew-Starowicz et al. Prevalence of Sexual Dysfunctions Among Women with Multiple Sclerosis. *Sex Disabil* (2013) 31:141–153
6. Feinstein A. Neuropsychiatric syndromes associated with multiple sclerosis. *J Neurol* 2007;254(Suppl 2):S73-S76.
7. Patten SB, Beck CA, Willians JVA, et al. Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. *Neurology* 2003;61: 1524-1527.
8. Gudiéne D, Burba B. Mental disorders and their relation to brain location: diagnostical problems. *Med* 2003;39:114-119.
9. Skegg K. Sclerosis presenting as a pure psychiatric disorder. *Psychol Med* 1993;23:909-914.
10. F. Patti, "Cognitive impairment in multiple sclerosis," *Multiple Sclerosis*, vol. 15, no. 1, pp. 2–8, 2009.
11. [7] S. G. Lynch, B. A. Parmenter, and D. R. Denney, "The association between cognitive impairment and physical disability in multiple sclerosis," *Multiple Sclerosis*, vol. 11, no. 4, pp. 469–476, 2005.
12. M. Rovaris, G. Comi, and M. Filippi, "MRI markers of destructive pathology in multiple sclerosis-related cognitive dysfunction," *Journal of the Neurological Sciences*, vol. 245, no. 1-2, pp. 111–116, 2006.
13. M. Calabrese, F. Agosta, F. Rinaldi et al., "Cortical lesions and atrophy associated with cognitive impairment in relapsing-remitting multiple sclerosis," *Archives of Neurology*, vol. 66, no. 9, pp. 1144–1150, 2009.
14. R. Zivadinov, J. Sepcic, D. Nasuelli et al., "A longitudinal study of brain atrophy and cognitive disturbances in the early phase of relapsing-remitting multiple sclerosis," *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 70, no. 6, pp. 773–780, 2001.
15. Constatin G. et al. Psychiatric Manifestations of Neurologic Disease: Where are we Headed? *Dialogues in Clin Neuroscie*. Vol 9-2. 2007
- 16.

ANEXOS:



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

Folio: \_\_\_\_\_

Título del protocolo:

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN LOS SUBTIPOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA”

Sede donde se realizará el estudio: **UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda”, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social**

Investigador principal: Dra. Maria Luisa Velázquez Castro

**Justificación del estudio:** La Esclerosis Múltiple (EM) es una de las enfermedades neurológicas más comunes en el mundo; en muchos países es una de las principales causas de discapacidad no-traumática en adultos jóvenes. Mientras algunos pacientes con EM presentan una discapacidad leve a lo largo de su vida, alrededor del 60% va a presentar dificultades para la dambulaci3n sin asistencia en los 20 a1os posterior al inicio de la enfermedad. Esto representa implicaciones mayores en la calidad de vida de las personas con EM, sus familiares, amigos y para los costos de salud si su condici3n no es manejada de forma adecuada. En los estudios realizados por DÍaz Olavarrieta et al(13) revelan que la depresi3n afecta al 79% de los pacientes con EM. De estos pacientes, el 40% presentan periodos de agitati3n a lo largo de la evoluci3n de la enfermedad, 37% presentan ansiedad, 20% apatía, 13% euforia, 13% desinhibici3n y el 10% alg3n tipo de alucinaci3n, con una escasa tasa de detecci3n oportuna y tratamiento psiquiátrico adecuado para los pacientes debido a que frecuentemente los sÍntomas pueden confundirse o justificarse cuando el paciente es portador de EM, impactando en gran medida sobre la funcionalidad y calidad de vida del paciente.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en pacientes que acuden a consulta externa de tercer nivel que padecen EM y determinar que impacto tienen los trastornos neuropsiquiátricos sobre la percepci3n de la calidad de vida de los pacientes con EM. Realizando las acciones médicas pertinentes para tratar de manera oportuna y eficaz las comorbilidades psiquiátricas de los pacientes con EM.

**Beneficios del estudio:** Detectar la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en los pacientes con EM y correlacionar como estos aspectos afectan la percepci3n de la calidad de vida de los pacientes con EM.

**Riesgos asociados con el estudio:** No existen, sin embargo si se identificaran en usted manifestaciones de manía, depresi3n, alteraciones sensorperceptuales, o cualquier otro sÍntoma indicativo de descontrol de su padecimiento, se le informara de manera oportuna a su médico tratante para que considere ajuste del tratamiento psicofarmacol3gico

#### ACLARACIONES

**Procedimiento:** Mi participaci3n consistirá en contestar de manera voluntaria, clara, honesta y sin presi3n alguna, escalas neuropsicol3gicas, los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de mis datos personales. No recibiré compensaci3n económica alguna al participar en el estudio, tampoco tendré que hacer gasto alguno.

El participante podrá retirarse de ésta investigaci3n en el momento que lo decida, sin que esto afecte su atenci3n médica en la UMAE Hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI

El investigador se ha comprometido a darme informaci3n actualizada sobre el estudio, así como de cualquier problema identificado, y referirme al servicio médico especializado en caso necesario

Yo \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la informaci3n anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigaci3n

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Testigo nombre y firma

**Esta parte debe ser completada por el investigador:**

He explicado al Sr (a): \_\_\_\_\_ la naturaleza y los prop3sitos de la investigaci3n, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participaci3n. He contestado a sus preguntas en medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

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

2

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

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

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

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **B4**?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

NO	SÍ
<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"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## D. Episodio (hipo)maníaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un 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? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL            SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p><b>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</b></p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



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

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

       
 ↓      ↓  
 HIPOMANÍACO      MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## E. Trastorno de angustia

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## F. Agorafobia

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

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

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

*Agorafobia actual*

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO                      SÍ

*TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO                      SÍ

*TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO                      SÍ

*AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia*

## G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

**FOBIA SOCIAL**  
*(trastorno de ansiedad social)*  
**ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	2
13	<b>En el último mes:</b>			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
14	<b>Durante el último mes:</b>			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## J. Abuso y dependencia de alcohol

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

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	<b>En los últimos 12 meses:</b>			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?			
		NO	SÍ	
		<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b>		
J3	<b>En los últimos 12 meses:</b>			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?			
		NO	SÍ	
		<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	NO	SÍ
----	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

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

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

**Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

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

**Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

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

**Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: \_\_\_\_\_

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

### K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |   |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| a                                      | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?                                                                                                                                                                                                                      | NO | SÍ | 1 |
| b                                      | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |   |
| c                                      | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?                                                                                                                                                                                                                                             | NO | SÍ | 3 |
| d                                      | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO | SÍ | 4 |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?            ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		NO	SÍ	
<b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>				
<b>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</b>				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?            ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		NO	SÍ	
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>				
<b>MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)</b>				

## L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				EXTRAÑOS	
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO SÍ	SÍ	1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 1.6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 1.6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO SÍ	SÍ	5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 1.6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 1.6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO SÍ	SÍ	9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L.1 A L.4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO SÍ		11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:					
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ → 1.8b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:</b>											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>			
NO	SÍ										
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>											
L12		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>		
NO	SÍ	18									
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>											
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO											
		o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	<table border="1"> <tr> <td>→</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> </table>			→		NO	SÍ		
→											
NO	SÍ										
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA:  Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>		
NO	SÍ	19									
<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>											
<b>MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)</b>											

## M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

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

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## N. Bulimia nerviosa

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

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

N8	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN N5 O CODIFICÓ <b>NO</b> EN N7 O SALTÓ A N8?	NO	SÍ	
		<b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>		
	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN N7?	NO	SÍ	
		<b>ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</b>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

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

### P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

### P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?**

*(Marque con una “:” para indicar su respuesta)*

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +

=Total Score:       

**Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA**

**INDICE DE BIENESTAR**

**Instrucciones**

**Circule el número en cada una de las siguientes frases que indique la PARTE DEL TIEMPO que se ha sentido así durante la última semana.**

**QUE PARTE DEL TIEMPO**

	Todo	Mucho	Poco	Nada
1. Me siento decaída(o) y triste.	0	1	2	3
2. Me siento tranquila(o) y calmada(o).	3	2	1	0
3. Me siento con energía, activa(o) y vigorosa(o).	3	2	1	0
4. Me despierto descansada(o) y animada(o).	3	2	1	0
5. He estado feliz, satisfecha(o) y contenta(o) con mi vida.	3	2	1	0
6. Me he sentido bien adaptada(o) a mi situación.	3	2	1	0
7. He vivido el tipo de vida que había deseado.	3	2	1	0
8. Me he sentido con ganas de hacer mis actividades o tomar nuevas decisiones.	3	2	1	0
9. He sentido que fácilmente puedo manejar o enfrentar cualquier problema serio o cambio importante en mi vida.	3	2	1	0
10. Mi vida diaria ha estado plena de cosas interesantes para mí.	3	2	1	0

### 8.3.4. Escala de Experiencia Sexual de Arizona (Arizona Sexual Experience Scale, ASEX)

Para cada ítem, por favor, indique su nivel *global* durante la *última semana*, incluyendo *el día de hoy*.

1. ¿Cómo de fuerte es su deseo/impulso sexual?	1 <input type="checkbox"/> Extremadamente fuerte	2 <input type="checkbox"/> Muy fuerte	3 <input type="checkbox"/> Algo fuerte	4 <input type="checkbox"/> Algo débil	5 <input type="checkbox"/> Muy débil	6 <input type="checkbox"/> No deseo
2. ¿Con qué facilidad se excita sexualmente?	1 <input type="checkbox"/> Extremadamente fácil	2 <input type="checkbox"/> Muy fácil	3 <input type="checkbox"/> Algo fácil	4 <input type="checkbox"/> Algo difícil	5 <input type="checkbox"/> Muy difícil	6 <input type="checkbox"/> Nunca excitado/a
3a. Varones: ¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?	1 <input type="checkbox"/> Extremadamente fácil	2 <input type="checkbox"/> Muy fácil	3 <input type="checkbox"/> Algo fácil	4 <input type="checkbox"/> Algo difícil	5 <input type="checkbox"/> Muy difícil	6 <input type="checkbox"/> Nunca
3b. Mujeres: ¿Con qué facilidad su vagina se vuelve húmeda durante la actividad sexual?	1 <input type="checkbox"/> Extremadamente fácil	2 <input type="checkbox"/> Muy fácil	3 <input type="checkbox"/> Algo fácil	4 <input type="checkbox"/> Algo difícil	5 <input type="checkbox"/> Muy difícil	6 <input type="checkbox"/> Nunca
4. ¿Con qué facilidad alcanza el orgasmo?	1 <input type="checkbox"/> Extremadamente fácil	2 <input type="checkbox"/> Muy fácil	3 <input type="checkbox"/> Algo fácil	4 <input type="checkbox"/> Algo difícil	5 <input type="checkbox"/> Muy difícil	6 <input type="checkbox"/> Nunca alcanza el orgasmo
5. Sus orgasmos, ¿son satisfactorios?	1 <input type="checkbox"/> Extremadamente satisfactorios	2 <input type="checkbox"/> Muy satisfactorios	3 <input type="checkbox"/> Algo satisfactorios	4 <input type="checkbox"/> Algo insatisfactorios	5 <input type="checkbox"/> Muy insatisfactorios	6 <input type="checkbox"/> No puede alcanzar el orgasmo

### ESCALA DE LABILIDAD EMOCIONAL (AFECTO PSEUDOBULBAR)

<b>El centro para el estudio neurológico de la escala de labilidad</b> (The center for neurologic study lablility scale o CNS-LS)	
Marque el número que mejor describa el sentimiento.	
Encuentro que a veces aunque quiera no puedo controlar la risa.	1 2 3 4 5
Encuentro que la risa me domina fácilmente.	1 2 3 4 5
Hay veces que no estoy pensando en nada cómico o alegre, pero sin embargo de momento tengo unas ganas de reír incontrolables con pensamientos cómicos o alegres.	1 2 3 4 5
Otras personas me han dicho que me divierto fácilmente o que parece que me divierten cosas que no son realmente divertidas.	1 2 3 4 5
Encuentro que lloro facilmente.	1 2 3 4 5
A veces me siento bien y de momento siento ganas de llorar sobre cosas pequeñas o sin razón alguna.	1 2 3 4 5
Encuentro que aunque quiera controlar las ganas de llorar, no puedo.	1 2 3 4 5

## Escala Autoaplicada de Manía de Altman (ASMS)

Altman, E.G.; Hedeker, D.; Peterson, J.L. y Davis, J.

Adaptado al ámbito español por: Álvarez, P.; Benavent P.; García J.M.; Livianos L.; Rojo, L.

Nombre\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_ Puntuación\_\_\_\_\_ **Instrucciones**

1. En este cuestionario encontrará grupos de cinco frases; Lea atentamente cada grupo.
2. Señale cual de las frases de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante la última semana.
3. Rodee con un círculo el número que está al lado de cada frase elegida.
4. Por favor tome nota: La palabra “ocasionalmente” es utilizada aquí cuando ocurre una o dos veces; “A menudo” cuando ocurre varias veces o más; “Frecuentemente” cuando ocurre la mayor parte del tiempo.

1)

0. No me siento más alegre o animado de lo habitual
1. Ocasionalmente me siento más alegre o animado de lo habitual
2. A menudo me siento más alegre o animado de lo habitual.
3. Me siento más alegre o animado de lo habitual la mayor parte del tiempo.
4. Me siento más alegre o animado de lo habitual todo el tiempo.

2)

0. No me siento más seguro de mí mismo de lo habitual.
1. Ocasionalmente me siento más seguro de mí mismo de lo habitual.
2. A menudo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual.
3. La mayor parte del tiempo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
4. Me siento extremadamente seguro de mí mismo todo el tiempo.

3)

0. No necesito dormir menos de lo habitual
1. Ocasionalmente necesito dormir menos de lo habitual
2. A menudo necesito dormir menos de lo habitual.

3. Frecuentemente necesito dormir menos de lo habitual.
4. Puedo funcionar todo el día y toda la noche sin dormir ni sentirme cansado.

4)

0. No estoy más hablador de lo habitual.
1. Estoy ocasionalmente más hablador de lo habitual.
2. A menudo estoy más hablador de lo habitual.
3. Frecuentemente estoy más hablador de lo habitual. 4. Hablo constantemente y no me pueden interrumpir.

5)

0. No he estado más activo ( ni socialmente, ni sexualmente, ni en el trabajo, ni en casa ni en el colegio) de lo normal.
1. He estado ocasionalmente más activo de lo normal.
2. A menudo he estado más activo de lo normal.
3. Frecuentemente he estado más activo de lo normal.
4. He estado constantemente activo.