



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**DIFERENCIAS EN FRECUENCIA, DURACIÓN Y TIPO DE
ILUSIONES AUDITIVAS INDUCIDAS POR RUIDO BLANCO EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y UN GRUPO CONTROL DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MORELOS**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
PSIQUIATRA**

PRESENTA:

DR YAIR EDER OSKARS GARCÍA ESPINOSA

**ASESORES:
DRA SILVIA ARACELY TAFOYA RAMOS
DR. MIGUEL PALOMAR BAENA**

CIUDAD DE MEXICO, FEBRERO 2019



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.

Dedicatoria

A mis padres quienes, con su incondicional apoyo y esfuerzo, tomado de sus manos, me impulsaron a crecer y creer en mí.

A mi esposa cuya alegría y entusiasmo ha respaldado mi trayecto y ha acompañado mí camino.

A Alonso, mi hijo, de quien surge esperanza, fe y motivación infinita. Por la fortuna de aprender de su gracia y existencia.

A mis maestros por su paciencia, su vocación y todas sus enseñanzas. Siempre estarán presentes.

Agradecimientos

Especial agradecimiento a mis maestros. Su ejemplo, su vocación y su enseñanza no tendrán fin pues se replicará en quienes los escuchamos. Gracias.

TABLA DE CONTENIDOS

MARCO TEORICO	1
ANTECEDENTES	4
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
HIPÓTESIS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
TIPO DE ESTUDIO	13
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	14
DEFINICIÓN DE VARIABLES	16
PROCEDIMIENTO	18
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	20
IMPLICACIONES ETICAS	21
ORGANIZACIÓN	22
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	22
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	23
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS	31

ANEXOS **36**

ANEXO 1	36
ANEXO 2	42

Marco Teórico

La esquizofrenia es actualmente una entidad altamente incapacitante y de gran coste social y económico dado su pobre pronóstico y limitado tratamiento. Con una prevalencia de aproximadamente 1%, representa una entidad frecuente en cualquier estrato social¹. Las alteraciones sensoriales constituyen uno de los fenómenos más prominentes y detectables en pacientes portadores de estos trastornos. Se ha llegado a evidenciar que las alucinaciones auditivas están presentes hasta en el 70% de estos pacientes y, en términos generales, se considera que son producto de una errónea atribución de un evento generado internamente a una fuente externa¹ o, dicho en otras palabras, una alucinación es “la convicción íntima de percibir realmente una sensación para la cual no hay objeto externo”². A diferencia de este fenómeno, la ilusión, entendida como la percepción errónea de un estímulo³, no necesariamente es considerada parte de un cuadro psicopatológico y, a pesar de que se ha estimado que su presencia es un evento común en población general⁴, el aumento de frecuencia o de intensidad de las ilusiones puede formar parte de las manifestaciones iniciales en pacientes con esquizofrenia⁵. Asimismo, se ha considerado que este fenómeno sensorial está vinculado neurobiológicamente con los mecanismos que intervienen en las alucinaciones auditivas⁵.

Respecto a los hallazgos neurobiológicos que sustentan de manera clara las ilusiones, se han encontrado características fisiológicas en las vías aferentes que propician la percepción errónea de estímulos⁵. En la vía visual, algunos de los hallazgos más sobresalientes fueron, entre otros, la pobre capacidad de adaptación de los conos y bastones ante ciertos tonos predominantes en las imágenes, generando imágenes simples contrastantes e inexistentes, o percepción de movimiento en imágenes estáticas⁶. Su equivalente neurobiológico ha sido descrito en ilusiones auditivas cuando ocurre la traslapación de ciertos tonos específicos que aparentan la disminución constante en una escala tonal de manera infinita pero objetivamente limitada (escala de Shepard o ilusión auditiva de Shepard)⁶. Asimismo, ilusiones en las que se percibe continuidad en sonidos monótonos a pesar de presentarse al sujeto de manera discontinua o interrumpida por tonos diferentes por periodos cortos⁶.

Clínicamente se ha logrado identificar a las ilusiones como un fenómeno predecesor de las alucinaciones auditivas bajo ciertas condiciones inducidas, por ejemplo, durante el uso de ketamina³ o exposición prolongada a estímulos monótonos o deprivación sensorial⁶. Por otro lado, se ha observado que, tanto alucinaciones como ilusiones auditivas, pueden formar parte de las experiencias sensoriales de la población general como fenómenos aislados sin que existan criterios para patología psiquiátrica².

Ante la falta de marcadores biológicos que puedan objetivar la presencia o ausencia de fenómenos sensoriales en pacientes con trastornos psiquiátricos (entre ellos la esquizofrenia), ha sido de amplio interés el estudio de las alucinaciones. Actualmente existen gran cantidad de evidencias que detallan las particularidades de dicho fenómeno tanto en el campo clínico como en el teórico. Se proponen diversas hipótesis neurobiológicas cuyo objetivo es el estudio de las vías sensoriales en busca de alteraciones específicas desde el ingreso de un estímulo a las vías periféricas^{2,7} hasta su procesamiento cortical así como mecanismos *bottom-up* y *top-down*^{8,9,10}. Se destacan las evidencias en lo referente al automonitoreo del discurso interno que proponen que la inadecuada atribución de un estímulo a una fuente externa se debe a una falla en el reconocimiento de estímulos propios, en especial pensamientos sonoros^{7,10,11} sin embargo, todas ellas limitándose al terreno de lo hipotético debido a la imposibilidad de corroborar de manera cuantitativa cualquier aseveración acerca del origen de las alucinaciones auditivas. Es ampliamente aceptado que el mecanismo mediante el cual se genera el fenómeno alucinatorio no se puede delimitar ni en lo funcional ni en lo topográfico ya que su presencia implica una gran gama de funciones cerebrales que se pueden alterar o variar incluso en situaciones no patológicas. El único punto coincidente y de convergencia de todas las hipótesis es su expresión clínica. Se ha llegado a considerar que la intensidad, la frecuencia, su duración y el tipo de alteración corresponden a un espectro en el que las ilusiones y las alucinaciones forman parte de un continuo en el cual la atribución errónea de un estímulo es el común denominador³.

Tanto ilusiones como alucinaciones comparten características fundamentales evidentes en un contexto clínico y convergentes en distintas funciones mentales relacionadas con procesos cognitivos. El atributo esencial de ambas es la percepción errónea de un estímulo con la posterior atribución de un significado que resulta incongruente con la información objetiva

sea interna o externa¹². La diferencia radica en que, mientras que en las ilusiones es posible inferir *a posteriori* dicho error y corregir la atribución de un significado dado por otro congruente con la realidad, en las alucinaciones no es posible realizar tal inferencia, por lo que se mantiene el error de atribución por periodos prolongados y, comúnmente, ajenos a la modificación por parte del pensamiento lógico¹².

Normalmente los mecanismos centrales de percepción brindan la capacidad de inhibir la respuesta neuronal a estímulos irrelevantes tanto internos como externos con la finalidad de lograr una mayor eficacia en la funcionalidad del sistema nervioso central y enfocar sus funciones a estímulos nuevos o de mayor significancia, de lo contrario, la actividad neuronal quedaría saturada por la gran cantidad de estímulos percibidos y, a su vez, analizados incluyendo estímulos relacionados con la generación central del lenguaje¹³. Cuando estos mecanismos fallan, la distinción entre la fuente del estímulo se puede percibir de manera errónea llegando a provocar que los estímulos internos, que normalmente serían imperceptibles y no tendrían relevancia, sean identificados como externos ya sea en asociación de estímulos externos objetivos (tal es el caso de las ilusiones) o sin ellos (como en las alucinaciones) como se ha observado en pacientes portadores de esquizofrenia¹⁴. Estos pacientes tienen una activación cortical mayor en respuesta a estímulos sonoros auto generados, como el *habla interna*, en comparación con pacientes sanos^{15, 16}. Como se ha mencionado antes, las ilusiones se conceptualizan como una percepción errónea ante un estímulo externo, sin embargo, la atribución del significado continúa siendo un proceso interno generado en respuesta a un estímulo el cual utiliza información previamente almacenada para generar una creencia, la creencia de que lo que se percibe es real. A este proceso se le denomina copia eferente y al resultado final (la creencia) se le denomina descarga del corolario^{17,18}. La actividad neuronal que se genera en dichos procesos ha sido evidenciada por medio de estudios electrofisiológicos en pacientes con esquizofrenia en comparación con pacientes sanos encontrándose diferencias marcadas respecto a la respuesta de estímulos específicos¹⁶.

Antecedentes

Debido a la relación existente entre los fenómenos alucinatorios en pacientes con Esquizofrenia y los fenómenos sensoriales presentes ante estímulos inducidos (entre ellos el ruido blanco), se ha estudiado la utilidad de dicha relación como predictor de psicosis atenuadas en procedimientos de aislamiento sensorial²⁴. Asimismo, se ha detectado que, incluso en periodos cortos de 15 a 25 minutos de exposición a estímulos monótonos, se pueden presentar alucinaciones, corroborando así los hallazgos obtenidos en el siglo pasado^{19,20}.

Se ha evidenciado anteriormente que una frecuencia aumentada de ilusiones auditivas ante estímulos sonoros aleatorios y sonidos de traslapación de múltiples voces de personas leyendo textos neutrales, podría predecir la transición de una fase prodrómica a una fase psicótica en pacientes esquizofrénicos²¹. Por otro lado, se han hecho comparaciones entre sujetos sanos, pacientes con trastornos psicóticos y los hijos de estos pacientes respecto a la frecuencia de ilusiones ante estímulos sonoros como ruido blanco mezclado con conversaciones aleatorias. Los hallazgos revelaron que la frecuencia del grupo de pacientes con trastornos psicóticos fue mayor (33%) que la frecuencia en población control (9%). Asimismo, sus hijos superan la frecuencia de ilusiones en la población control (14%)⁴. Resultan equiparables las evidencias obtenidas por Vercammen et al en una investigación relacionada con la detección de estímulos de habla incrustados en ruido blanco en el contexto de una prueba de discriminación de voz¹⁵. Evidencias posteriores reafirman la elevada frecuencia de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con trastornos psicóticos en comparación con sujetos sanos¹⁶. Así mismo se han encontrado diferencias electroencefalográficas en ondas alfa entre los pacientes que presentan ilusiones y los que únicamente perciben ruido blanco^{24, 25}.

Los hallazgos resultan equiparables con los obtenidos por Rimvall et al en un estudio en el que se analizaron las ilusiones presentes en niños de 11 a 12 años mediante inducción por ruido blanco asociado a voces neutrales conversando. Se observó que la capacidad de discriminar entre la presencia real de un estímulo verbal esta disminuida en adolescentes con antecedentes heredofamiliares para trastornos psicóticos²⁶.

Gran parte de la investigación neurobiológica respecto a las alucinaciones se ha realizado en pacientes portadores de esquizofrenia a pesar de que los escasos estudios en pacientes sanos han podido aportar evidencias relevantes como la amplia relación entre la actividad funcional en áreas específicas del sistema nervioso central²⁷. Sin embargo, a pesar los numerosos estudios realizados durante décadas se han mantenido inciertos los mecanismos específicos por medio de los cuales se generan las alucinaciones e ilusiones²⁸. El desconocimiento etiológico aun es amplio²⁸. Actualmente se sabe que las estructuras cerebrales implicadas tanto en alucinaciones como en ilusiones en cualquiera de sus modalidades (visual, táctil, auditiva, olfatoria, gustativa) se encuentran asociadas metabólicamente mediante estudios de imagenología funcional en los cuales se cuantifica el flujo sanguíneo y el consumo de oxígeno^{17, 24}. Dichas estructuras pueden incluir la totalidad de las vías sensoriales correspondientes, es decir, pueden ser generadas en cualquier punto neuroanatómico de las vías sensoriales, desde las neuronas aferentes más distales hasta regiones centrales en corteza cerebral o tallo encefálico²⁹.

Considerando que la incidencia de fenómenos de tipo psicótico (entre estos, alucinaciones auditivas) durante la infancia y adolescencia puede sugerir un elevado riesgo de transición a esquizofrenia^{30, 31, 32} y, a su vez, que tanto pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia como sus descendientes en primer grado presentan una mayor frecuencia de ilusiones inducidas ante estímulos sonoros específicos (entre ellos el ruido blanco)^{21, 22}, ha aumentado el interés por estudiar fenómenos sensoriales que pudieran presentarse como parte de cuadros incipientes de algunos trastornos mentales como la esquizofrenia. La evidencia disponible actualmente señala que la tendencia a detectar ilusiones auditivas inducidas por ruidos aleatorios fue más frecuente en pacientes con trastorno psicótico y además se asoció con niveles más altos de rasgos de personalidad esquizotípica en sujetos sin criterios para trastornos psiquiátricos, independientemente de las características de neurocognición. Estos resultados sugieren que las ilusiones auditivas, entre ellas las inducidas por ruido blanco, reflejan diferencias individuales en asociación al riesgo de desarrollar síntomas psicóticos⁴.

A mediados del siglo XX hubo un especial interés por investigar tanto alucinaciones como ilusiones en ambientes controlados, específicamente, por medio de la deprivación sensorial teniendo como prioridad el hecho de aumentar el conocimiento acerca del funcionamiento

cerebral por medio de ciertas técnicas experimentales. En ellas se intentaba crear un ambiente de aislamiento sensorial total que, teóricamente, alteraba las condiciones fisiológicas de percibir estímulos generando cambios sensoriales de manera evidente con el objetivo de conocer el complejo sistema sensorial y, de ser posible, dándole aplicaciones prácticas en el terreno de la salud mental^{33,34}. Gracias a las detalladas descripciones de los procedimientos por medio de los cuales fue posible emular un estado de aislamiento sensorial, se identificaron distintas condiciones específicas por medio de las cuales el aparato sensorial modificaba la forma de percibir el entorno. Se obtuvo evidencia de que algunos estímulos como luces atenuadas, luces de amplitud blanca, flotar en soluciones hipertónicas, el aislamiento social, sonidos monótonos o intensos por periodos prolongados, entre otros, podrían producir cambios sensoriales³³. Las evidencias obtenidas establecieron que, aunque las variaciones sensoriales inducidas de manera artificial eran variables y dependían de una gran cantidad de factores inherentes al sujeto y a las condiciones ambientales, existían elementos reproducibles por medio de los cuales cualquier sujeto podría experimentar fenómenos tales como alucinaciones o ilusiones²⁴. Esto dejaba por sentado que, bajo ciertos estímulos específicos, es posible alterar y a su vez observar cambios en la manera de percibir cualquier tipo de estímulo, en algunas ocasiones, incluso en periodos cortos menores a una hora³⁵.

Las evidencias obtenidas hace aproximadamente medio siglo en el terreno de la sensorialidad fueron retomadas recientemente en investigaciones en las que se pueden observar aspectos reveladores acerca del funcionamiento del aparato sensorial, por ejemplo, en lo relacionado a la jerarquización de las vías sensoriales se ha llegado a corroborar un punto que ya se observaba hace aproximadamente 60 años y que se relaciona con el predominio y priorización de ciertas vías sobre otras de distinto tipo, lo que ha tenido implicaciones clínicas que incluyen nuevas formas de tratamiento para entidades como el síndrome del miembro fantasma por medio de ilusiones visuales del miembro contralateral de tal manera que se induzca la percepción del miembro amputado³⁶. Otro ejemplo claro de las implicaciones de dichas investigaciones es el uso de ruido blanco para el tratamiento de tinnitus crónico en el que la utilidad radica en la priorización que hace el sistema auditivo a un estímulo constante y de mayor rango de frecuencias para atenuar, e incluso lograr la remisión, del molesto síntoma³⁶.

El uso de ruido blanco para la inducción de fenómenos sensoperceptuales se remonta a mediados del siglo pasado. Junto con el auge de la investigación enfocada a la privación sensorial, surgieron múltiples métodos y consideraciones técnicas que permitieron cuantificar los hallazgos obtenidos. Entre estas consideraciones, fue común el uso del ruido blanco dadas sus características técnicas de ser un sonido cuyas frecuencias (medidas en Hertz) son completamente aleatorias, constantes y con un espectro que abarca la totalidad de frecuencias existentes, entre ellas, las audibles por el oído humano³³.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la diferencia en la frecuencia, duración y tipo de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia vs un grupo control?

Justificación

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia, por su prevalencia y alto coste social, son considerados trastornos mentales altamente incapacitantes¹. Para llegar a su diagnóstico no existen pruebas completamente objetivas más allá de la clínica en estadios avanzados en que se hacen evidentes síntomas sensoriales como las alucinaciones auditivas propias de fases en las que la patología ya se ha establecido².

Actualmente las evidencias disponibles respecto a la etiología de las alucinaciones e ilusiones auditivas resultan insuficientes para esclarecer de manera contundente el origen de dichos fenómenos. Asociado a esta incertidumbre y la pobre delimitación neurobiológica, la posibilidad de encontrar marcadores biológicos que apoyen de manera certera el diagnóstico de los Trastornos del espectro de la Esquizofrenia es aún lejana.

Se ha encontrado asociación con distintos factores que podrían tener influencia importante en lo referente a la determinación del riesgo de padecer un trastorno del espectro de la esquizofrenia⁵. En ciertos pacientes con características determinadas como la personalidad esquizotípica, la carga genética, los tipos de crianza, la presencia de síntomas psicóticos atenuados en la infancia o adolescencia, anormalidades en la neurotransmisión periférica de estímulos sonoros, ha sido posible establecer asociaciones con el desarrollo de esquizofrenia. Sin embargo, dichas asociaciones se han limitado a ciertos grupos de pacientes de tal modo que, lo que es aplicable y válido para algunos, resulta ausente en otros⁵. En este contexto, resulta importante continuar obteniendo datos relacionados con la detección de características clínicas que pudieran revelar diferencias entre pacientes con riesgo de desarrollar dichas entidades y pacientes con factores de protección.

Hoy en día existen campos en el terreno de la psicopatología de los que se conocen pocas características cuantitativas, tal es el caso de los fenómenos sensoriales como ilusiones, alucinosis y alucinaciones. A pesar de que las ilusiones auditivas se producen neurofuncionalmente en vías comunes a las alucinaciones^{2,3,12}, se desconoce si su frecuencia, duración o tipo están asociadas de manera directa con la presencia de Trastornos mentales, en específico, con los relacionados a la esquizofrenia cuya sintomatología es predominantemente sensorial y delirante. Se ha evidenciado anteriormente que una

frecuencia aumentada de ilusiones auditivas inducida por medio de sonidos de traslapación de múltiples voces de personas con conversaciones neutrales, podría predecir la transición de una fase prodrómica a una fase psicótica en pacientes esquizofrénicos²¹. Por otro lado, se han hecho comparaciones entre sujetos sanos, pacientes con trastornos psicóticos y los hijos de estos pacientes respecto a la frecuencia de ilusiones ante estímulos sonoros como ruido blanco mezclado con conversaciones aleatorias. Los hallazgos revelaron que la frecuencia del grupo de pacientes con trastornos psicóticos fue mayor (33%) que la frecuencia en población control (9%). Asimismo, sus hijos superan la frecuencia de ilusiones en la población control (14%)⁴. Vercammen et al en una investigación relacionada con la detección de estímulos de habla incrustados en ruido blanco en el contexto de una prueba de reconocimiento de voz también ha obtenido evidencias acerca de dichas asociaciones²². Sin embargo, es necesario conocer si estas diferencias abarcan otras características inherentes a las ilusiones como su duración o tipo con el propósito de cuantificar fenómenos que tengan implicaciones en la detección oportuna de pacientes en fases incipientes o con riesgo de padecer dichos trastornos. Entonces, ¿Cuál es la diferencia en frecuencia, duración y tipo de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos de le espectro de la Esquizofrenia vs un grupo control?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar si existen diferencias en la frecuencia, duración y tipo de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y un grupo control.

Objetivos Específicos

- Describir la frecuencia de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia y un grupo control.
- Describir la duración de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia y un grupo control.
- Identificar el tipo de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia y un grupo control.

Hipótesis

Se observará mayor frecuencia, mayor duración y predominio de ilusiones auditivas complejas inducidas por ruido blanco en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia en comparación con un grupo control.

Material y métodos

Tipo de estudio

Exploratorio

Diseño

Comparativo – Transversal

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Pacientes del Hospital Psiquiátrico Morelos con diagnósticos de esquizofrenia por DSM IV-TR durante el año 2018 así como sujetos sanos pertenecientes a la misma zona de cobertura de la unidad antes mencionada con características sociodemográficas similares a pacientes incluidos.

El tamaño muestral se estableció en función de las necesidades para la obtención de significaciones estadísticas, de la disponibilidad de pacientes y de las características requeridas para ser incluidos en el estudio.

Se consideró un total de 30 sujetos el tamaño idóneo para el grupo de pacientes y 30 personas para el grupo control de sujetos sanos.

Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión de pacientes

Criterios de inclusión

- Pacientes en seguimiento por alguno de los servicios del Hospital Psiquiátrico Morelos con el diagnóstico previamente establecido y documentado en expediente clínico para esquizofrenia de acuerdo a criterios por DSM IV-TR.
- Pacientes portadores de trastorno psicótico evaluado por medio de MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión 5.0.0. en español.
- Edad entre 16 y 65 años
- Español como lengua madre
- Aceptar consentimiento informado

Criterios de no inclusión

- Episodio psicótico en fase aguda
- Deficiencias auditivas o conocidas o evidentes clínicamente
- Comorbilidad neurológica.
- Pacientes con síntomas psicóticos como parte de trastornos diferentes a los del espectro de la esquizofrenia por DSM IV-TR
- Intoxicación por sustancias psicoactivas

Criterios de exclusión

- Indisposición para aplicación de estímulo auditivo
- Interrupción de la aplicación del estímulo

Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión de sujetos de grupo control

Criterios de inclusión para personas sin trastornos mentales

- Personas derechohabientes del IMSS sin criterios para Trastornos Psiquiátricos por medio de MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión 5.0.0. en español.
- Edad 18-65 años
- Aceptar consentimiento informado

Criterios de no inclusión

- Alteraciones auditivas
- Comorbilidades neurológicas

Criterios de exclusión

- Incomprensión de instrucciones sobre aplicación de prueba
- No terminar periodo de estimulación

Definición de Variables				
	Definición	Definición operacional	Tipo	Medición
Diagnóstico de esquizofrenia	Trastorno mental caracterizado por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje y/o síntomas negativos de manera crónica.	Criterios DSM-IV TR para esquizofrenia.	Cualitativa nominal	Presenta Esquizofrenia No presenta Esquizofrenia
Frecuencia de ilusiones auditivas.	Número de sujetos que presentan ilusiones auditivas ante estimulación con ruido blanco por un periodo de 10 minutos	Activación de dispositivo de registro de ilusiones auditivas.	Cualitativa nominal	Presenta ilusiones auditivas No presenta ilusiones auditivas
Duración de ilusiones auditivas.	Periodo en segundos entre el inicio y el final de una ilusión auditiva ante estimulación con ruido blanco por un periodo de 10 minutos	Periodo en segundos que el sujeto activa de manera continua el dispositivo de registro de ilusiones auditivas	Cuantitativa continua	Segundos en que el sujeto mantuvo sostenido de manera continua el dispositivo
Tipo de ilusiones auditivas	Características respecto a complejidad del contenido de ilusiones auditivas	Características de las ilusiones auditivas referidas por el sujeto.	Cualitativa nominal	- Complejas relacionadas con lenguaje - No complejas

Edad	Años de vida cumplidos por el sujeto al momento de la aplicación del estímulo.	Edad referida por el sujeto.	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen a hombres y mujeres.	Sexo referido por el sujeto.	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
Estado Civil	Situación civil del sujeto en estudio.	Estado civil referido por el sujeto.	Cualitativa ordinal	Soltero Casado
Escolaridad	Grado académico que ha cursado el sujeto al momento del estudio.	Escolaridad referida por el sujeto.	Cualitativa ordinal	No estudió Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña el sujeto.	Empleo referido por el sujeto.	Cualitativa nominal	Empleado Desempleado

Para el registro de las variables de duración y frecuencia se usó el software Samplitude Studio V 16.00 cuya función es la grabación en tiempo real y de manera gráfica del fenómeno en estudio (ilusiones auditivas) por medio de la activación de un dispositivo electrónico manual. Una vez registrada la activación del dispositivo, el software permite el conteo de cada evento registrado, así como la cuantificación de su duración en segundos.

Procedimiento:

1. Posterior a la autorización de este protocolo se procedió a la captación de la población muestra por medio de promoción en carteles e invitación directa a personas derechohabientes del IMSS y a pacientes del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos.
2. Se explicó a cada sujeto con criterios de inclusión las características del estudio, así como las especificaciones necesarias correspondientes al consentimiento informado (Anexo 1), mismo que se firmó en caso de que el sujeto haya aceptado ser incluido en el estudio.
3. Se explicó al paciente que la prueba consiste en detectar sonidos diferentes al ruido blanco (el cual se ejemplificó asemejándolo con el ruido producido por un radio sin sintonizar estaciones) y registrarlos por medio de la activación de un botón durante un periodo de 10 minutos durante los cuales se disminuyó el estímulo visual por medio de la colocación de un antifaz para dormir mientras el sujeto se encuentra sentado en un consultorio del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos acompañado del personal aplicador del estímulo. Así mismo se explicó que el sujeto puede suspender la aplicación del estímulo en caso de presentar cualquier molestia.
4. Una vez en el consultorio, se solicitó que tome asiento y se coloque los audífonos para la realización de una prueba que aseguró la identificación del ruido blanco, así como la ausencia de sonidos diferentes al mismo. Dicha prueba fue por un periodo no mayor a 5 segundos corroborando que el sujeto distinguió únicamente el ruido blanco.
5. Se proporcionó el dispositivo de registro explicando que, una vez colocado el antifaz e iniciada la reproducción del ruido blanco, accione el botón del dispositivo únicamente en caso de escuchar un sonido diferente al ruido blanco (previamente identificado) durante el tiempo que dure dicho sonido. Se corroboró que el paciente haya entendido la instrucción pidiendo que sea él quien explique al aplicador acerca del procedimiento.
6. Una vez corroborado que el sujeto ha entendido la indicación anterior, se colocó el antifaz y preguntará al sujeto si está preparado para iniciar la prueba.
7. En caso afirmativo, se inició la reproducción del estímulo simultáneamente al cronometraje y el registro de la activación del dispositivo proporcionado,

8. Al término de un periodo de 10 min, se solicitó al paciente que, en caso de haber percibido sonidos diferentes al ruido blanco, los describa con sus propias palabras al entrevistador.
9. En caso de no haber percibido sonidos diferentes al ruido blanco se dio por concluida la aplicación.

Plan de análisis de los resultados

- La frecuencia de ilusiones auditivas inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia y un grupo control se describió a través de frecuencias y porcentajes.
- La duración de ilusiones auditivas inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia y el grupo control se describió por medias y desviaciones estándar.
- Para el tipo de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia y un grupo control se analizó por medio de frecuencias y porcentajes
- Para evaluar si existen diferencias en la frecuencia, duración y tipo de ilusiones inducidas por ruido blanco en pacientes con diagnóstico de Trastornos del espectro de la Esquizofrenia y un grupo control se utilizó prueba t para variables cuantitativas y chi-cuadrado para las cualitativas.

Implicaciones Éticas

Se consideró que este estudio de riesgo mínimo dadas las características inocuas del procedimiento ya que no se asocian con un daño directo sobre la vía auditiva u otros órganos, asimismo, no se relaciona con el inicio o exacerbación de síntomas psicóticos, únicamente con ilusiones auditivas que, por definición, son un fenómeno fisiológico y no repercuten en la salud global de los sujetos en estudio.

Se obtuvo el consentimiento informado (anexo 1) de todos los participantes. Se explicó de manera clara que la información recolectada es estrictamente confidencial y no tiene repercusiones de ningún tipo sobre las personas que participan en la investigación.

Para la realización de este estudio se siguieron los principios plasmados en los siguientes documentos:

- Declaración de Ginebra (1948), enmendada por la 22^a Asamblea Médica Mundial, Sidney, Australia (agosto de 1968).
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964), actualizada por la misma asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000 en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset West y Edimburgo, respectivamente.

En el presente estudio se protegió la intimidad y confidencialidad de la información proporcionada, no pone en riesgo la integridad física, mental o social de los participantes; estrictamente se incluyeron personas que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado sobre las características del protocolo; no afectó de manera adversa la salud de los participantes; se mantuvieron los principios éticos de la declaración de Helsinki en su 59^a Asamblea (Seúl, Corea, octubre 2008); se ajustó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación así como a las disposiciones y normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social con confidencialidad absoluta para todos los participantes.

Organización

Recursos humanos y materiales

1. Humanos

- Médico investigador

2. Físicos

- Fotocopias de consentimiento informado y e invitaciones para formar parte del estudio
- Audífonos *SONY MDR-NC7 Noise Canceling Headphones*
- Computadora portátil Samsung NP355E4C
- Dispositivo manual con botón de tipo pulsador para activación de registro de ilusiones auditivas
- Consultorio Médico
- Antifaz para dormir

3. Software

- Samplitude Studio V 16.00
- Windows 7 Professional
- Microsoft Excel 2010
- SPSS 20.0

Cronograma

	Sept 2017	Oct 17	Nov 17	Dic 17	Ene 18	Feb 18	Mar 18	Abr 18	May 18	Jun 18	Jul 18	Ago 18	Sep 18	Oct 18	Nov 18	Dic 18	Ene 19	Feb 19
Delimitación del tema a estudiar																		
Recuperación, revisión y selección de la bibliografía																		
Elaboración del protocolo																		
Presentación al comité de investigación de la UMAE																		
Ejecución																		
Análisis de resultados																		
Presentación de resultados																		

Resultados

Se incluyeron en este estudio un total de 62 personas, de los cuales se conformaron dos grupos, el primero constituido por 30 pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia, 14 mujeres y 16 hombres. El segundo por 32 personas sin trastornos mentales, 15 mujeres y 17 hombres. Sin diferencias en la distribución por sexos entre los grupos. El promedio de edad de la población total fue de 38.6 años, observando mayor edad en el grupo con el diagnóstico de esquizofrenia ($p = 0.0001$). Respecto al estado civil, 83% de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia fueron solteros, mientras que, en el grupo de personas sin trastornos mentales, 16% fueron solteros, por lo que no se observaron diferencias significativas para esta variable ($p = 0.006$). Ver tabla 1.

El grado académico predominante para el grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fue bachillerato (43%), seguido de licenciatura (33.3%). Mientras que en el grupo de personas sin trastornos mentales el grado académico predominante fue licenciatura (34%) y, en segundo lugar, bachillerato (25%); sin diferencias significativas por grupo ($p = 0.148$). Para la variable de ocupación, el grupo de pacientes con esquizofrenia tuvo predominio de personas desempleadas (70%), mientras que en el grupo de personas sin trastorno mental el porcentaje de desempleo fue menor (47%); sin embargo, las diferencias no fueron significativas ($p = 0.065$). Ver Tabla 1.

Tabla1. Características sociodemográficas.

Diagnóstico					
	Esquizofrenia	Sin Trastorno mental	T	X²	P
Sexo					
Mujer	14 (48.3%)	15 (51.7%)		0.0001	0.987
Hombre	16 (48.5%)	17 (51.5%)			
Edad	40.9 (DE±11.21)	36.47 (DE±11.85)	26.05		0.0001
Estado civil					
Soltero	25 (83.3%)	16 (50%)		7.68	0.006
Casado	5 (16.7%)	16 (50%)			
Escolaridad^a					
No estudió	0 (0%)	0 (0%)			
Primaria	1 (3.3%)	7 (21.9%)			
Secundaria	5 (16.7%)	6 (18.8%)		6.72	0.148
Bachillerato	13 (43.3%)	8 (25%)			
Licenciatura	10 (33.3%)	11 (34.4%)			
Posgrado	1 (3.3%)	0 (0%)			
Ocupación					
Empleado	9 (30.0%)	17 (53.1%)		3.401	0.065
Desempleado	21 (70.0%)	15 (46.9%)			

Los resultados en la frecuencia de ilusiones auditivas ante la prueba de estimulación con ruido blanco mostraron que en el grupo de pacientes con esquizofrenia el 83.3% de sus integrantes percibieron ilusiones auditivas, mientras que en el grupo de personas sin trastorno mental el 65% percibieron ilusiones auditivas. La comparación de dichos resultados no mostró diferencias significativas ($p = 0.111$). Ver tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia y tipo de ilusiones auditivas

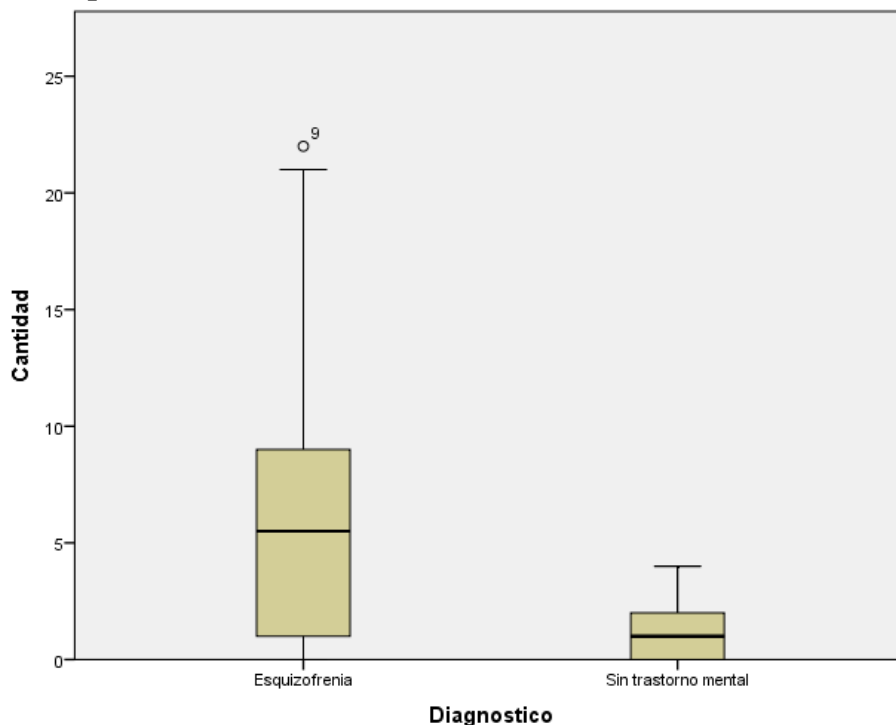
	Diagnóstico		χ^2	P	Total
	Esquizofrenia n (%)	Sin trastorno mental n (%)			
Frecuencia					
No presentó	5 (16.7)	11 (34.4)		0.111	16 (25.8)
Presentó	25 (83.3)	21 (65.6)			46 (74.2)
Tipo					
Simple	5 (16.7)	17 (53.1)		0.0001	22 (35.5)
Complejas	20 (66.7)	4 (12.5)			24 (38.7)
No presentó	5 (16.7)	11 (34.4)			16 (25.8)

En contraste con las cifras obtenidas anteriormente respecto a la Frecuencia de ilusiones auditivas, los resultados concernientes al Tipo de ilusiones auditivas, se observó que 66.7% de los pacientes del grupo con Esquizofrenia presentaron ilusiones auditivas complejas (relacionadas con lenguaje), mientras que en el grupo de personas sin trastorno mental 12.5%

presentaron ilusiones auditivas complejas y un predominio de ilusiones auditivas simples con un total de 53.1%. La significancia estadística obtenida de la comparación fue de $p = 0.0001$. Ver tabla 2.

Los resultados obtenidos en la variable de Cantidad mostraron que los pacientes del grupo de esquizofrenia tuvieron más ilusiones auditivas con respecto al grupo de personas sin trastornos mentales, observándose diferencias significativas ($T = 4.66$, $p = 0.0001$). Ver Figura 1.

Figura 1. Comparación de la cantidad de ilusiones auditivas



En la variable duración cada ilusión auditiva para el grupo de esquizofrenia tuvo una media 1.53 ($DE \pm 0.77$) segundos, mientras que, para el grupo de personas sin trastorno mental, resultó una media de 0.79 ($DE \pm 0.30$) segundos. La comparación de ambos grupos mostró diferencias significativas ($T = 4.52$, $p = 0.0001$).

Finalmente, en la variable Latencia de inicio de ilusiones auditivas se obtuvo una media de 175.5 ($DE \pm 202.7$) segundos para el grupo de esquizofrenia, mientras que, para el grupo de personas sin trastorno mental, fue de 443 ($DE \pm 147.6$) segundos. Lo anterior resultó diferente estadísticamente ($T = 5.23$, $p = 0.0001$).

Discusión

La intención de la presente investigación fue comparar las diferencias en frecuencia, duración y tipo de ilusiones auditivas ante la estimulación con ruido blanco en un grupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y uno de personas sin trastornos mentales. Las principales aportaciones de este estudio fueron la cuantificación de nuevas variables como la duración, la cantidad y la medición del inicio de ilusiones auditivas para cada grupo.

Cabe destacar que la dificultad para obtener grupos con características sociodemográficas similares fue evidente y estadísticamente significativa en lo referente a la edad. No así para las variables sexo, estado civil, escolaridad y ocupación en las que ambos grupos tuvieron características similares.

En lo referente a la frecuencia de ilusiones auditivas no se observaron diferencias entre los grupos, esto es, todas las personas somos susceptibles a tener ilusiones. En contraste, se observaron diferencias en lo referente al tipo y la cantidad de ilusiones, siendo más frecuente la presencia de ilusiones auditivas complejas (relacionadas con lenguaje) y un mayor número de las mismas en pacientes con esquizofrenia lo que coincide con las hipótesis anteriormente mencionadas que señalan importantes alteraciones en la percepción de estímulos que tienen como resultado alucinaciones auditivas predominantemente relacionadas con el lenguaje y de carácter persistente³. Estudios anteriores en los que se realiza la prueba *white noise task*, se han caracterizado por tiempos más cortos de exposición al ruido blanco y han obtenido resultados similares con respecto a la frecuencia de ilusiones auditivas encontrando mayor frecuencia en pacientes con esquizofrenia⁴. Sin embargo, ningunos de los estudios previos habían analizado la cantidad ni el tipo de dicho fenómeno. Tomando en cuenta lo anterior, el análisis de dichas variables representa una contribución adicional al estudio del tema respecto a la cuantificación de ilusiones auditivas.

Se han identificado también diferencias respecto a la latencia del inicio de ilusiones auditivas siendo ésta significativamente menor en pacientes con esquizofrenia, diferencia que se considera fundamental ya que podría reflejar la mayor predisposición de estos pacientes para presentar ilusiones auditivas ante la exposición a ruido blanco, además de lo observado con respecto a la duración de las ilusiones auditivas, en la que este mismo grupo presentó

ilusiones de mayor duración corroborando que el error sensoperceptual persiste por un tiempo más prolongado al igual que en las alucinaciones auditivas debido a la nula capacidad inferencial respecto a estímulos incongruentes. Como se estimaba en la hipótesis, las personas del grupo de esquizofrenia muestran ilusiones auditivas más prolongadas que las personas sin trastornos mentales¹².

Las fortalezas de esta investigación fue un tamaño de muestra adecuado que permitió la comparación de los grupos, así como un mayor tiempo de prueba (duración de la aplicación de ruido blanco) en asociación con la cuantificación de las variables tipo, cantidad y duración cómo contribuciones al estudio del tema. Se identifican limitaciones referentes a la no aleatorización y la dificultad de pareamiento de la variable sociodemográficas de edad.

Conclusiones

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de ilusiones auditivas de ambos grupos, pero sí una tendencia a presentarse en un mayor porcentaje en el grupo de esquizofrenia.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas para las variables de duración y cantidad, siendo mayores en el grupo de esquizofrenia.

El tipo de ilusiones auditivas complejas resultó predominante y representativo estadísticamente en el grupo de esquizofrenia.

Finalmente, es importante describir que existió diferencia significativa en la comparación de latencia de inicio de ilusiones auditivas siendo menor en el grupo de pacientes con esquizofrenia.

Por lo tanto, es factible que las ilusiones auditivas que presentan pacientes con esquizofrenia tengan características que puedan diferenciarse de las personas sin trastornos mentales. En los pacientes portadores de esquizofrenia, las ilusiones auditivas son particularmente complejas, de mayor duración, mayor cantidad y con inicio más temprano ante la aplicación de ruido blanco.

Referencias

1. Bentall RP. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucination. *Psychol Bull.* 1990;107(1):82-95.
2. Waters F, Fernyhough C. Hallucinations: A Systematic Review of Points of Similarity and Difference Across Diagnostic Classes. *Schizophr Bull.* 2017;43(1):32-43.
3. Corlett P, Honey G, Krystal J, Fletcher P. Glutamatergic Model Psychoses: Prediction Error, Learning, and Inference. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36(1):294-315.
4. Galdos M, Simons C, Fernandez-Rivas A, Wichers M, Peralta C, Lataster T, et al. Affectively Salient Meaning in Random Noise: A Task Sensitive to Psychosis Liability. *Schizophr Bull.* 2011;37(6):1179-86.
5. Chapman J. The Early Symptoms of Schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1966;112(484):225-51.
6. Eagleman D. Visual illusions and neurobiology. *Nat Rev Neurosci.* 2001;2(12):920-6.
7. Alba-Ferrara L, Weis S, Damjanovic L, Rowett M, Hausmann M. Voice identity recognition failure in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(9):784-90.
8. Linden D. Acoustic hallucination and functional imaging. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2008;76 Suppl 1:S33-9.

9. Shergill S, Bullmore Ed, Simmons A, Murray R, McGuire P. Functional anatomy of auditory verbal imagery in schizophrenic patients with auditory hallucinations. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1691-3.
10. P. Allen, Larøi F, McGuire P, Aleman A. The hallucinating brain: A review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32(1):175-91.
11. Langdon R, Jones R, Connaughton E, Fernyhough C. The phenomenology of inner speech: comparison of schizophrenia patients with auditory verbal hallucinations and healthy controls. *Psychol Med*. 2009 Apr;39(4):655-63.
12. Fletcher P, Frith D. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2009 Jan;10(1):48-58.
13. Hohwy J, Frith C. Can neuroscience explain consciousness? *J. Conscious. Stud*. 2004. 11 (7-8): 180–198.
14. Shergill S, Samson G, Bays P, Frith C, Wolpert D. Evidence for sensory prediction deficits in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2005;162(12):2384-6.
15. Martikainen M, Kaneko K, Hari R. Suppressed responses to self-triggered sounds in the human auditory cortex. *Cereb Cortex*. 2005;15(3):299-302.
16. Ford J, Mathalon D, Kalba S, Whitfield S, Faustman W, Roth W. Cortical responsiveness during talking and listening in schizophrenia: an event-related brain potential study. *Biol Psychiatry*. 2001;50(7):540-9.
17. Feinberg I. Efference copy and corollary discharge: implications for thinking and its disorders. *Schizophr Bull*. 1978;4(4):636-40.

18. Crapse T, Sommer M. Corollary discharge across the animal kingdom. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(8):587-600.
19. Mason O, Brady F. The Psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(10):783-5.
20. Daniel C, Lovatt A, Mason O. Psychotic-like experiences under sensory deprivation. *Front Psychiatry*. 2014.15;5:106.
21. Hoffman R, Woods S, Hawkins K, Pittman B, Tohen M, Preda A, et al. Extracting spurious messages from noise and risk of schizophrenia-spectrum disorders in a prodromal population. *Br J Psychiatry*. 2007; 191:355-6.
22. Vercammen A, de Haan F, Aleman A. Hearing a voice in the noise: auditory hallucinations and speech perception. *Psychol Med*. 2008;38(8):1177-84.
23. Catalan A, Simons C, Bustamante S, Drukker M, Madrazo A, de Artaza M, et al. Novel Evidence That Attributing Affectively Salient Signal to Random Noise Is Associated with Psychosis. *PLoS One*. 2014 14;9(7):e102520.
24. Schepers E, Bodar L, Os J, Lousberg R. Cortical processes of speech illusions in the general population. *BMC Neurosci*. 2016;18;17(1):65.
25. Wackermann J, Putz P, Allefeld C. Ganzfeld-induced hallucinatory experience, its phenomenology and cerebral electrophysiology. *Cortex*. 2008 Nov-Dec;44(10):1364-78.
26. Rimvall M, Clemmensen L, Munkholm A, Rask C, Larsen T, Skovgaard M, et al. Introducing the White Noise task in childhood: associations between speech illusions and psychosis vulnerability. *Psychol Med*. 2016;46(13):2731-40.

27. Boksa P. On the neurobiology of hallucinations. *J Psychiatry Neurosci* 2009; 34(4): 260-2.
28. De Leede-Smith S, Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci*. 2013;16:7:367.
29. Braun C, Dumont M, Duval J, Hamel-Hébert I, Godbout L. Brain modules of hallucination: an analysis of multiple patients with brain lesions. *J Psychiatry Neurosci*. 2003;28(6):432-49.
30. Fenning S, Susser E, Pilowsky D, Fenning S, Bromet E. Childhood hallucinations preceding the first psychotic episode. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(2):115-7.
31. Poulton R, Caspi A, Moffit T, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15 year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1053-8.
32. Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Hofstra M, Verhulst F. Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2002;32(4):619-27.
33. Jackson C, Jones A, Myers T, Smith S, Zubek J, Zuckerman M, et al. Sensory deprivation; Fifteen years of research. *Science*. 1970;168(5):47-51
34. Zubek J. Behavioral changes after prolonged perceptual deprivation (no intrusions). *Percept Mot Skills*. 1964; 18:413-20.
35. Vosburg R, Fraser N, Gruehl J. Imagery Sequence in sensory deprivation. *Arch Gen Psychiatry*. 1960; 2(3):356-357.

36. Ramachandran V, Rogers-Ramachandran D. Touching Illusions. *Scientific American Mind*. 2007;18(6), 14-16.
37. Hobson J, Chisholm E, El Refaie A. Sound therapy (masking) in the management of tinnitus in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 14;11:CD006371.

Anexos

Anexo 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (Personas sin trastornos
mentales)**

Nombre del estudio:

**DIFERENCIAS EN FRECUENCIA, DURACIÓN Y TIPO DE
ILUSIONES AUDITIVAS INDUCIDAS POR RUIDO BLANCO EN
PACIENTES CON Y UN GRUPO CONTROL DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO MORELOS**

Patrocinador externo (si aplica)*:

No aplica

Lugar y fecha:

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

De acuerdo a la evidencia científica, se sabe que las ilusiones auditivas inducidas al aplicar ruido blanco se presentan más frecuentemente en pacientes con trastornos psicóticos que en personas sin trastornos mentales. Se desconocen datos acerca de la diferencia en la duración de ilusiones auditivas. Este estudio tiene como objetivo comparar la frecuencia y duración de ilusiones auditivas en pacientes con esquizofrenia y personas sin trastornos mentales y servirá como precedente para el desarrollo de métodos diagnósticos para esquizofrenia en fases tempranas.

Procedimientos:

1. Se le solicitará que mencione si tiene familiares que padezcan o hayan padecido Esquizofrenia, así como nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.
2. Responderá un breve cuestionario para detección de trastornos mentales.
3. Posteriormente, se aplicará una prueba en un consultorio médico que consiste en escuchar un ruido (parecido al de las radios cuando no sintonizan una estación) durante 10 min y registrar mediante la pulsación de un botón la presencia de sonidos diferentes al ruido anteriormente descrito mientras se encuentra sentado cómodamente en una silla con los ojos cubiertos por un antifaz para dormir. En todo

	<p>momento será acompañado por personal de salud capacitado (médico residente de Psiquiatría).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Al término de este periodo, posterior a verificar que no ha presentado ninguna molestia, se le solicitará que describa verbalmente las características de los sonidos que haya percibido. 5. Se dará por finalizada la prueba y se resolverán dudas en caso de que las tenga.
Posibles riesgos y molestias:	<p>Incomodidad ante el uso de audífonos, antifaz o mantenerse sentado por 10 minutos.</p> <p>Escuchar sonidos o ruidos que podrían ser molestos o provocar intranquilidad.</p> <p>Síntomas como nerviosismo, estrés, intranquilidad derivados del procedimiento anteriormente mencionado.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Conocerá las diferencias en la presentación de ilusiones auditivas inducidas con ruido blanco respecto a pacientes con esquizofrenia.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>En caso de solicitarlo, se le proporcionarán los resultados del presente estudio y de la aplicación de la prueba que se realizó.</p>
Participación o retiro:	<p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente sin que ello repercuta de alguna manera en mi atención como derechohabiente.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Se me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones en cualquier modalidad que derive de este estudio, que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial y que se me proporcionará la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pueda hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<p>No aplica</p>
Beneficios al término del estudio:	<p>Conocerá las diferencias en la presentación de ilusiones auditivas respecto a pacientes con esquizofrenia.</p>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	<p>Dr. Miguel Palomar Baena. Investigador Principal. Teléfono: 55774419 ext 115. Correo Electrónico: miguel.palomar@imss.gob.mx. Matrícula 8708029</p>
Colaboradores:	<p>Dr. Yair Eder Oskars García Espinosa. Tesista. Teléfono: 722 755 55 75. Correo electrónico: edcomet@hotmail.com Matrícula: 98368610</p>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	
Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS:	<p>Avenida Cuauhtémoc 330 4º</p>

piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx
Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (Paciente)

Nombre del estudio:

DIFERENCIAS EN FRECUENCIA, DURACIÓN Y TIPO DE ILUSIONES AUDITIVAS INDUCIDAS POR RUIDO BLANCO EN PACIENTES CON Y UN GRUPO CONTROL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MORELOS

Patrocinador externo (si aplica)*:

No aplica

Lugar y fecha:

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

De acuerdo a la evidencia científica, se sabe que las ilusiones auditivas inducidas al aplicar ruido blanco se presentan más frecuentemente en pacientes con trastornos psicóticos que en personas sin trastornos mentales. Se desconocen datos acerca de la diferencia en la duración de ilusiones auditivas. Este estudio tiene como objetivo comparar la frecuencia y duración de ilusiones auditivas en pacientes con esquizofrenia y personas sin trastornos mentales y servirá como precedente para el desarrollo de métodos diagnósticos para esquizofrenia en fases tempranas..

Procedimientos:

1. Se le solicitará al paciente que mencione su nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad.
2. Se aplicará una prueba en un consultorio médico que consiste escuchar un ruido (parecido al de las radios cuando no sintonizan una estación) durante 10 min y registrar mediante la pulsación de un botón la presencia de sonidos diferentes al ruido anteriormente descrito mientras se encuentra sentado cómodamente en una silla con los ojos cubiertos por un antifaz para dormir. En todo momento será acompañado por personal de salud capacitado (médico residente de Psiquiatría).
3. Al término de este periodo, posterior a verificar que no ha presentado ninguna molestia, se le solicitará que describa verbalmente las características de los sonidos que haya percibido.
4. Se dará por finalizada la prueba y se resolverán dudas en caso de que las tenga.

Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad ante el uso de audífonos, antifaz o mantenerse sentado por 10 minutos. Escuchar sonidos o ruidos que podrían ser molestos o provocar intranquilidad. Síntomas como nerviosismo, estrés, intranquilidad derivados del procedimiento anteriormente mencionado.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocerá las diferencias en la presentación de ilusiones auditivas inducidas con ruido blanco respecto a personas sin trastornos mentales y en comparación con otros pacientes con esquizofrenia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de solicitarlo, se le proporcionarán los resultados del presente estudio y de la aplicación de la prueba que se realizó.
Participación o retiro:	Entiendo que mi familiar conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente sin que ello repercuta de alguna manera en su atención como derechohabiente.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha dado la seguridad de que no se identificará a mi familiar en las presentaciones en cualquier modalidad que derive de este estudio, que los datos relacionados con su privacidad serán manejados de forma confidencial y que se nos proporcionará la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pueda hacernos cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Conocerá las diferencias en la presentación de ilusiones auditivas inducidas con ruido blanco respecto a personas sin trastornos mentales y en comparación con otros pacientes con esquizofrenia.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Miguel Palomar Baena. Investigador Principal. Teléfono: 55774419 ext 115. Correo Electrónico: miguel.palomar@imss.gob.mx. Matrícula 8708029

Colaboradores: Dr. Yair Eder Oskars García Espinosa. Tesista. Teléfono: 722 755 55 75. Correo electrónico: edcomet@hotmail.com Matrícula: 98368610

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Nombre y firma del Paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Familiar

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 2

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

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

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

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

Versión en español:

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

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

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) EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F35.x
	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
		<input type="checkbox"/>	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
EPISODIO HIPOMANÍACO	Pasado	<input type="checkbox"/>		
	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 (Trastorno de ansiedad social)	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
I DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ALCOHOL	<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)	<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	
		<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Instrucciones generales

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 comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 ± 11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

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

PRESENTACIÓN:

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.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

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

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

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

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SI o NO.

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

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

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede contactar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 Paris, Francia Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156. 28002 Madrid, España Tel.: + 91 364 47 18 Fax: + 91 411 54 32 e-mail: iap@laxder.es	Marelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: mont619@aol.com
--	--	--	--

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	SI	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	SI	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SI	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? <small>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>	NO	SI	3
b	¿Tenia 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	SI	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	SI	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SI	
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:				
A4	a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
	b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 - S4), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SI	
	b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SI	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SI	
A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SI	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SI	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SI	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SI	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SI	16
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?			

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B. Trastorno distímico

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

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

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

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D. Episodio (hipo)maniaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SI	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	SI	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	SI	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SI	

<p>D3. SI D1b O D2b – SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b – NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>					
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SI	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SI	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SI	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SI	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SI	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	SI	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	SI	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿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?</p> <p>EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	<p>NO SI 12</p> <p style="text-align: center;">↓ ↓</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">HIPOMANIACO MANÍACO</p>								
	<p>¿CODIFICÓ NO EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISODIO HIPOMANIACO</td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SI	EPISODIO HIPOMANIACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SI									
EPISODIO HIPOMANIACO										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
	<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISODIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SI	EPISODIO MANÍACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SI									
EPISODIO MANÍACO										
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 súbitamente 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 periodo de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	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 muricando?	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	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SI	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

F. Agorafobia								
F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SI	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	SI	20				
	¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SI	TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL	
NO	SI							
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL								
	Y CODIFICÓ SI EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?							
	¿CODIFICÓ SI EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SI	TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL	
NO	SI							
TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL								
	Y CODIFICÓ SI EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?							
	¿CODIFICÓ SI EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</td> </tr> </table>			NO	SI	AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	
NO	SI							
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia								
	Y CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?							
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)								

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	NO	SI	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SI	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa modestia?	NO	SI	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	SI	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	SI	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI 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	SI compulsiones	4
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?		NO	SI	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SI	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	SI	6

TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR 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	NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de cólera?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	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?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

11	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SI	1
12	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SI	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 SI, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNAS.	NO	SI	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SI	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SI	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
	¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?			
		NO	SI	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
13	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SI	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	SI	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SI	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	12
	¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?			
		NO	SI	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(= SIGNIFICA: RLA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR 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

BODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

- Estimulantes:** amfetaminas, *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:

- SOLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.
- SOLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.
- CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FUTUROCOPAR 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	SI	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SI	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	SI	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SI	
		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SI	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	SI	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SI	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	SI	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SI	
		ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

L. Trastornos psicóticos

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

DEBE UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SE 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.

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SI	13
	b	Si Sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/ac:					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SI	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SI	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	SI	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»? L12	NO SI		
			TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
			NO SI		18
			TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERIODO DE TIEMPO					
			o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?		
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	=		
			NO SI		
	b	SI CODIFICÓ SI EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO SI		19
			TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL

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

Mujer estatura/peso		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	
Pies/pulgadas																
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		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
Pies/pulgadas																
Libras		105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm		154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg		47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

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

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales contia grandes cantidades de alimentos en un periodo de 2 horas?	NO	SI	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SI	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SI	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	SI	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de si mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SI	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SI					
		Ir a N8						
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/AC 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	SI	12				
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SI							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SI							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

NO SI

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

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

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	SI	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	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	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	SI	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Referencias

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

<i>Traducciones</i>	<i>MINI 4.4 o versiones previas</i>	<i>MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0</i>
Africano		R. Emsley
Alemán	L. v. Denfler, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Español	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonio		J. Shlik, A. Alooja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finés	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreo	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandés/Flamenco	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglés	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandés		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonés		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shimoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letón	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Noruego	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugués	P. Amorim, T. Guterres	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, E. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission. Los autores dan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre anorexia nerviosa y bulimia.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)