

11278
3
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

FALLA DE ORIGEN

TRASTORNOS SOMATOFORMES Y SOMATIZACION

EN PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA

VALIDEZ DE DOS INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE

T E S I S

**Que para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias Sociomédicas
Area Epidemiología**

p r e s e n t a

ALMA ALICIA GARCIA ALCARAZ

**Asesor de Tesis: Dr. Jorge Caraveo Anduaga
Coasesor de Tesis: Dr. Antonio Villa Romero**



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 está 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.

*Dedico esta tesis al
Dr. Antonio Villa Romero
por su sensible orientación*

RECONOCIMIENTOS:

Agradezco al Instituto Mexicano de Psiquiatría su apoyo de infraestructura para la realización de esta tesis.

A la Dra. Benigna Pérez Garcidueñas, psiquiatra de la Clínica Manuel Escontría, por su apoyo y estímulo durante la realización del trabajo de campo.

Al Dr. Germán Raphael Fernández y al Dr. Armando Hinojosa como formadores en la ética del trabajo.

INDICE

| | Página |
|--|--------|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Justificación | 3 |
| 3. Antecedentes I | 5 |
| 3.1. Definiciones | 5 |
| 3.1.1. Definición descriptiva | 5 |
| 3.1.2. Definición operacional | 5 |
| 3.1.3. Criterios operacionales para la definición de "caso" | 6 |
| 3.1.4. Otras definiciones | 6 |
| 3.2. Prevalencia de las tres formas de somatización | 6 |
| 3.3. Comorbilidad psiquiátrica | 7 |
| 3.3.1. Co-ocurrencia de las tres formas de somatización | 8 |
| 3.4. Clasificación de los trastornos psiquiátricos que pueden expresarse como somatización | 9 |
| 3.4.1. Somatización y trastornos somatoformes (DSM III R y CIE - 10) | 9 |
| 3.4.1.1. Trastorno por somatización (DSM III R) | 10 |
| 3.4.1.2. Trastorno somatomorfo indiferenciado (DSM III R y CIE 10) | 11 |
| 3.4.1.3. Trastorno por somatización múltiple (CIE - 10) | 12 |
| 3.4.1.4. Trastorno conversivo (DSM III R y CIE -10) | 13 |
| 3.4.1.5. Trastorno por dolor somatomorfo (DSM III R y CIE -10) | 14 |
| 3.4.1.6. Hipocondriasis (DSM III R y CIE - 10) | 16 |
| 3.4.1.6.1. La diferencia entre hipocondriasis y trastornos de ansiedad | 17 |
| 3.4.1.6.2. La diferencia entre hipocondriasis y trastornos por somatización | 18 |
| 3.4.1.7. Disfunción psicogénica autonómica (CIE - 10) | 19 |
| 3.4.1.8. Neurastenia | 20 |
| 3.4.2. Otros diagnósticos psiquiátricos con presentaciones somáticas | 21 |
| 3.4.2.1. Trastornos del estado de ánimo | 21 |
| 3.4.2.2. Trastornos por ansiedad | 22 |
| 3.4.2.3. Trastorno(s) por uso de sustancias | 23 |
| 3.4.2.4. Trastornos psicóticos | 23 |
| 3.4.2.5. Síndromes orgánicos cerebrales | 24 |
| 3.4.2.6. Producción voluntaria de los síntomas | 24 |
| 3.4.2.6.1. Simulación | 24 |
| 3.4.2.6.2. Trastorno facticio | 24 |
| 3.4.2.7. Trastornos de personalidad | 24 |
| 3.4.2.8. Somatización y enfermedad física | 25 |
| 4. Antecedentes II | 27 |
| 4.1. Marco Teórico General | 28 |
| 4.1.1. Sistema Institucional Sociopolítico | 28 |
| 4.1.2. Factores Socioculturales | 28 |
| 4.1.3. Sistemas Ambientales | 31 |
| 4.1.3.1. Los sistemas actuales de atención médica | 32 |
| 4.1.3.1.1. Ingreso dentro del sistema de atención médica | 32 |
| 4.1.3.1.2. La atención médica como un sistema de apoyo | 32 |
| 4.1.3.2. Las redes social y familiar actuales | 33 |
| 4.1.3.3. El sistema de incapacidad laboral | 34 |
| 4.1.4. Antecedentes familiares | 35 |
| 4.1.4.1. Psicológicos | 35 |
| 4.1.4.2. Biológicos | 37 |
| 4.1.5. Características individuales | 37 |
| 4.1.5.1. Sociodemográficas | 37 |
| 4.1.5.2. Psicológicas | 38 |

| | Página |
|--|--------|
| 4.1.5.2.1. Estadio de desarrollo de los mecanismos cognitivos de enfrentamiento | 38 |
| 4.1.5.2.2. Aprendizaje y experiencia cognitiva | 39 |
| 4.1.5.2.3. Bajo umbral al dolor | 42 |
| 4.1.5.2.4. Hostilidad | 42 |
| 4.1.5.2.5. Ganancia y refuerzo social | 43 |
| 4.1.5.2.6. Conducta de padecimiento, papel de enfermo, enfermedad, conducta de padecimiento anormal y somatización crónica | 44 |
| 4.1.5.2.6.1. Categorías de conducta de padecimiento anormal | 45 |
| 4.1.5.2.7. Inhibición, represión | 46 |
| 4.1.5.2.8. Comunicación, defensa y resolución de conflicto | 46 |
| 4.1.5.2.9. Alexitimia | 47 |
| 4.1.5.3. Biológicas | 48 |
| 4.1.5.3.1. Manifestaciones de actividad fisiológica | 48 |
| 4.1.5.3.1.1. Contracción del músculo liso | 48 |
| 4.1.5.3.1.2. Contracción del músculo estriado | 48 |
| 4.1.5.3.1.3. Cambios en el flujo sanguíneo y la secreción endócrina | 49 |
| 4.1.5.3.1.4. La relación de la activación fisiológica con los síntomas | 50 |
| 5. Antecedentes III | 51 |
| 5.1. Proceso del padecimiento y la enfermedad | 51 |
| 6. Antecedentes IV | 54 |
| 6.1. Instrumentos | 54 |
| 6.1.1. Cuestionario General de Salud de Goldberg | 54 |
| 6.1.2. Prueba de tamizaje para somatización o Cuestionario de somatización abreviado del DIS R | 55 |
| 6.1.3. The Composite International Diagnostic Interview | 56 |
| 6.1.4. La lista de Cotejo Diagnóstico de Síndromes de Helzer | 58 |
| 7. Planteamiento del problema | 59 |
| 8. Objetivos principales | 59 |
| 8.1. Generales | 59 |
| 8.2. Específicos | 59 |
| 9. Objetivos secundarios | 59 |
| 9.1. Generales | 59 |
| 9.2. Específicos | 60 |
| 10. Método | 60 |
| 10.1. Procedimiento | 60 |
| 10.2. Muestra | 61 |
| 10.3. Criterios de selección | 61 |
| 10.4. Definición de caso | 61 |
| 10.5. Población de estudio | 62 |
| 10.6. Variables | 63 |
| 10.6.1. Independientes | 63 |
| 10.6.1.1. Sexo | 63 |
| 10.6.1.2. Edad | 63 |
| 10.6.1.3. Tratamiento psiquiátrico en los últimos seis meses | 63 |
| 10.6.1.4. Estado civil | 64 |
| 10.6.1.5. Escolaridad | 64 |
| 10.6.1.6. Ocupación | 65 |
| 10.6.1.7. Trabajo en los últimos 30 días del entrevistado/ jefe de familia | 65 |
| 10.6.1.8. Causa por la cual no trabajó el entrevistado/ jefe de familia | 66 |
| 10.6.1.9. Material de vivienda | 66 |
| 10.6.1.10. Material del piso | 67 |
| 10.6.1.11. Agua | 67 |

| | |
|---|----|
| 10.6.1.12. Drenaje | 67 |
| 10.6.1.13. Excusado | 67 |
| 10.6.1.14. Número de cuartos | 68 |
| 10.6.1.15. dormitorios | 68 |
| 10.6.1.16. radio | 68 |
| 10.6.1.17. televisión | 68 |
| 10.6.1.18. refrigerador | 68 |
| 10.6.1.19. teléfono | 69 |
| 10.6.1.20. automóvil | 69 |
| 10.6.1.21. habitante/casa | 69 |
| 10.6.2. Intervinientes | 69 |
| 11. Análisis | 71 |
| 11.1. Pruebas de tamizaje | 71 |
| 11.2. Validez | 72 |
| 11.2.1. Validez de criterio | 72 |
| 11.2.2. Validez evidente | 72 |
| 11.2.3. Validez de contenido | 73 |
| 11.2.4. Validez de procedimiento | 73 |
| 11.2.5. Validez de construcción | 73 |
| 11.2.6. Validez predictiva | 73 |
| 11.2.7. Validez descriptiva | 73 |
| 11.2.8. Validez interna | 74 |
| 11.2.9. Validez externa | 74 |
| 11.2.10. Validez de criterio o concurrente | 74 |
| 11.2.10.1. La influencia de la prevalencia del índice diagnóstico en el VPP y en el VPN de la prueba | 75 |
| 11.2.10.2. La influencia de la sensibilidad y la especificidad en los valores predictivos | 76 |
| 11.2.10.3. El punto de corte | 77 |
| 11.2.10.4. La sensibilidad, la especificidad y el punto de corte | 77 |
| 11.2.10.5. Aumento de la prevalencia de la enfermedad | 77 |
| 11.2.10.6. Pruebas múltiples | 77 |
| 11.2.10.6.1. Pruebas paralelas | 78 |
| 11.2.10.6.2. Pruebas en serie | 78 |
| 11.2.10.6.3. Independencia | 78 |
| 11.3. Asociación de los ítems con el diagnóstico | 79 |
| 11.4. Confiabilidad | 79 |
| 11.4.1. Consistencia interna, utilizando el Coeficiente Alfa (de Cronbach) | 79 |
| 11.5. Opciones finales | 79 |
| 11.6. Determinación de la comorbilidad | 80 |
| 12. Resultados | 81 |
| 12.1. Características sociodemográficas | 81 |
| 12.1.1. Datos generales | 81 |
| 12.1.2. Años de escolaridad | 81 |
| 12.1.3. Nivel de escolaridad | 81 |
| 12.1.4. Ocupación | 81 |
| 12.1.5. Trabajo en los últimos 30 días | 81 |
| 12.1.6. Condiciones de vivienda | 81 |
| 12.2. Validez concurrente | 82 |
| 12.2.1. Trastornos somatoformes | 82 |
| 12.2.1.1. Trastornos por somatización | 82 |
| 12.2.1.1.1. Pruebas de validez para el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización con 2 de 7 síntomas | 82 |
| 12.2.1.1.1.1. Pruebas por separado | 82 |
| 12.2.1.1.1.2. Pruebas en paralelo | 82 |
| 12.2.1.1.1.3. Pruebas en serie | 82 |
| 12.2.1.1.2. Pruebas de validez para el diagnóstico de trastorno por somatización con 13 síntomas | 83 |

| | Página |
|---|--------|
| 12.2.1.2. Pruebas de validez para el diagnóstico de dolor somatoforme | 83 |
| 12.2.2. Somatización, de acuerdo a los criterios de Bridges y Goldberg | 83 |
| 12.2.2.1. Pruebas por separado | 83 |
| 12.2.2.2. Pruebas en paralelo | 84 |
| 12.2.2.3. Pruebas en serie | 84 |
| 12.3. Asociación de los ítems de las entrevistas de tamizaje con el diagnóstico | 85 |
| 12.3.1. Asociación de los ítems con el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización, tomando en consideración dos de siete síntomas | 85 |
| 12.3.2. Asociación de los ítems con el diagnóstico de casos de somatización de acuerdo a los criterios de Bridges y Goldberg | 85 |
| 12.4. Confiabilidad | 86 |
| 12.4.1. Consistencia interna | 86 |
| 12.5. Síntomas motivo de consulta | 86 |
| 12.6. Total de síntomas reportados | 86 |
| 12.7. Diagnósticos | 86 |
| 12.8. Diagnóstico principal | 86 |
| 12.9. Diagnóstico principal de acuerdo a la clasificación de Rosen | 87 |
| 12.10. Comorbilidad de los trastornos depresivos en pacientes somatizadores | 87 |
| 13. Discusión | 89 |
| 13.1. Validez | 89 |
| 13.1.1. Validez de los trastornos somatoformes | 90 |
| 13.1.2. Validez de los trastornos psiquiátricos que se expresan como somatización | 91 |
| 13.1.2.1. Validez de las pruebas de tamizaje por separado | 91 |
| 13.1.2.2. Validez de las pruebas de tamizaje en paralelo | 92 |
| 13.1.2.3. Validez de las pruebas de tamizaje en serie | 92 |
| 13.2. Asociación de los ítems de las entrevistas de tamizaje con el diagnóstico | 92 |
| 13.2.1. Tipo de ítems | 93 |
| 13.3. Confiabilidad | 93 |
| 13.3.1. Consistencia interna | 93 |
| 13.4. Datos Sociodemográficos | 94 |
| 13.5. Síntomas | 94 |
| 13.6. Diagnósticos | 94 |
| 13.7. Clasificación diagnóstica y comorbilidad | 95 |
| 13.8. Utilización de servicios de salud | 97 |
| 14. Glosario de términos | 99 |
| 15. Referencias | 101 |

RESUMEN

Al ser abandonado el concepto de neurosis por las recientes clasificaciones psiquiátricas surgió la necesidad de una nueva categorización: los trastornos somatomorfos, que son condiciones psiquiátricas que se expresan a través de síntomas físicos y que se enlazan con el más amplio fenómeno de la somatización que incluye a los síntomas somáticos para los cuales no se encuentra una base orgánica y en donde los factores psicológicos son etiológicamente relevantes.

Lipowski (1988) enfatiza que se trata de un problema de salud ubicuo en todos los niveles de atención, tanto en pacientes externos como hospitalizados y cuya importancia internacional en la actualidad radica en su frecuencia y en las dificultades de su diagnóstico y manejo. Los pacientes que somatizan hacen un uso excesivo e inadecuado de los servicios de atención médica lo que contribuye al aumento de los costos.

Para su comprensión, es necesario considerar un marco de referencia amplio que incluye diferentes niveles de análisis: el sistema sociopolítico, el momento del desarrollo científico-tecnológico, la cultura, los sistemas ambientales, el sistema de atención médica y de redes de apoyo, la familia y las características biosociales del individuo.

En esta tesis se realizó un estudio de la validez concurrente de dos instrumentos de tamizaje tanto para los trastornos somatomorfos como para la somatización en una muestra de pacientes de un Centro de Salud de la Ciudad de México. Se propone un instrumento de tamizaje con base en un punto de corte óptimo para estudios posteriores sobre la frecuencia de estos trastornos, identificación de factores de riesgo, estudios de intervención y/o de utilización de servicios. El instrumento puede utilizarse con fines de detección.

Se estimó además la consistencia interna de ambos instrumentos, el tipo de diagnósticos psiquiátricos y los patrones de comorbilidad en dos sistemas diagnósticos: el DSM III R y la CIE-10.

Se discuten los resultados con base en los problemas de validez atingentes al campo de la epidemiología psiquiátrica, así como los problemas correspondientes al área de la taxonomía diagnóstica y a la utilización de los servicios de salud.

1. INTRODUCCION

Durante las dos últimas décadas han aparecido toda una serie de revisiones en torno al concepto de somatización como era concebido en la literatura precedente al DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition) y se han efectuado numerosos estudios para determinar su prevalencia, tratar de delimitar entidades discretas, iniciar la búsqueda de factores de riesgo en los tipos de somatización mejor definidos, así como establecer criterios de tratamiento.

El término somatización fue introducido primero por escritores psicoanalíticos (Wilhelm Stekel, 1943) para referirse en forma hipotética a un proceso estrechamente relacionado con el concepto de conversión, en el cual los mecanismos inconscientes de defensa suprimían la experiencia del afecto ansioso y permitían llegar al conocimiento consciente sólo la expresión visceral de esta neurosis. Fue un intento de una taxonomía etiológica que se refería a una causa presumible de la formación del síntoma²¹⁴.

Los síntomas físicos que carecen de una base orgánica en pacientes en quienes se piensa que los factores psicológicos son etiológicamente relevantes no se han ubicado con precisión dentro de la nosología psiquiátrica.

Se han utilizado los términos de neurosis, histeria, hipocondriasis y 'funcional' de forma intercambiable, desde el final del siglo XVIII, para describir tales trastornos. Las 'neurosis' se consideraban como 'enfermedades que, al juzgar por sus síntomas, deberían estar localizadas en el sistema nervioso, pero que no producían alteraciones observables'. Esta opción tuvo influencia durante el período de la 'localización funcional' un término que reflejó el hecho de que la función cerebral estaba alterada pero que esto no era detectable. La palabra 'funcional', también se volvió equivalente a 'psicológicamente determinada' y este uso de la palabra ha continuado hasta el día de hoy.

Recientemente el término 'somatización', se ha introducido para describir a los pacientes con quejas somáticas que no tienen una base orgánica. Es un término genérico que incluye una amplia variedad de fenómenos clínicos. No es un diagnóstico psiquiátrico y se refiere a la variedad de los procesos que llevan a los pacientes a buscar ayuda médica para síntomas físicos que son atribuidos equivocadamente a enfermedad orgánica¹⁶⁵. Es más bien considerado como un proceso que como una enfermedad que puede ocurrir aún cuando haya enfermedad orgánica coincidental. Puede ser agudo, subagudo y crónico. En general, las formas agudas y subagudas se ven más frecuentemente en atención primaria mientras que la somatización crónica es más frecuente en el hospital general¹⁹⁸.

La somatización es una vía final común para un grupo heterogéneo de trastornos, siendo el síntoma físico y no el reconocimiento del trastorno subyacente lo que lleva al paciente a la búsqueda de atención médica.

Kellner¹⁰⁹ ha señalado que del 60 % al 80 % de la población general experimenta uno o más síntomas somáticos a la semana. Pero de este porcentaje sólo una fracción reducida acude al médico con base en la percepción de enfermedad. Por otra parte, cuando un paciente acude al médico con una queja somática, no se encuentra una causa orgánica entre el 20 % y el 84 % de las veces.

En un estudio de somatización en atención primaria en Gran Bretaña casi el 20 % de los pacientes que se presentaban a sus médicos con nuevos episodios de enfermedad cumplían con los criterios para somatización. Es decir, los pacientes consultaban por quejas somáticas, adscribían estas a una enfermedad física, y tenían un trastorno psiquiátrico tratable⁷⁸.

Se demostró una enfermedad física en cerca del 70 % de estos pacientes somatizadores, pero no era la causa por sí misma para todos los síntomas del paciente. Los autores observaron que cuando la somatización ocurría sólo la mitad de todos los trastornos psiquiátricos eran detectados por el médico familiar mientras que el 95 % de los pacientes que reportaban síntomas psicológicos en la entrevista inicial eran identificados correctamente²⁵.

El diagnóstico de somatización es en la mayoría de los casos un diagnóstico por eliminación, ya que es típico en la medicina occidental que hasta que no se ha agotado por completo el poder explicativo del modelo biológico, el médico comienza a considerar la experiencia subjetiva del padecimiento. Esto se debe a los conceptos clínicos dualistas en medicina y el principio en el cual se basa la evaluación clínica es el excluir patología orgánica - frecuentemente sistema por sistema - y entre más se continúa con este proceso es mayor la probabilidad de que se encuentre una anomalía espuria, lo cual puede llevar al médico a utilizar una enorme cantidad de recursos. Y muchas veces las investigaciones tienen como objeto no un intento para establecer un diagnóstico, sino para asegurar al paciente acerca de la ausencia de enfermedad¹⁰⁵.

Por lo tanto: (i) la enfermedad psiquiátrica y los aspectos psicosociales de importancia no se detectan y no reciben un tratamiento adecuado; (ii) hay evidencia de que algunos trastornos 'funcionales' empeoran al tratar de descartarlos repetidamente²³⁹; (iii) es posible que las investigaciones repetidas, aunque negativas, aumenten la convicción del paciente de que tiene una enfermedad orgánica y (iv) las pruebas invasivas pueden causar enfermedad¹⁷.

La somatización, produce elevados costos en lo personal, lo físico y lo social debido a los altos índices de incapacidad y ausencia laboral por parte del paciente y a la sobreutilización de los recursos y los servicios médicos en relación a los sistemas de salud^{58,196}.

En la actualidad las categorías diagnósticas incluidas en el grupo de los trastornos somatomorfos descritos en el DSM III han sido adoptados y han proporcionado la base para muchos esfuerzos de investigación. Pero se requiere estudiar otros factores, principalmente factores de riesgo para comprender este proceso.

2. JUSTIFICACION

En las últimas décadas, una de las principales tendencias en el campo de la epidemiología psiquiátrica ha sido uniformar criterios diagnósticos y métodos de evaluación para que los resultados de los estudios sean comparables al reducir las discrepancias en conceptos y prácticas diagnósticas que deterioran el impacto de la investigación; y por otro lado, dado que resulta impráctico e incoachable que los psiquiatras realicen entrevistas clínicas en grandes poblaciones, ha surgido la necesidad de contar con instrumentos diagnósticos que puedan ser aplicados por entrevistadores legos o no clínicos⁸¹.

Dos de los instrumentos diseñados en el período más reciente en respuesta a estas necesidades, han sido el DIS (Diagnostic Interview Schedule) por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y el CIDI (Composite International Diagnostic Interview) por petición de la OMS. Se trata de instrumentos altamente estructurados donde no interviene el juicio clínico del entrevistador, sino la adecuación de las respuestas obtenidas siguiendo un riguroso esquema de sondeo y que investiga la sintomatología psiquiátrica en función de dos clasificaciones diagnósticas ampliamente reconocidas: para el DIS el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition) y el RDC (Research Diagnostic Criteria) y para el CIDI el DSM III R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Reviewed) y la CIE - 10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades).

Estos dos instrumentos se han utilizado en estudios clínicos y transculturales y de ellos además se han derivado instrumentos de tamizaje para los diferentes diagnósticos psiquiátricos.

El interés en obtener instrumentos de tamizaje radica en que éstos pueden ser administrados por no clínicos, son de aplicación más rápida y de un costo menor que las entrevistas diagnósticas psiquiátricas particularmente cuando se realizan estudios en grandes poblaciones.

Se han efectuado estudios de los instrumentos de tamizaje para evaluar su validez y su eficiencia respecto a la entrevista psiquiátrica estructurada completa que se toma como referencia¹⁹⁴.

Para efectuar el presente estudio se eligieron dos instrumentos de tamizaje: el Instrumento de Tamizaje para Somatización o Cuestionario de Somatización Abreviado del DIS-R (Diagnostic Interview Schedule Reviewed) que no se había administrado en México y el Cuestionario General de Salud de Goldberg en su versión de 60 reactivos que se ha aplicado en México en la detección de trastornos mentales no psicóticos.

En México no se ha evaluado el funcionamiento de los instrumentos de tamizaje derivados del DIS o del CIDI para ningún diagnóstico psiquiátrico y se considera que es importante en el caso de los trastornos somatomorfos debido a los antecedentes reportados en cuanto a la magnitud del problema de presentación somática de los trastornos psiquiátricos que no son detectados, permaneciendo como "morbilidad psiquiátrica oculta"; a la trascendencia en cuanto a factores sociodemográficos y económicos en la utilización de los servicios y los recursos médicos y a la ausencia de conocimiento en nuestro medio sobre el problema. En los síndromes de somatización crónica, hay aún pocos estudios para la identificación de factores de riesgo, siendo ésta la forma más incapacitante y costosa del trastorno.

Por otra parte, en los estudios que se han realizado sobre validez del DIS en México, la categoría de somatización no fue incluida en los análisis por el escaso número de casos detectados en el estudio de validez de procedimiento debido a que este estudio se realizó en población general en la cual la prevalencia de trastorno por somatización fue muy baja y el estudio de validez concurrente se llevó a cabo en pacientes de un hospital psiquiátrico, donde la prevalencia del trastorno por somatización se puede considerar reducida y se detectaron sólo tres casos con una n de 143, por lo cual la información de que disponemos se considera incompleta.

El estudio se consideró viable, ya que se realizó en forma paralela a un proyecto de la OMS, sobre los puntos en el camino hacia la atención médica de los pacientes psiquiátricos.

Los beneficios esperados fueron fundamentalmente:

1. Mejorar la validez de los instrumentos de tamizaje para la definición de "caso".
2. Intervención en la detección de las necesidades no satisfechas.
3. Dar pauta a estudios posteriores sobre frecuencia y tipo de estos trastornos, identificación de factores de riesgo, estudios de intervención y de utilización de servicios.

3. ANTECEDENTES I

3.1. Definiciones

El término somatización fue utilizado por primera vez por Steckel²¹⁵ (1943), quien lo definió como un trastorno corporal que surgía como expresión de una neurosis de origen profundo, especialmente de una "enfermedad de la consciencia". Steckel consideró a la somatización en forma idéntica al concepto de conversión de Freud. En los escritos teóricos sobre somatización, no se realiza una clara distinción entre el trastorno por conversión, la enfermedad psicósomática y la somatización, mientras que en los textos actuales sí se intenta diferenciar estas categorías.

3.1.1. Definición descriptiva

Desde el punto de vista descriptivo, la somatización ha sido considerada como una tendencia a experimentar y comunicar malestar somático y síntomas para los cuales no se encuentran hallazgos patológicos, atribuirlos a enfermedad física, y buscar para ello ayuda médica¹³⁴. Este concepto incluye los componentes subjetivo, cognoscitivo y conductual.

El componente subjetivo se refiere a la experiencia, en este caso el malestar; el componente cognitivo al marco de referencia dentro del cual se maneja esa percepción, al significado que se le atribuye, en este caso la enfermedad física y el componente conductual a las diferentes acciones que el individuo adopta, en este caso, el acudir al médico.

Lipowski¹³⁴ ha hecho la importante observación de que la somatización no implica que el paciente no pueda tener una enfermedad física concurrente. Al contrario, en algunos casos puede coexistir realmente con, o ser facilitada por tal enfermedad.

3.1.2. Definición operacional

La somatización, se ha definido operacionalmente en su relación con los diagnósticos psiquiátricos, al menos en tres niveles de patrones de conducta de padecimiento que se imbrican, pero que son conceptualmente diferentes:¹²⁰ a) síntomas numerosos no explicados médicamente y que corresponden a varios sistemas fisiológicos, una de cuyas formas más extremas es el Trastorno por Somatización del DSM - III - R^{56,109,220} que se define con 12 síntomas no explicados médicamente en el hombre y 14 en la mujer; b) preocupación por la esfera somática o por la presencia de enfermedad, mayor que la esperada en relación con una enfermedad física demostrable, como en el Trastorno hipocondríaco del DSM - III - R^{14,15}; esta definición se desarrolló a partir del estudio de la conducta de padecimiento¹⁸⁷.

Los autores que proponen esta aproximación han postulado un estilo de amplificación somática que conduce al paciente a experimentar y a expresar niveles elevados de malestar somático como respuesta ante alteraciones leves o procesos fisiológicos normales; c) la tercera definición se refiere a la presentación clínica predominante o exclusivamente somática del trastorno psiquiátrico, con más frecuencia la depresión y la ansiedad^{25,78} y que, exceptuando a los trastornos somatoformes, incluye otra amplia gama de trastornos.

3.1.3. Criterios operacionales para la definición de 'caso'

Los criterios de Bridges y Goldberg para somatización son los siguientes²⁵:

- 1 **Conducta clínica** - el paciente debe buscar ayuda médica para las manifestaciones somáticas de una enfermedad psiquiátrica y no presentarla con síntomas psicológicos.
- 2 **Atribución** - El paciente debe considerar a estas manifestaciones somáticas como causadas por una enfermedad física cuando consulta al médico
- 3 **Una enfermedad psiquiátrica** - el paciente debe reportar al psiquiatra investigador síntomas que justifiquen un diagnóstico psiquiátrico detectable por criterios de investigación estandarizados.
- 4 **Respuesta al tratamiento** - en opinión del psiquiatra investigador el tratamiento del trastorno psiquiátrico debería ocasionar la desaparición de las manifestaciones somáticas o revertirlas al nivel en que estaban antes del episodio del trastorno psiquiátrico.

3.1.4. Otras definiciones

Rosen y cols.¹⁹⁸ proporcionan otra clasificación. Este autor distingue la somatización aguda que dura días o semanas y se desarrolla fuera de condiciones estresantes, de la somatización subaguda que dura por varios meses y se origina en una respuesta prolongada al estrés o un trastorno psiquiátrico actual (comunmente depresión y ansiedad). Finalmente, los dos anteriores se distinguen de la somatización crónica, que dura por años y resulta de una enfermedad psiquiátrica o física en la cual los estresores psicosociales en contextos locales de poder (por ejemplo, conflictos familiares, recursos insuficientes y dificultades de empleo) son las principales causas de la amplificación de los síntomas y la incapacidad.

3.2. - Prevalencia de las tres formas de somatización

La primera definición de somatización - sintomatología numerosa no explicada médicamente - se ha utilizado en estudios epidemiológicos de la población general. El trastorno por somatización del DSM III R, tiene una prevalencia entre 0 y 0. 7% en diversos sitios del Estudio del Area de Captación Epidemiológica (ECA)^{56,59,220}. Escobar y cols.⁵⁹ han propuesto un criterio abreviado de 4 síntomas no explicados médicamente para el hombre y 6 para la mujer lo cual definiría un "subsíndrome" de trastorno por somatización, que tiene una prevalencia en la comunidad de 9 a 20 % en la misma muestra de estudio. En apoyo de la validez de la definición de este subsíndrome, Escobar y cols.^{57,58} proporcionan evidencia de un aumento de la utilización de los servicios médicos y de salud mental en este grupo e incapacidad más frecuente.

La segunda definición de somatización - preocupación somática o hipocondríaca - tiene una prevalencia en muestras de población clínica y general que varía de 3 a 13 %¹⁵. Aún cuando los criterios diagnósticos para el trastorno hipocondríaco estipulan que los síntomas o niveles de malestar experimentados por los pacientes no son explicados por una enfermedad orgánica, no se requiere que los pacientes tengan síntomas somáticos múltiples.

La tercera definición de somatización - la presentación clínica somática de un trastorno psiquiátrico (diferente a los trastornos somatomorfos) - ha sido investigada por los psiquiatras de enlace en atención primaria y en las especialidades médicas. En estudios en que se han utilizado entrevistas psiquiátricas estructuradas, los trastornos afectivos y de ansiedad tienen una prevalencia combinada de 10 a 20 % en poblaciones de atención primaria^{12,104,237}. Se ha estimado que en general más del 50 % de estos pacientes manifiestan presentaciones clínicas somáticas o 'enmascaradas'¹⁰¹. Bridges y Goldberg²⁵ encontraron que 56 % de los pacientes de atención primaria con trastornos psiquiátricos tuvieron presentaciones somáticas, en tanto que en 17 % eran psicológicas. El 27 % restante eran pacientes cuyo motivo de consulta era una enfermedad física concomitante.

3.3 Comorbilidad psiquiátrica

Hasta la aparición del DSM - III - R, el síndrome de comorbilidad - la presencia concurrente de trastornos psiquiátricos independientes - se había ignorado. Sin embargo, la mayoría de las reglas jerárquicas de exclusión utilizadas en el DSM - III fueron suprimidas en el DSM - III - R, permitiendo a los clínicos el efectuar "diagnósticos múltiples cuando diferentes síndromes ocurren juntos en un mismo episodio de enfermedad"⁵³. En los casos de comorbilidad, el estado principal se determina con base en la gravedad relativa y la interferencia con el funcionamiento²⁰¹.

Los patrones de comorbilidad tienen implicaciones clínicas importantes. El curso de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos de un paciente con más de un diagnóstico puede diferir del de un paciente con un solo diagnóstico. Grunhaus⁶⁴, en una revisión reciente, concluyó que los pacientes con diagnóstico tanto de trastorno de angustia como de depresión mayor tenían síntomas más graves y manifestaban un mayor grado de psicopatología y no tenían tan buena respuesta a los antidepresivos convencionales como los pacientes con depresión únicamente.

Además de las implicaciones clínicas prácticas, los patrones de comorbilidad tienen otras implicaciones importantes. La co-ocurrencia de ciertos trastornos puede proporcionar información acerca de la etiología de los trastornos. Por ejemplo, la co-ocurrencia frecuente del trastorno obsesivo-compulsivo y de los trastornos depresivos puede indicar que una vulnerabilidad común subyace en ambos trastornos. La etiología de la enfermedad en estos pacientes puede ser bastante diferente que en los pacientes únicamente con depresión o en los pacientes con comorbilidad de depresión y trastornos de angustia.

Los patrones de comorbilidad también afectan la epidemiología genética. Los familiares de individuos con un patrón de comorbilidad de depresión mayor y trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar alguno de estos trastornos que los familiares de individuos con depresión mayor sin trastornos de ansiedad¹²⁶.

Los estudios que han investigado la prevalencia y los patrones de síndrome de comorbilidad entre pacientes con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad han demostrado que aproximadamente dos tercios de estos pacientes han tenido al menos un trastorno adicional en el eje I y que hay patrones consistentes de co-ocurrencia.

Recientemente se han realizado estudios de prevalencia y patrones de comorbilidad entre pacientes con diagnóstico principal de trastornos afectivos²⁰¹, utilizando los criterios del DSM - III - R encontrando que 59 % de los pacientes con

diagnóstico de depresión mayor y 65 % de los pacientes con diagnóstico de distimia tenían al menos un diagnóstico adicional en el eje I. Los diagnósticos de comorbilidad más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad y entre ellos la fobia social y el trastorno por ansiedad generalizada.

Se estudió también la temporalidad encontrando que el trastorno depresivo precedió al inicio del trastorno de ansiedad en un 77 % de los pacientes con distimia y un trastorno de ansiedad y en 60 % en los pacientes con depresión mayor y un trastorno de ansiedad.

En vista de los hallazgos de la elevada frecuencia de síndrome de comorbilidad entre los pacientes deprimidos y entre los pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad parece que la práctica de asignar un solo diagnóstico puede ser inadecuada para representar el nivel total de psicopatología en un paciente.

3.3.1. Co-ocurrencia de las tres formas de somatización

La prevalencia de las creencias hipocondríacas en el trastorno por somatización no se conoce. Algunos estudios han encontrado niveles aumentados de preocupación hipocondríaca entre pacientes con dolor idiopático crónico benigno y otros síntomas aislados no explicados médicamente, mientras que en otros estudios no se han encontrado diferencias en comparación con pacientes con enfermedad orgánica comprobada. Keefe y cols.¹⁰⁷ y Pilowsky y cols.¹⁸⁸ no encontraron diferencia en la preocupación hipocondríaca entre pacientes de atención médica general con y sin patología orgánica que explicara sus síntomas.

Los trastornos de depresión mayor y por ansiedad son comunes entre los pacientes con síntomas no explicados médicamente¹⁰⁴. Más del 60 % de individuos que reúnen criterios para un trastorno por somatización completo o un subsíndrome tienen una historia previa de algún otro trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia un trastorno de ansiedad o de depresión⁵⁷. Sin embargo, es más probable que estos individuos utilicen los servicios médicos y de salud mental que los no somatizadores y que se presenten frecuentemente ante los proveedores de atención primaria tanto con síntomas somáticos como psicológicos^{56,249}. Es incierto el porcentaje de pacientes que tienen presentaciones predominante o exclusivamente somáticas de los trastornos afectivos o de ansiedad.

Los temores hipocondríacos comúnmente son secundarios a otros trastornos psiquiátricos subyacentes¹¹⁹. Se ha supuesto que los trastornos por depresión o ansiedad son muy frecuentes entre pacientes hipocondríacos en atención primaria, sin embargo hay pocos estudios que apoyen esta impresión¹¹⁰. En un estudio de 21 pacientes externos con diagnóstico de hipocondriasis de acuerdo al DSM III, Kellner y cols.¹⁰⁸ encontraron que aún cuando los pacientes tenían niveles sintomáticos elevados de depresión y ansiedad, no había evidencia de un trastorno afectivo mayor coexistente. No se conoce qué proporción de individuos hipocondríacos con depresión o ansiedad subyacentes presentan clínicamente solo síntomas somáticos.

Pocos estudios han investigado sistemáticamente la concurrencia de síntomas médicos no explicados o preocupaciones hipocondríacas en pacientes con presentaciones clínicas somáticas de ansiedad o depresión¹³⁵. Los temores hipocondríacos se han encontrado en 25 a 33 % de pacientes con depresión, y los temores han alcanzado una cualidad delirante en un 2 a 3 %⁸⁷.

Casi todos los pacientes con depresión mayor o ansiedad tienen quejas somáticas que incluyen dolor u otros síntomas vegetativos¹⁰². Se ha llegado a encontrar un aumento de la incidencia de síntomas médicos no explicados entre los pacientes que asistían al médico familiar durante los 6 meses previos al diagnóstico de una depresión mayor²⁴⁴.

3.4. Clasificación de los trastornos psiquiátricos que pueden expresarse como somatización.

3.4.1. Somatización y Trastornos Somatomorfos¹⁷ (DSM III R - CIE 10)

El término 'trastornos somatomorfos' se introdujo en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - III, APA 1980) para describir una nueva clase de síndromes psiquiátricos cuyos aspectos esenciales son: 'síntomas físicos que sugieren un trastorno físico para el cual no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y para el cual hay una evidencia positiva, o una fuerte presunción, de que los síntomas están relacionados con factores o conflictos psicológicos'.

Las seis condiciones clasificadas como trastornos somatomorfos en el DSM - III - R son: trastorno dismórfico, trastorno conversivo, hipocondriasis, trastorno por somatización, trastorno por dolor somatomorfo y trastorno somatomorfo indiferenciado. Estos diagnósticos incluyen lo que anteriormente se había denominado histeria⁹⁸ y conducta de padecimiento anormal¹⁸⁷. Se revisarán dentro de los trastornos somatomorfos a los más prototípicos.

El esquema 1 nos muestra la ubicación de los diferentes trastornos somatomorfos según la clasificación del DSM III, de acuerdo a la naturaleza en la producción de los síntomas (inconsciente o consciente) y al control de la conducta de enfermedad (voluntaria o involuntaria).

Una dificultad diagnóstica que surge de la definición del DSM - III - R en relación a los trastornos somatomorfos es decidir si un síntoma tiene un 'mecanismo fisiológico conocido'. El DSM - III - R proporciona esta guía: 'Aunque los síntomas de los trastornos somatomorfos sean "físicos", los procesos fisiopatológicos específicos implicados no son demostrables o comprensibles por los procedimientos de laboratorio existentes y se conceptualizan más claramente por medio de constructos psicológicos'. Sin embargo existe cierta ambigüedad, porque presumiblemente los síntomas que surgen de un aumento de la actividad autonómica (demostrable por los procedimientos de laboratorio y no de un constructo psicológico) no serían 'somatomorfos' como en el trastorno por somatización y en la hipocondriasis.

La necesidad para una nueva categorización de los trastornos somatomorfos surgió cuando fue abandonado el concepto de neurosis por el DSM III. Como una consecuencia, los trastornos previamente considerados como neuróticos tuvieron que ser redefinidos y reclasificados. Por lo tanto, la neurosis de ansiedad, la depresión neurótica, la hipocondriasis y la histeria (tipos conversivo y disociativo) que habían sido clasificadas como miembros de una sola categoría, en el DSM - III - R se encuentran en cuatro categorías diferentes: los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos respectivamente. La eliminación de la neurosis es un intento para conformar una clasificación atórica y descriptiva.

3.4.1.1. Trastorno por somatización (DSM - III - R)

El criterio para el trastorno por somatización es 'una historia de múltiples síntomas físicos o la creencia de estar enfermo, que se inicia antes de los 30 años y con duración de varios años'.

Además, el paciente debe tener al menos 13 síntomas físicos de una lista de 35 que se especifica en la clasificación. Los síntomas se ubican dentro de 6 grupos: dolorosos, gastrointestinales, cardiopulmonares, de conversión (pseudoneuróticos), sexuales y del sistema reproductor femenino. Para que un síntoma se considere dentro del diagnóstico debe satisfacer tres criterios: que no haya un mecanismo fisiopatológico conocido que ocasione el síntoma; que no ocurra solamente durante una crisis de angustia; y que no obligue a tomar medicamentos (no sólo analgésicos), a acudir con frecuencia a las consultas médicas o alterar el estilo de vida.

Estos criterios pueden parecer arbitrarios a cualquiera que no esté familiarizado con el concepto histórico reciente de histeria en los Estados Unidos - para resumirlo brevemente es como sigue. En 1951 Purzell y cols.,¹⁸⁹ del Departamento de Psiquiatría en la Universidad de Washington, en San Luis, reportaron un estudio de 50 pacientes que habían sido investigados por numerosas quejas físicas no diagnosticadas. Los autores encontraron un patrón de síntomas que ocurría generalmente sólo en las mujeres y se iniciaba en la juventud. También notaron que tenían un gran número de admisiones hospitalarias y cirugías mayores en comparación con los controles. Concluyeron que este era un síndrome diferente y que el cuadro que describían era similar a las descripciones de histeria proporcionadas por Briquet en 1859 y Saville en 1909.

Desde los primeros años de la década de 1960 se han publicado numerosos reportes de investigaciones sobre histeria del departamento de San Luis y se introdujo el nombre de síndrome de Briquet para evitar las connotaciones peyorativas del término histeria. Estos trabajos afirman que el diagnóstico tiene un alto nivel de confiabilidad²¹³; que tiene validez⁸⁵ y que es estable a través del tiempo¹⁷⁹; con una prevalencia de 1 a 2 % en las mujeres²⁴⁷; y que afecta a un 10 - 20 % de los familiares femeninos en primer grado³⁷.

Con base en sus estudios en familias el grupo de San Luis ha declarado que hay un espectro de trastornos relacionados, y que:

La histeria y la sociopatía tienen un origen familiar común, ya sea social, genético, o ambos. Las primeras manifestaciones de los trastornos del adulto pueden tomar la forma del síndrome del niño hiperactivo. Cuando el niño madura, varias formas de delincuencia y de conducta antisocial pueden hacerse evidentes. El cuadro clínico en la adolescencia y en la edad adulta dependerá en parte del sexo del individuo. El síndrome de Briquet predomina en las mujeres y la constelación sociopática en los hombres⁸⁵.

Para la definición operacional del síndrome de Briquet, Perley y Guze¹⁷⁹ listaron 59 síntomas divididos en 10 grupos (Tabla 1). El diagnóstico así establecido requiere un mínimo de 20 síntomas provenientes de al menos nueve de los grupos. A diferencia de los criterios del DSM - III - R incluyen 'crisis de angustia', 'sentimientos depresivos' y otras quejas que no son síntomas físicos no

explicados. Pero este conjunto de criterios se consideró demasiado largo y complejo para el trabajo clínico rutinario, y actualmente se utiliza un conjunto abreviado de 35 síntomas para establecer el diagnóstico de trastorno por somatización (TS) de acuerdo al DSM - III - R.

Inevitablemente, esta redefinición ha creado discordancia entre los dos diagnósticos: es posible cumplir con los criterios del síndrome de Briquet sin satisfacer los del trastorno por somatización y viceversa. En un estudio de 90 pacientes externas psiquiátricas que recibieron cualquiera de los dos diagnósticos, sólo 71 % recibieron ambos diagnósticos³⁸. La implicación de este hallazgo es que la afirmación de la validez para el síndrome de Briquet no se puede sostener de igual forma para el TS. Por ejemplo, hay evidencia de que las asociaciones familiares del síndrome de Briquet pueden no ocurrir para el TS.³⁸.

La exclusión de síntomas psicológicos como las crisis de angustia sólo representan un intento para hacer el criterio 'conceptualmente consistente'. Es común que los pacientes que satisfacen estos criterios presenten también un trastorno por angustia/agorafobia y un trastorno del estado de ánimo. Un estudio en comunidad encontró que los sujetos con TS tenían 96 veces una mayor probabilidad de tener crisis de angustia, 27 veces más de tener agorafobia y 25 veces más de tener depresión mayor que los individuos sin TS sugiriendo una diátesis para estos tres síndromes²⁴. Esto ha llevado a la sugerencia de que el TS, 'más que ser categóricamente diferente de los trastornos afectivos y de angustia ... realmente puede ser una reunión de estos y otros síndromes agregados en una forma compleja'¹⁷⁰.

3.4.1.2. Trastorno somatomorfo indiferenciado (DSM - III - R y CIE 10)

Esta categoría del DSM - III - R es definida como una 'forma residual del trastorno por somatización'. Sus criterios diagnósticos son: una o más quejas físicas que no pueden ser explicadas por patología orgánica o mecanismos fisiopatológicos conocidos, o que son claramente desproporcionados en relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos; duración de más de 6 meses; y que se presentan no solamente durante el curso de otro trastorno (incluyendo un trastorno del sueño y una disfunción sexual).

Se afirma que (i) aunque el diagnóstico puede hacerse en casos de un único síntoma, es más común que estén presentes síntomas múltiples; y (ii) que no hay evidencia de que el trastorno es más común en las mujeres y no se requiere de un criterio de edad para el diagnóstico. La CIE -10 incluye una categoría equivalente.

Las investigaciones llevadas a cabo en la comunidad han mostrado que un mayor número de pacientes con síntomas somáticos funcionales se han clasificado en esta categoría que en cualquier otra categoría de trastornos somatomorfos.

Al abandonar los aspectos cualitativos del síndrome de Briquet (como la vaguedad, el dramatismo) se reduce a un grupo de síntomas. El número de síntomas que se requiere es menor que para el TS. Esto sugiere que la diferencia entre el TS y un subgrupo de trastornos somatomorfos indiferenciados puede simplemente ser de gravedad, de cronicidad, o ambos.

Esto ha llevado a Escobar y Canino⁵⁷ a sugerir que el TS del DSM - III - R podría ser descrito técnicamente como un 'Índice somático de 13 síntomas' (SSI -13). Escobar y cols.⁵⁶ han explorado el uso de un subsíndrome en un esfuerzo para investigar la validez de una categoría más amplia.

Utilizando un gran número de datos de estudios epidemiológicos han encontrado que un índice de cuatro síntomas para los hombres y seis para las mujeres (SSI - 4 y SSI -6) produjeron correlatos y pronósticos similares al SSI-13 (trastorno por somatización). Más aún, la prevalencia de este subsíndrome fue 100 veces mayor que para el TS. Esto apoya el argumento de que una definición menos restrictiva es más útil tanto clínicamente como para la investigación⁴⁹. El grupo de San Luis, por otra parte, ha justificado su definición de síndrome de Briquet presentando datos que muestran que las asociaciones familiares (un criterio de validez) que se han demostrado para este trastorno no se encontraron cuando se utilizó el criterio abreviado³⁸. Esto eleva la posibilidad de que, aunque la discontinuidad en el nivel descriptivo no pueda ser fácilmente demostrada, los casos leves y graves del trastorno puedan tener diferentes etiologías. La elección del umbral de los síntomas para la inclusión de un caso dependerá de la cuestión que se enfatice al hacer el diagnóstico.

En cuanto a los estudios en familias, en un análisis de función discriminante en mujeres adoptadas con somatización, Cloninger y cols.³⁹ identificaron 'dos grupos discretos de somatizadoras que diferían en la frecuencia y gravedad de la incapacidad'. El primero 'somatizadoras de alta frecuencia', tenían quejas psiquiátricas más frecuentes, dolor abdominal y dolor de espalda; mientras que el segundo grupo, 'somatizadoras diversiformes' tenían incapacidad menos frecuente pero una mayor diversidad de quejas cuando enfermaban. Los datos utilizados en este estudio se derivaron de los registros del Consejo de Seguridad Nacional Sueco y no por entrevista o auto-reporte, de modo que no es clara la comparación con categorías clínicas. Sin embargo, las 'somatizadoras de alta frecuencia' frecuentemente tenían padres biológicos que tenían una historia de criminalidad - una asociación encontrada en pacientes con síndrome de Briquet²³.

3.4.1.3. Trastorno por somatización Múltiple (CIE-10)

La definición de la CIE - 10 de trastorno por somatización múltiple es menos restrictiva que la categoría del DSM - III - R en tres aspectos: (i) no especifica cuantos síntomas debe tener un paciente; (ii) no hay criterios específicos (diferentes a la ausencia de una explicación orgánica) que deban de cumplirse para que un síntoma pueda ser tomado en cuenta para el diagnóstico; y (iii) no hay una edad específica de inicio. El requerimiento esencial es 'al menos dos años de síntomas físicos múltiples y variables para los cuales no se haya encontrado una explicación física apropiada'. Los requerimientos adicionales para un 'diagnóstico definitivo' son el no convencerse de la confirmación proporcionada por diferentes médicos de que no hay explicación física para los síntomas, y el deterioro del funcionamiento social atribuible al trastorno.

Esta definición amplia permite realizar el diagnóstico de trastorno de somatización múltiple en casos que no cumplen los criterios del DSM - III - R. La categoría es considerablemente más heterógena, muestra menor confiabilidad entre entrevistadores, y no se puede asumir que tenga las mismas características clínicas o sociodemográficas que el síndrome de Briquet, por ejemplo, la asociación con la sociopatía en familiares masculinos de primer grado. La categoría de la CIE - 10 del trastorno somatomorfo indiferenciado es para los casos de menos de 2 años de duración y 'patrones de síntomas de menor notoriedad'.

3.4.1.4. Trastorno Conversivo (DSM - III - R y CIE 10)

Una diferencia esencial entre este y otros trastornos somatomorfos es que se requiere 'una alteración o pérdida del funcionamiento físico', es decir, no se diagnostica únicamente con base en reporte de síntomas. Por lo tanto, el dolor no se clasifica como un síntoma conversivo aún cuando el examinador crea que la conversión es el mecanismo de la producción del síntoma.

Los ejemplos más típicos de conversión sugieren un trastorno neurológico, por ejemplo: parálisis, convulsiones, o anestesia. El DSM - III - R, sin embargo, también proporciona la pseudociesis y el vómito como ejemplos de conversión.

A diferencia de otros trastornos somatomorfos un episodio de conversión usualmente es de corta duración con inicio y resolución repentinos, aunque puede ser recurrente. Estos episodios también son un hallazgo del trastorno por somatización y pueden ocurrir en el curso de otra enfermedad psiquiátrica tales como la depresión y la esquizofrenia. Cuando el síntoma conversivo sucede en estos contextos, el trastorno conversivo puede no ser diagnosticado.

En vista de la aproximación descriptiva ateorética por la que aboga el DSM III, el trastorno conversivo es una concesión única a la teoría psicodinámica. No sólo se retuvo el término 'conversión' (lo cual implica un mecanismo mental inconsciente), sino que el texto que acompaña a los criterios diagnósticos apoya la explicación de la conversión histérica en términos de ganancia primaria y secundaria.

Varios estudios han demostrado la poca confiabilidad de un diagnóstico inicial de conversión. Las fuentes de error en la evaluación médica de un paciente con enfermedad neurológica no diagnosticada que ocasionan un aumento de un diagnóstico erróneo de conversión incluyen: la variación natural en el proceso de enfermedad; limitaciones en el conocimiento médico y los métodos de evaluación; y una tendencia de los pacientes con malestar a exagerar sus quejas.

Además, la evidencia positiva de un trastorno psiquiátrico también es poco confiable. Con base en ocho estudios clínicos de supuestos síntomas de conversión, Cloninger³⁸ concluyó que los 'únicos criterios de inclusión psiquiátrica' que predijeron confiablemente la ausencia de enfermedad física fueron: (i) una historia previa de conversión; (ii) una historia previa de quejas somáticas no explicadas; y (iii) un modelo previo para los síntomas. Los criterios que fracasaron para predecir la ausencia de un trastorno físico fueron (i) ansiedad o disforia actual; (ii) estrés emocional antes del inicio; (iii) ganancia secundaria; (iv) mejoría con sugestión o sedación; (v) personalidad histriónica en ausencia de una historia previa de conversión, y (vi) "la belle indifference". En otras palabras, no es correcto adjudicar demasiada significancia a cualquiera de los últimos seis criterios cuando se considera un diagnóstico de conversión - ya que ocurren con demasiada frecuencia en los pacientes con trastornos neurológicos como para ser de un valor diagnóstico.

3.4.1.5. Trastorno por dolor somatomorfo (DSM - III - R y CIE - 10)

El dolor es la queja más común en medicina¹⁶⁰; es también una forma común en que se presenta el trastorno psiquiátrico, particularmente la depresión²³⁶. En el caso de los trastornos somatomorfos usualmente está presente en el trastorno por somatización y es común en la hipocondriasis. No es sin embargo un síntoma suficiente para el diagnóstico de trastorno conversivo. En la edición de 1980 del DSM III, los criterios para el trastorno por dolor psicógeno eran idénticos a los del trastorno por conversión, con la diferencia de que para el primero el síntoma estaba limitado al dolor. Era entonces un requisito para el diagnóstico el que los factores psicológicos estuvieran 'etiológicamente implicados en el síntoma', de la misma forma que para el trastorno por conversión. La razón esgrimida para separar el dolor de los síntomas por conversión fue que el dolor psicógeno tenía tendencia a ser crónico mientras que otros síntomas conversivos usualmente eran transitorios.

El término 'trastorno por dolor psicógeno' fue reemplazado por el término actual de 'trastorno por dolor somatomorfo' como respuesta a la crítica de que el primer término era 'estigmatizante'²⁴⁶. La descripción del trastorno y del criterio para su diagnóstico también fue modificado. Esto fue, en parte, para tomar en consideración los hallazgos de un estudio de pacientes con dolor crónico publicado en 1982²².

Los criterios revisados incluyen:

- 1 Preocupación por el dolor de al menos seis meses de duración.
- 2 (a) o (b):
 - (a) la exploración apropiada no descubre ningún tipo de patología orgánica o de mecanismo fisiopatológico que pueda explicar el dolor (por ejemplo, un trastorno físico o los efectos de un lesión);
 - (b) cuando existe una patología orgánica, el dolor o el deterioro social o profesional resultante es claramente desproporcionado en relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.

Esta revisión de criterios ya no requirió ningún juicio acerca del papel etiológico de los factores psicológicos. La CIE 10 también incluyó una advertencia en su descripción de dolor somatomorfo que permite que el diagnóstico se efectúe sin tener evidencia de etiología psicológica.

El trastorno por dolor somatomorfo es por lo tanto un diagnóstico de exclusión y está basado en la presencia de un único síntoma.

Se han planteado problemas con la clasificación de síndromes de dolor regional para los cuales existe competencia entre las teorías etiológicas físicas y psicológicas. El dolor facial atípico es un buen ejemplo. Se han reportado casos de enfermedad de la articulación temporomandibular, la enfermedad de la columna cervical y la disfunción vasomotora, pero también se han considerado como síntomas conversivos o como 'un síntoma de un estado depresivo subyacente'¹²⁵.

Otros síndromes de dolor crónico regional, como el dolor lumbar, la cefalea y el dolor crónico cuyo sitio no está especificado, también han sido frecuentemente descritos como variantes de la depresión¹⁹⁹. La evidencia para estas dudas es, en su totalidad, insatisfactoria. Muchos estudios han demostrado que los pacientes con dolor crónico frecuentemente reportan síntomas depresivos y que los pacientes depresivos frecuentemente reportan dolor. Pero el fracaso para especificar los criterios diagnósticos para depresión, los métodos deficientes de muestreo, las variaciones de criterio en la selección, la falta de controles adecuados y el uso de técnicas poco confiables para medir el dolor y la depresión han debilitado estos esfuerzos de investigación.

El caso más reciente e influyente para considerar al dolor crónico como una 'variante del trastorno depresivo' ha sido discutido por Blumer y Heilbronn²². Ellos han descrito un síndrome llamado 'trastorno de la propensión al dolor' que mencionan como 'un trastorno psicobiológico bien definido con criterios clínicos, psicodinámicos, biográficos y genéticos característicos'. Conciben esto como 'una forma de depresión enmascarada,... asociada con un número de rasgos característicos'.

Para explicar porqué este trastorno depresivo está dominado por el dolor, combinan las observaciones clínicas con la inferencia psicodinámica. También presentan datos empíricos de un estudio clínico comparando 'pacientes con dolor' por artritis reumatoide para apoyar sus afirmaciones. Sin embargo en este estudio la metodología (la elección de controles, en particular) y la interpretación de los hallazgos por los autores han sido puestos en duda²³⁰.

No obstante, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ha incluido varias características del 'trastorno de la propensión al dolor' en la descripción del DSM - III - R del trastorno por dolor somatomorfo bajo el encabezado de factores predisponentes, por ejemplo, una historia de 'adicción al trabajo'. Pero es claro que de los propios datos de Blumer y Heilbronn las características clínicas que describen no son lo suficientemente sensibles ni específicas para los criterios diagnósticos en el marco del DSM III.

La relación entre síndromes de dolor crónico y depresión (como para el trastorno por ansiedad y el trastorno por somatización) es un buen ejemplo del por qué los taxonomistas psiquiátricos necesitan considerar principios políticos de clasificación con mayor seriedad. Como Sokal²¹² ha señalado '...las clasificaciones no necesitan ser jerárquicas y las agrupaciones pueden intersectarse. La idea de clasificaciones jerárquicas, que no se intersectan (mutuamente excluyentes) que es tan atractiva para la mente humana se está examinando nuevamente. Para estudios que pertenecen a una variedad de campos la presentación de la estructura taxonómica como agrupaciones que se intersectan parece ser preferible'.

3.4.1.6. Hipocondriasis (DSM - III - R y CIE - 10)

Los conceptos de hipocondriasis del DSM - III - R y de la CIE - 10 difieren poco de la definición de hipocondría de Gillespie⁷⁶. Este enfatizó la preocupación del paciente de tener un trastorno físico 'más excesiva de lo que se justificaría', así como la convicción de tener una enfermedad con 'indiferencia hacia la opinión del ambiente, incluyendo falta de respuesta a la persuasión'⁷⁶. El diagnóstico del DSM - III - R (1987) para hipocondriasis es el siguiente:

- A. Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de la enfermedad somática.
- B. La evaluación física apropiada no apoya el diagnóstico de ningún trastorno somático que pueda explicar los signos o sensaciones físicas o las interpretaciones injustificadas del individuo y, además, los síntomas de A no son síntomas propios de las crisis de angustia.
- C. El miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad persiste a pesar de las explicaciones médicas.
- D. La duración del trastorno es por lo menos de seis meses.
- E. La creencia de A no es de naturaleza delirante como en el trastorno delirante de tipo somático (es decir, la persona puede reconocer la posibilidad de que su miedo o su creencia de tener una enfermedad grave son infundados).

Como con la histeria ha habido duda acerca de la existencia de la hipocondriasis como una entidad separada. Gran parte de esto surgió después de un estudio de casos por Kenyon¹¹⁸ de 512 pacientes con quejas hipocondriacas. Kenyon concluyó que no había evidencia para apoyar la opinión de que la hipocondriasis era un síndrome neurótico primario como el descrito por Gillespie, sino más bien que, '... con la evidencia disponible, la hipocondriasis siempre es parte de otro síndrome, con más frecuencia de un síndrome afectivo'. Recomendó que la palabra hipocondriasis debería conservarse sólo como un adjetivo para describir ya fuera síntomas de otros trastornos o rasgos de personalidad.

Aunque ampliamente citado e influyente, el estudio de Kenyon es débil metodológicamente y no justifica su conclusión. Aparte de la limitación de ser un estudio de casos retrospectivos, se llevó a cabo en la población de un hospital psiquiátrico, con un sesgo de selección por la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos. No se utilizó ninguna definición operacional de hipocondriasis o de otros trastornos, y no existe el análisis estadístico que apoye su interpretación. Se ha sugerido que los propios datos de Kenyon más bien podrían utilizarse para apoyar el argumento de la existencia de hipocondriasis primaria⁶.

Los estudios subsecuentes han apoyado la noción del síndrome hipocondríaco. Pilowsky¹⁸⁴ construyó un cuestionario denominado 'Índice de Whiteley' para investigar el concepto de hipocondriasis. Después de determinar cuáles ítems diferenciaban a los pacientes hipocondríacos de los no hipocondríacos, se aplicó a las respuestas un análisis factorial. Los componentes principales del análisis

identificaron tres factores, cada uno de los cuales refleja una dimensión diferente de la hipocondriasis. Los factores fueron descritos como: 'preocupaciones corporales', 'fobia a la enfermedad', y 'convicción de la presencia de enfermedad con falta de respuesta ante la confirmación de su ausencia'. Estudios de Pilowsky y otros autores han apoyado la validez de la hipocondriasis primaria¹⁸⁵.

Barsky y cols.¹⁵ construyeron una serie de criterios operacionales derivados de los criterios del DSM - III para hipocondriasis y los evaluaron en una muestra aleatorizada de 92 pacientes externos consecutivos. Los pacientes fueron evaluados con el Índice de Whiteley, una escala de autorreporte de síntomas somáticos (derivada de las subescalas de un número de diferentes inventarios), una entrevista estructurada y una revisión de expedientes médicos. Encontraron que la convicción de enfermedad, el miedo a la enfermedad, la preocupación corporal, y los síntomas somáticos estaban significativamente correlacionados. En otras palabras, mostraron que estas características tendían a ocurrir juntas en el mismo individuo. Concluyeron que, de acuerdo con trabajos previos, había una 'validez interna considerable' y consistencia en el síndrome.

Cuando Barsky y cols.¹⁵ examinaron la distribución de las actitudes hipocondríacas y los síntomas somáticos encontraron que no había evidencia de bimodalidad, ni discontinuidad en la medición de las variables entre los individuos más hipocondríacos y el grupo en su totalidad. Por lo tanto, concluyeron que la hipocondriasis se podía considerar más bien como una dimensión de la conducta de padecimiento más que una categoría discreta.

En este estudio el correlato psiquiátrico más fuerte de las actitudes hipocondríacas (la medición del Índice de Whiteley) fue la escala de Depresión de Beck la cual ocasionó el 33 % de la varianza. El grado de depresión también emergió como un predictor poderoso de los síntomas somáticos, ocasionando el 26 % de la varianza. Aunque estas son correlaciones fuertes, también es claro que una alta proporción de hipocondriasis puede no estar ocasionada por la depresión. Por lo tanto las dos condiciones muestran una imbricación parcial. La imbricación con los trastornos de ansiedad no se evaluó en este estudio pero los síntomas somáticos reportados con mayor frecuencia por la mayoría de los pacientes hipocondríacos correspondieron a los de la activación autonómica.

3.4.1.6.1 La diferencia entre hipocondriasis y trastornos de ansiedad

Se sugirió en el DSM - III - R que en tanto que las 'preocupaciones' hipocondríacas ocurren en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos, rara vez tienen la larga duración de los síntomas hipocondríacos. Sin embargo, cuando se cumplen los criterios tanto para hipocondriasis como para otro trastorno, se deben realizar ambos diagnósticos, teniendo cuidado de que los síntomas no sean 'los síntomas de un trastorno por angustia'.

Las interpretaciones hipocondríacas de los síntomas del trastorno por angustia son extremadamente frecuentes¹⁶⁹ y los modelos cognitivos de la angustia les confieren un rol causal en la patogénesis de algunas crisis por angustia³⁶. Se ha sugerido que una diferencia importante en el desarrollo de las crisis de angustia en oposición a la hipocondriasis es la naturaleza de las creencias de enfermedad del paciente. Por ejemplo, si las preocupaciones hipocondríacas se refieren a un evento catastrófico inmediato como un ataque al corazón, el paciente atenderá selectivamente las sensaciones consistentes con esta creencia. Cuando el

paciente detecta un cambio inocuo en la frecuencia cardíaca, los síntomas pueden aumentar rápidamente ya que el temor produce alertamiento autonómico. Los demás síntomas se consideran como una evidencia de la catástrofe médica y sobreviene una crisis de angustia. Sin embargo, un paciente que cree que tiene cáncer no anticipa una catástrofe inmediata y por lo tanto no desarrolla el mismo nivel de alertamiento o la necesidad de buscar atención médica inmediata²⁴¹.

3.4.1.6.2. La diferencia entre hipocondriasis y trastorno por somatización

En tanto que la hipocondriasis se define por un conjunto de creencias, actitudes y temores, el trastorno por somatización se define por la historia médica previa.

No hay ninguna evidencia empírica de límites entre estos dos síndromes clínicos. El DSM - III - R especifica que se pueden hacer ambos diagnósticos. Sin embargo, hay una amplia resistencia a la idea de hacer más de un diagnóstico, y en la práctica los psiquiatras han utilizado una jerarquía diagnóstica o criterios de exclusión para diferenciar entre dos diagnósticos cuando se cumplen ambos criterios. Este procedimiento taxonómico fue utilizado extensamente en el DSM - III. Por ejemplo, si un paciente cumplió los criterios para trastorno por angustia y trastorno por somatización, sólo se hace el diagnóstico de trastorno por somatización y el trastorno por angustia se considera 'debido' al trastorno por somatización. Parece lógico suponer que un trastorno (trastorno por somatización), definido únicamente por un conjunto de criterios operacionales, pueda 'causar' otro trastorno. En el DSM - III - R sin embargo estos criterios de exclusión se han suprimido y ambos diagnósticos pueden hacerse al mismo tiempo.

En la CIE - 10 se sugiere que la diferencia entre hipocondriasis y trastorno por somatización múltiple es que en el primero el paciente está preocupado por la 'presencia del trastorno en sí mismo y sus consecuencias futuras' mientras que en último el énfasis se ha colocado en los síntomas individuales.

También se afirmó que en la hipocondriasis hay 'probablemente uno o dos posibles trastornos físicos a los que se puede hacer referencia constantemente, más que a los numerosos y frecuentemente cambiantes síntomas en el trastorno por somatización múltiple'³⁴.

No hay datos de la concurrencia de hipocondriasis y trastorno por somatización; La diferencia entre estas dos entidades ha sido considerada como trivial²³³. Pero mientras haya una sobreposición, la identificación precisa y el análisis de las preocupaciones y las conductas hipocondríacas pueden tener implicaciones de tratamiento importantes. Las formulaciones cognitivo - conductuales de la hipocondriasis, compatibles con la definición del DSM - III - R, se han propuesto y forman la base de los tratamientos cognitivo - conductuales²⁴⁰. El resultado de este tratamiento requiere mayor evaluación pero los primeros reportes sugieren que puede ser efectivo. Es por lo tanto importante identificar diferentes conjuntos cognitivos en pacientes con somatización crónica. Muchos de los casos de trastorno por somatización, al mismo tiempo que muestran la convicción de enfermedad, tienen ideas y actitudes de preocupación por la enfermedad que son diferentes a los de la hipocondriasis. Por ejemplo, los pacientes con trastorno por somatización no buscan con frecuencia la reafirmación de que están libres de enfermedad grave (como en la hipocondriasis) sino más bien quieren que su

conducta de padecimiento y su rol de enfermo sean confirmados por un diagnóstico de enfermedad física.

Por lo tanto, los pacientes hipocondríacos pueden tener ansiedad por creer que tienen esclerosis múltiple y buscar la reafirmación de que no la tienen. En contraste, los pacientes con trastorno por somatización pueden enojarse ante la sugerencia de que no tienen una enfermedad física grave que legitimize su estado de invalidez. Estas diferencias se muestran como conjuntos prototípicos cognitivo-conductuales en la tabla 2. Muchos casos por supuesto no son típicos pero muestran características de ambos conjuntos.

Tabla 2

Diferencias en los conjuntos cognitivo - conductuales entre hipocondriasis y trastorno por somatización²³¹.

- Hipocondriasis

Convicción de enfermedad focalizada en una condición específica

Preocupación por sensaciones corporales y futuras catástrofes médicas

Búsqueda de reafirmación

Temor a la enfermedad

- Trastorno por somatización

Convicción vaga de enfermedad

Preocupación por la negligencia previa y tratamientos deficientes por los médicos

Búsqueda de pruebas de que la enfermedad es 'real'

Temores que implican a la salud

3.4.1.7. Disfunción psicogénica autonómica (CIE - 10)

A diferencia del DSM - III - R, la CIE - 10 tiene una subcategoría del trastorno cuya característica esencial es el síntoma que se origina de la hiperactividad autonómica. Este grupo se subdivide de acuerdo al órgano o sistema que se considera por el paciente como el origen del síntoma.

Para un diagnóstico definido las cuatro siguientes características deben estar presentes:

(i) síntomas persistentes de alertamiento autonómico, ejemplo: palpitaciones, temblores, etc (ii) síntomas adicionales que se refieren a un órgano o sistema específico (iii) preocupación y malestar acerca de la posibilidad de una enfermedad grave de un órgano o sistema que no se modifica ante la confirmación de que no se trata de esa situación; (iv) no hay evidencia de un trastorno significativo de la estructura o función de ese órgano/sistema.

Disfunción psicogénica autonómica

Subcategoría (órgano o sistema)

Corazón y cardiovascular

Neurosis cardíaca
Astenia neurocirculatoria

Esófago y estómago

Aerofagia psicogénica
Neurosis gástrica

Gastrointestinal bajo

Síndrome de colon irritable

Respiratorio

Hiperventilación

Urogenital

Polaquiuria psicógena
Disuria psicógena

Se ha afirmado que la disfunción psicogénica autonómica puede diferenciarse del trastorno por ansiedad generalizada por el predominio de los 'componentes psicológicos del alertamiento autonómico y la falta de un foco físico consistente para los síntomas'. Esta aguda dicotomía entre los componentes somáticos y psicológicos de la ansiedad es difícil de sustentar en la práctica clínica y muchos casos pueden ser clasificados de otra forma. Como con la hipocondriasis y el trastorno por somatización la sobreposición de esta categoría con la hipocondriasis es inevitable debido a que diferentes variables son utilizadas para definir diferentes clases en el mismo sistema de clasificación.

Por ejemplo, 'la neurosis cardíaca' se proporciona como un ejemplo de disfunción psicogénica autonómica en la CIE - 10 y como un ejemplo de hipocondriasis en el DSM - III - R. En el primer caso se clasifica por el origen de los síntomas mientras que en el último se clasifica por las características psicológicas.

3.4.1.8. Neurastenia (CIE - 10)

En la CIE 10 este trastorno se clasifica bajo 'otros trastornos neuróticos' más que como un trastorno somatoforme, y se describen dos tipos principales.

Las principales características del primer tipo son fatigabilidad mental con dificultad para concentrarse y pensamiento ineficiente, mientras que en la segunda son 'sentimientos de debilidad corporal o física y agotamiento después de un esfuerzo mínimo acompañado de una sensación de dolores y algias musculares'. Se describen también una variedad de otros síntomas físicos y mentales.

3.4.2. Otros diagnósticos psiquiátricos con presentaciones somáticas

3.4.2.1. Trastornos del estado de ánimo

De los pacientes con síntomas funcionales somáticos que asisten al hospital general; se ha demostrado que aproximadamente la mitad tiene trastornos afectivos.

Muchos de los síntomas de la depresión mayor son somáticos (sueño, anhedonia, fatiga, anorexia, retardo o agitación motora). Los pacientes deprimidos tienen más síntomas funcionales somáticos (algias y dolores, mareo y similares) que otros pacientes⁸⁶.

El trastorno del estado de ánimo está asociado con síntomas físicos en dos formas. Primero, el trastorno del estado de ánimo sirve para dirigir la atención hacia una sensación física que de otra forma podría haber sido ignorada. Este puede ser el mecanismo que se encuentra detrás de la presentación clínica del síndrome de colon irritable, donde un trastorno de la movilidad del intestino probablemente está presente pero no es sintomático hasta que la atención del paciente es llevada al foco de su función corporal por la ocurrencia de varios estresores o el inicio del trastorno emocional⁴⁴.

Segundo, los síntomas que el paciente percibe y que se presentan al médico son realmente síntomas del trastorno del estado de ánimo. Por ejemplo, se ha propuesto que el dolor de cabeza asociado con el sentimiento de tensión es el resultado del aumento de la contracción en los músculos voluntarios¹⁴⁰; la preocupación acerca de los síntomas cardíacos tipifican muchas neurosis de ansiedad y estos síntomas tienden a desaparecer en cuanto los niveles de temor descienden¹²⁴. No es que los síntomas somáticos reemplacen la experiencia del afecto; usualmente coexisten y pueden ser fácilmente identificados si se hacen las preguntas correctas. Los sujetos tienden a tener un patrón consistente de respuestas fisiológicas al estrés a través de diferentes situaciones y a través del tiempo¹²³.

En el medio de la práctica general, el segundo de estos dos mecanismos es la explicación más probable para las quejas corporales no orgánicas, por ejemplo, los pacientes que sufren de depresión y ansiedad se quejan de sensaciones corporales que son parte del trastorno del estado de ánimo. La mayoría de los estudios transculturales sugieren que aunque los síntomas nucleares vegetativos tales como el insomnio, la pérdida de peso y los dolores musculares ocurren en todas las culturas, los cambios cognitivos tales como la tristeza, la culpa y la autodevaluación son presentaciones menos comunes en las sociedades no occidentales¹⁴⁴.

En un estudio el Cuestionario General de Salud fue administrado a 1624 pacientes en clínicas de atención primaria en Colombia, India, Sudán y Filipinas. Los síntomas que se presentaron más frecuentemente en la muestra total fueron dolores de cabeza, dolores abdominales, tos, quejas genitourinarias y mareo. Se pensó que 14 % de los sujetos tenían un trastorno psiquiátrico detectable por una cédula de entrevista psiquiátrica semiestructurada (Present State Examination). Los diagnósticos más frecuentes fueron depresión y ansiedad.

Las quejas más comunes que presentaban los sujetos que estaban psiquiátricamente 'enfermos' fueron debilidad, mareo, dolor de cabeza y dolor abdominal⁸⁸.

En un estudio en Gran Bretaña, se evaluaron 1220 consultas consecutivas con 19 médicos generales de primeras presentaciones clínicas de nuevos episodios de enfermedad. De estos, 85 tenían un diagnóstico primario o secundario de trastorno afectivo. Pero muy pocos de estos casos psiquiátricos presentaban una historia de depresión o ansiedad. Cuando se analizaron los registros filmicos de sus consultas con su médico familiar se encontró que tres cuartos tenían quejas iniciales que implicaban sólo síntomas físicos (predominantemente quejas de dolor). La mitad de los sujetos no hacían mención directa de depresión a través de la entrevista completa con su médico familiar, aun cuando la mayoría no tuviera dificultad para discutir su estado de ánimo con el investigador después de la consulta. Estos pacientes presentaban síntomas corporales más que emocionales por el estigma del trastorno psicológico y su creencia de que los médicos estaban allí solo para tratar la enfermedad física (y el acuerdo tácito del médico con ello) y la creencia en la virtud del estoicismo¹⁷.

3.4.2.2 Trastornos por ansiedad

Numerosos autores han descrito los síntomas somáticos en la ansiedad. Se ha mencionado al trastorno de ansiedad generalizada y al trastorno de angustia como las causas más importantes de la somatización¹¹¹. La somatización es muy común en pacientes con trastornos fóbicos y trastorno por angustia¹⁰⁵.

La base fisiológica de los síntomas de ansiedad es resultado, en parte, de un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, tanto simpático como parasimpático. El aumento en la tensión muscular puede también contribuir a los síntomas. Puede ser localizada, como en la sensación de nudo en la garganta y en el síndrome de la articulación temporomandibular, o generalizada, como en la fatiga o la anergia¹⁸.

La hiperventilación ocurre en aproximadamente dos tercios de los pacientes con trastorno por angustia⁷⁴ y además los síntomas son somáticos: disnea, palpitaciones, dolor precordial, sofocamiento, mareos, parestesias, oleadas de calor o de frío, diaforesis, debilidad, temblores⁸⁶.

La ansiedad es también uno de los fenómenos más comunes en la depresión mayor.

Es importante recordar que cuando se presenta con dolor, la ansiedad puede disminuir el umbral del dolor dramáticamente, ocasionando una marcada discrepancia entre las quejas de dolor y los hallazgos objetivos⁸⁶.

El diagnóstico de agorafobia se omite fácilmente en un paciente con quejas somáticas que no logra establecer el vínculo entre los síntomas físicos, el temor, y las situaciones que producen los síntomas. En estos casos, la agorafobia sólo puede ser identificada por preguntas directas acerca de los síntomas físicos experimentados en situaciones específicas¹⁷.

Tabla 3

Diagnósticos del DSM III (%) en pacientes referidos para evaluación psiquiátrica de síntomas somáticos no explicados

| | Katon 1984 ¹⁰⁶ (n = 100) | Slavney & Teitelbaum 1985 ²¹ (n = 100) | Lloyd 1986 ¹³⁷ (n = 85) |
|--|---|---|--|
| Trastornos afectivos | 48 | 9 | 33 |
| Trastos somatomorfos | 29 | 34 | 11 |
| Factores psicológicos que afectan al estado físico | 9 | 14 | - |
| Abuso/Dep sustancias | 8 | 1 | - |
| Trastornos Adaptativos | 7 | 8 | - |
| Trastorno facticio | 4 | 1 | 4 |
| Trastornos alimentarios | - | 1 | 4 |
| Ansiedad Generalizada | - | - | 14 |
| Trastorno por angustia | 4 | - | 4 |
| Trastornos por ansiedad no especificados | - | 7 | - |
| Esquizofrenia | - | - | 2 |
| Otros diagnósticos | 4 | 10 | 12 |
| Sin diagnóstico psiquiátrico | - | 15 | 18 |

3.4.2.3. Trastorno(s) por uso de sustancias

El abuso de alcohol debe ser considerado siempre cuando un paciente tiene síntomas somáticos múltiples y vagos. El diagnóstico puede ser elusivo, debido a que el paciente puede ocultar el trastorno o no efectuar la asociación. Entre los síntomas se puede encontrar el insomnio, la tos matutina, los dolores en las extremidades, las disestesias, palpitaciones, cefalea, síntomas gastrointestinales, y la fatiga⁸⁶.

3.4.2.4. Trastornos psicóticos

Los pacientes con depresión psicótica pueden tener delirios somáticos, tales como la convicción de que algunos órganos en la cavidad abdominal se encuentran en descomposición. Estos pacientes tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados equivocadamente como con un trastorno esquizofrénico más que con una enfermedad física. Cuando un paciente esquizofrénico se queja de un síntoma funcional, por ejemplo, cefalea o debilidad (no como un delirio somático), su psicosis puede ser ignorada. Comúnmente no es problema hacer ese diagnóstico con una historia y un examen psiquiátrico completos. Los pacientes esquizofrénicos pueden presentar verdaderos síntomas de conversión. En tal caso, el diagnóstico apropiado es un síntoma conversivo en un paciente esquizofrénico, y no un "trastorno por conversión"⁸⁶.

3.4.2.5. Síndromes Orgánicos Cerebrales

El diagnóstico de síndrome orgánico cerebral se refiere ya sea a las demencias o al trastorno psiquiátrico en el eje I producido por una enfermedad física en el eje III, tal como depresión inducida por una embolia. El síndrome orgánico cerebral no produce síntomas somáticos específicos. Sin embargo, los pacientes con este trastorno pueden presentar quejas somáticas funcionales. El diagnóstico se realiza al detectar la disfunción cognitiva⁸⁶.

3.4.2.6. Producción voluntaria de los síntomas

3.4.2.6.1. Simulación - En este caso, el paciente miente acerca de los síntomas o de su gravedad. El síntoma falso o exagerado puede ser tanto psicológico como somático. El principal criterio para hacer este diagnóstico es el obvio reconocimiento del objetivo del síntoma (presuponiendo siempre que no se encuentra ninguna anomalía orgánica o que lo que se encuentra está más allá de la proporción de la magnitud del síntoma). Una alta sospecha de simulación debe surgir si cualquier combinación de los siguientes cuatro factores se encuentra presente: (1) un contexto médico - legal, por ejemplo, el paciente es referido por su abogado para un examen; (2) discrepancia marcada entre el malestar o la incapacidad mencionados y los hallazgos objetivos; (3) falta de cooperación con la evaluación diagnóstica y/o el régimen de tratamiento prescrito; (4) la presencia del trastorno de personalidad antisocial⁸⁶.

3.4.2.6.2. Trastorno facticio -

A diferencia de la simulación donde el objetivo que se obtiene tiene un valor obvio, la enfermedad simulada del paciente con trastorno facticio no confiere una ventaja obvia para el paciente. El término se reserva para pacientes con psicopatología que los lleva a mantener la invención de la enfermedad sin una ventaja aparente y frecuentemente con un considerable riesgo para su salud. Producen los falsos síntomas voluntariamente, pero su control es casi tan completo como el de un simulador. Además, hay una cualidad compulsiva para la conducta y el paciente puede tener poca o ninguna advertencia acerca de las causas de su conducta autodestructiva. Los pacientes pueden padecer trastorno límite de la personalidad. El trastorno facticio puede incluir síntomas psicológicos al igual que múltiples síntomas físicos (por ejemplo, infecciones autoinducidas, anemia, por pérdida de sangre autoinfligida, hipoglucemia por inyección de insulina o ingestión oral de sulfonilureas, ingestión de tiroxina que simula tirotoxicosis, abuso de laxantes que da como resultado dolor abdominal, diarrea, hipokalemia y anomalías ácido - base, etc)⁸⁶.

3.4.2.7. Trastornos de personalidad

Los trastornos de la personalidad no "causan" síntomas somáticos funcionales. Para el paciente con trastorno en el eje II, el síntoma somático es más un medio que un fin. Para la personalidad antisocial, el dolor puede ser un medio para conseguir narcóticos, salir del trabajo, evitar un juicio, etc. Para la personalidad dependiente, la debilidad funcional sirve para obtener la atención y el cuidado de los demás. Para el paciente límite los síntomas somáticos pueden ser el núcleo de una lucha sadomasoquista, en la cual el fin sería la relación emocionalmente intensa y usualmente hostil. Los síntomas somáticos tienden a ser exagerados por pacientes con personalidad histriónica y pueden encontrarse tan intensamente fijados en las personalidades compulsivas, paranoides, esquizotípicas y

esquizoides como para hacer que estos pacientes adquieran un carácter hipocondríaco, reforzando sus síntomas debido a su estilo de personalidad⁸⁶.

3.4.2.8. Somatización y enfermedad física

La enfermedad física y la somatización están vinculadas en diferentes formas. La distinción entre ambas frecuentemente ocasiona problemas en el diagnóstico y la clasificación, debido a la interacción de ambos fenómenos.

1. Una situación que los médicos temen es diagnosticar como funcional una enfermedad física que no es detectada. Esto puede suceder a pesar del mayor cuidado, aunque el error opuesto - la investigación prolongada, costosa, excesiva, y angustiante para el paciente, sin el diagnóstico de enfermedad orgánica - es probablemente más común.
2. Hay una vaga demarcación entre los cambios fisiológicos que ocasionan sensaciones tolerables y aquellos que causan síntomas. En algunos trastornos, de acuerdo a Lennard -Jones,¹²⁹ "no hay línea divisoria entre salud y enfermedad, sólo entre los que ignoran sus síntomas, aquellos que buscan poca o ninguna ayuda médica y aquellos cuyas vidas resultan afectadas..."
3. Algunos síntomas son denominados como funcionales debido a un conocimiento inadecuado y pueden ser causados por un proceso patológico desconocido. Por ejemplo, en trastornos como el síndrome de fatiga crónica, la extensión en la cual los síntomas son causados por patología orgánica frecuentemente se desconoce.
4. Aún cuando se conoce la etiología, puede haber incertidumbre respecto a si los síntomas están ocasionados por un proceso fisiológico o patológico. Un síntoma o una respuesta fisiológica pueden constituir la vía final común de varias posibles causas. Un ejemplo es la secreción de lágrimas, que puede ser causada por infecciones, alergias, traumatismos, tumores, anomalidades anatómicas como el bloqueo del ducto nasolagrimal, duelo, risa, u otras emociones como la gratitud¹¹².
5. Algunas veces, un proceso psicofisiológico causa patología tisular, por ejemplo, en las erosiones gástricas agudas; algunos tipos de dispepsia con y sin erosiones parecen encontrarse en un continuum. El estrés psicosocial puede disminuir la competencia inmune y puede aumentar la vulnerabilidad a la infección. Hay una asociación robusta entre el estrés psicosocial y las tasas de muerte⁹⁶. Por lo tanto, el estrés psicosocial puede predisponer a la enfermedad orgánica así como inducir la somatización.

6. La enfermedad física es uno de los factores predisponentes para la somatización y la hipocondriasis¹²². Ya sea que la experiencia de la enfermedad física ocasione que la persona advierta más sus sensaciones corporales, o que se preocupe más acerca de la posibilidad de la enfermedad, o ambas cosas.
7. La enfermedad física, la somatización y las preocupaciones hipocondriacas frecuentemente coexisten²⁰². El proceso de somatización puede ocurrir independientemente de la enfermedad física, o el paciente puede focalizar el síntoma causado por la enfermedad; particularmente si teme el pronóstico, los síntomas pueden transformarse en un foco de introspección y preocupación.
8. Hay una tendencia en los pacientes que son psicológicamente vulnerables a reportar en exceso síntomas de enfermedad. Parece haber una interacción entre las alteraciones físicas con una predisposición psicológica. En un estudio se calificó a sujetos con el MMPI y el Índice Médico California y en contraron que los sujetos que alcanzaron una calificación - que sugería vulnerabilidad neurótica era más probable que reportaran infección que los demás⁴⁰. Además, una proporción significativa de pacientes con pruebas psicológicas que indicaban depresión tuvieron una recuperación retardada durante una epidemia de influenza. Esto puede significar que 1) estos pacientes presentaron mayor malestar por las sensaciones corporales 2) que amplificaban sus síntomas¹³ 3) que su predisposición psicológica causaba una infección más virulenta²²⁹. En algunas ocasiones los procesos ocasionados por factores psicológicos y fisiológicos por una parte y los causados por patología orgánica por otra coexisten, y el médico debe pesar la extensión del efecto de cada uno.

4. ANTECEDENTES II

En el DSM - III - R los trastornos que tradicionalmente se han considerado como somatización están clasificados principalmente en las categorías de trastorno por somatización (300.81), trastorno somatoforme indiferenciado (300.70), trastorno de adaptación con síntomas físicos (309.82) y trastornos somatoformes no especificados en otra parte (300.70).

Los estudios sobre la somatización sugieren que su etiología no solamente es multifactorial sino compleja. Ninguna teoría por sí sola tal como un mecanismo de defensa, la resolución del conflicto, un método de comunicación simbólica o un método de reforzamiento pueden explicar el fenómeno de la somatización. La somatización varía desde síntomas comunes menores que son parte de la experiencia normal a los más graves e incapacitantes que constituyen una minoría. La psicopatología, así como las manifestaciones difieren sustancialmente de un individuo a otro.

Los factores genéticos parecen predisponer a ciertos síndromes somatoformes, en tanto que el estrés durante la infancia, por ejemplo, el vivir con un padre alcohólico, parece ser responsable de otras formas. Muchos de los síntomas funcionales somáticos pueden ser entendidos como una consecuencia de cambios fisiológicos, precipitados o agravados por cambios emocionales. Las respuestas fisiológicas tienden a ser idiosincráticas y a recurrir en el mismo individuo.

Hay una asociación consistente de la somatización con la ansiedad y la depresión. La interacción de las emociones con los síntomas corporales es compleja: la ansiedad y la depresión frecuentemente causan síntomas somáticos; inversamente, los síntomas somáticos graves pueden producir preocupación, y agravar la depresión. En el momento en que presenta ansiedad o depresión, una persona evalúa sus síntomas somáticos como más ominosos que en otros momentos. La mayor parte de los síntomas corporales no toman el lugar de las emociones; no son conversiones sino coexisten con, resultan de, y pueden reforzar las emociones. Un mecanismo común en la somatización, así como en la hipocondriasis, parece ser un trastorno afectivo que induce síntomas somáticos, seguido de una percepción selectiva de los síntomas corporales, motivada por el temor de una enfermedad, y un aumento subsecuente en la ansiedad con más síntomas somáticos, uniéndose en un círculo vicioso.

El refuerzo y la ganancia, tales como los beneficios por la enfermedad o el seguro por incapacidad, prolongan la convalecencia y parecen jugar un papel sustancial en algunos individuos.

Los factores etiológicos que parecen ser dominantes en un paciente pueden sólo jugar un papel fugaz y menor en otro. Un individuo puede tener síntomas somáticos debido a trastornos fisiológicos como consecuencia de una predisposición genética, otro puede tener síntomas somáticos sólo por ansiedad o depresión, otro puede tomar en cuenta los síntomas somáticos sólo cuando teme el tener una enfermedad; otro podría prestar atención a sus síntomas corporales como consecuencia de un aprendizaje temprano y otro debido a que teme perder sus pagos por incapacidad y volver a su estresante lugar de trabajo. En la mayoría de los pacientes, parecen participar múltiples factores etiológicos, y la contribución relativa de cada uno puede cambiar con el paso del tiempo. Algunas veces es necesaria una exhaustiva exploración de la psicopatología antes de que se logre reunir una aproximación de la contribución de varios elementos etiológicos.

Los estudios clínicos sugieren que no hay un método de tratamiento o estrategia que sea igualmente aplicable para todos los pacientes que somatizan. La mayoría de los síntomas funcionales somáticos tienen una duración de pocas semanas a pocos meses y una gran proporción remite solo con tratamiento sintomático¹¹⁷.

4.1. Marco Teórico General (Cuadro 1)

Existen los siguientes niveles de análisis:

4.1.1. Sistema institucional sociopolítico

La somatización puede ser facilitada como una consecuencia de factores económicos y sociopolíticos a gran escala que se encuentran fuera de las redes sociales del paciente y de su sistema de atención médica.

En ciertos sistemas sociopolíticos en los cuales el trastorno mental es estigmatizado y en algunos en los cuales se ha llegado a confundir con un pensamiento político disidente, la somatización puede llegar a representar el único rol del enfermo socialmente aceptable. Puede ser una de las únicas formas establecidas para escapar de las obligaciones políticas y sociales.

La medicalización (la redefinición de los problemas sociales como médicos) puede jugar un importante rol contraterapéutico de control social, y la somatización y sobreutilización del cuidado médico se puede considerar como una consecuencia aceptada y esperada del rol mencionado¹⁰³.

En algunos países, como en Estados Unidos de Norteamérica se ha disminuido en una tercera parte el gasto para la atención psicoterapéutica y se ha aumentado para los procedimientos técnicos.

Este énfasis en la tecnología como parte de la atención médica en detrimento de la relación médico-paciente fomenta la somatización⁶⁹.

4.1.2. Factores Socioculturales

Históricamente, la somatización ha sido la norma en las sociedades occidentales. Los pacientes no acudían con los curanderos indígenas y los médicos con depresión u otros problemas psiquiátricos, sino que se presentaban con quejas somáticas y vegetativas. En la cultura occidental, el desarrollo de una "mentalidad psicológica" es principalmente un acontecimiento del siglo XX. Una mayoría de culturas en el mundo aún hoy no valoran y frecuentemente estigmatizan la expresión y la percepción de las emociones. En muchas culturas, el estoicismo se considera una virtud. Por lo tanto, la capacidad para percibir un estado afectivo y reportarlo al médico parece ser de adquisición reciente.

En relación con la depresión, que suele ser el trastorno más frecuentemente expresado como somatización, los estudios transculturales señalan el hecho de que la depresión ocurre en todas las culturas, pero la forma que toma varía. Estos estudios muestran que el núcleo de los síntomas vegetativos de la depresión son similares pero los cambios cognitivos como la culpa intensa y la autodevaluación que se observan en la cultura occidental pueden estar ausentes o disminuidas, así como la expresión del afecto depresivo¹⁴⁴.

En un estudio sobre la depresión en el Este Medio, Racy¹⁹⁰ descubrió que los árabes tradicionales la presentaban con quejas somáticas como los síntomas gastrointestinales, la pérdida de apetito y la disminución del peso. La culpa y la autodevaluación fueron raras. Sin embargo, cuando los árabes ingresaban dentro de un proceso de aculturación occidental, la expresión de la depresión se volvía más próxima a la que se observa en el occidente.

Pfeiffer¹⁸¹ revisó 40 reportes de depresión en 22 países no europeos y encontró que los síntomas vegetativos se encontraban siempre, incluyendo insomnio, disminución de la libido, disminución del apetito y pérdida de peso, pero que eran raros síntomas como la autodevaluación, la desesperanza y la culpa.

En la actualidad, los médicos de atención primaria, no psiquiatras, aún proporcionan atención a los pacientes con enfermedad mental¹⁹².

En la sociedad occidental, así como en muchas otras culturas, la somatización representa un método para enfrentarse con el malestar psicosocial. La enfermedad mental connota debilidad, culpabilidad moral y pérdida de prestigio; además, no hay psiquiatras y las quejas físicas constituyen la vía legítima para obtener cuidado, simpatía, tiempo libre y de descanso, es decir, poseen eficacia social.

La cultura influye en la somatización en tres formas, particularmente cuando se le encuentra asociada con ansiedad y/o depresión:

1o) En muchas culturas no hay palabras para describir estados emocionales internos. Por ejemplo, cuando Leighton y cols.¹²⁸ estudiaron a los Yoruba de Nigeria, encontraron que los Yoruba no tenían palabras para la depresión como un estado emocional o un concepto singular de depresión como un síndrome o un trastorno.

Leff¹²⁷ en una revisión de la literatura transcultural concluyó que el lenguaje de las emociones en la mayoría de las sociedades evoluciona a partir de términos somáticos vagos, vehiculando quejas tanto afectivas como somáticas, con una discriminación adecuada únicamente en el último estadio relacionado con la modernización y la occidentalización.

Zborowski²⁴⁸ quien estudió las diferencias de las reacciones étnicas al dolor en un hospital de Nueva York encontró que en tanto que los judíos y los italianos reaccionaban al dolor en una forma emocional, con tendencia a exagerar la experiencia dolorosa, los "viejos americanos" tenían tendencia a ser más estoicos y "objetivos" y los iraníes negaban el dolor con mayor frecuencia.

También encontró diferencias en las actitudes de los italianos y los judíos respecto al dolor. En tanto que los italianos buscaban el alivio y obtenían satisfacción al conseguirlo, los judíos estaban principalmente preocupados por el significado y la importancia de su dolor, y las consecuencias en su bienestar futuro.

Zborowski²⁴⁸ explicó estas diferencias en relación a la actitud que la madre mostraba hacia el niño acerca de su salud. Los judíos y los italianos reportaron que sus madres eran sobreprotectoras y manifestaban preocupaciones acerca de su salud y los niños aprendían a prestar atención a cada experiencia dolorosa y a buscar ayuda y atención; en los judíos, además, se formaba la tendencia a preocuparse acerca del significado y la importancia de estas manifestaciones.

En otro estudio²¹⁷, se encontraron diferencias en el registro de las respuestas fisiológicas de la piel cuando se producía dolor por shock eléctrico entre mujeres iraníes, judías, italianas y americanas.

Se encontró que las mujeres italianas mostraban una tolerancia significativamente más baja y pocas de ellas aceptaron las variedades de estimulación por shock utilizadas en el experimento. Los investigadores pensaron que esta respuesta era consistente con la tendencia del italiano a focalizar su atención en lo inmediato del dolor en sí mismo, en comparación con la orientación hacia el futuro de los judíos. También pensaron que el hallazgo de que las mujeres americanas lograran una adaptación más rápida y más completa al potencial difásico en la piel se correlacionaba con su actitud de aceptar el dolor como "una cuestión de hecho".

2o) En muchas culturas hay fuertes sanciones en contra de expresar y percibir estados emocionales como la depresión y en este caso se utilizan estilos cognitivos específicos que derivan las quejas afectivas a través del canal de los síntomas físicos. Estos mecanismos de enfrentamiento bloquean la introspección tanto como la expresión directa de las emociones. Colocan los afectos disfóricos en un idioma no psicológico. En lugar de un idioma "interno", como el utilizado por los occidentales, es un idioma "externo" que comunica indirectamente los afectos como metáforas somáticas situacionales o disociadas.

Por ejemplo, el sistema de atención médico chino no reconoce o trata los aspectos psicosociales de la enfermedad. Kleinman y Kleinman¹²¹ estudiaron 100 pacientes en Hunan diagnosticados por los psiquiatras chinos como 'neurasténicos' y encontraron que no menos del 87 % llenaban los criterios para trastorno depresivo mayor utilizando una entrevista psiquiátrica estructurada. Sin embargo, todos los pacientes habían buscado ayuda por síntomas somáticos tales como cefalea, mareo y dolor en el pecho. Sólo 9 % presentaron la depresión como una de sus principales quejas. En la cultura China, un diagnóstico de neurastenia sanciona un rol de enfermedad médica para pacientes que de otra manera tendrían que tolerar el estigma de enfermedad mental.

Algunos estilos de enfrentamiento relacionados culturalmente con la somatización incluyen desde la minimización hasta la negación completa y la disociación.

La minimización es el proceso en el cual la intensidad de la emoción es suprimida a través de conferir poca importancia a su significado. Este proceso se extiende hasta la franca negación en donde las emociones simplemente no son reconocidas. Cuando se examina a algunos pacientes con depresión que se expresa como somatización pueden parecer visiblemente deprimidos, tener todos los síntomas vegetativos de la depresión y los familiares pueden describir un cambio en el afecto. Aún así, los pacientes niegan la percepción del estado de ánimo deprimido.

Es importante señalar que un grupo de estos pacientes no parecen utilizar la negación o la supresión, que es un mecanismo consciente sino que más bien parecen no percibir y clasificar sus estados emocionales internos. Algunos pueden aún carecer de un lenguaje para expresar tales estados.

La disociación ocurre cuando los afectos se escinden de la consciencia, de la cognición o la conducta o del estímulo específico que la provoca y entonces este afecto se expresa aisladamente como en los estados de trance y en la conducta histérica¹⁰².

3o) En algunas culturas hay expresiones idiosincráticas para ciertos estados afectivos. En Centro y Sudamérica, en personas de antepasados latinos existe una enfermedad llamada "susto", que incluye síntomas como debilidad, disminución del apetito, ansiedad, insomnio, retardo psicomotor y disminución de la libido¹⁴⁴. En nuestra cultura esta constelación de síntomas sería calificada como depresión agitada. "Susto" significa "pérdida del alma" y la connotación de esta enfermedad en términos de tratamiento es que tiene una causa sobrenatural o religiosa. La cultura proporciona a la persona enferma creencias sobre la enfermedad, criterios acerca de cómo trabaja el cuerpo, metáforas y expresiones dominantes que organizan su interpretación sobre los cambios corporales.

4.1.3. Sistemas ambientales

La percepción de los estados afectivos es influida por los sistemas ambientales en los cuales el paciente se encuentra inserto.

En este nivel de análisis se encuentran los efectos debidos a las redes familiares y sociales actuales, el sistema de atención médica y los sistemas de incapacidad.

La percepción de una persona y sus mecanismos cognitivos no sólo son el resultado de sus antepasados y su familia, de sus experiencias culturales e interpersonales sino también de las interacciones actuales interpersonales y de sus roles institucionales. La unidad psicológica no es la persona individual sino la persona dentro de su contexto social significativo. Este modelo de sistemas requiere la observación de cómo y en qué extensión las transacciones interpersonales gobiernan la variación de las conductas del paciente¹⁶³.

Es útil enfatizar la distinción que los científicos sociales han hecho entre enfermedad -que es la lesión o el trastorno biomédico-, y el padecimiento, - la respuesta psicosocial del paciente. En la depresión, por ejemplo, la enfermedad es el síndrome psicobiológico de depresión con componentes cognitivos, afectivos y somáticos.

El padecimiento por otra parte es bastante diferente e incluye las respuestas psicosociales del paciente y la familia y las consecuencias para el paciente debidas a estas respuestas. Tal como cada enfermedad se asocia con problemas de esa enfermedad (glucosa elevada en la sangre en la diabetes, dolor articular en la artritis reumatoide), cada experiencia del padecimiento se asocia con problemas del padecimiento (respuesta de enfrentamiento desadaptativa, ruptura familiar, pérdidas financieras).

Entre los problemas del padecimiento comunmente observados en la somatización están la incapacidad laboral y las compensaciones consecuentes, manipulación de las relaciones familiares, la evitación de situaciones sociales estresantes, aumento en el apoyo y el cuidado por el sistema médico llevando a un incremento en la utilización de los servicios¹⁶³.

Los pacientes tienen tendencia a considerar su enfermedad en términos de la experiencia del padecimiento y a sentirse mejor por el efecto de las medidas tomadas sobre varios problemas de su padecimiento.

Por otra parte, los médicos consideran la enfermedad como la entidad a ser tratada, y los problemas del padecimiento no son reconocidos⁵⁴. Esto puede explicar la dificultad de los médicos para enfrentar el problema lo cual puede llevar al paciente a evolucionar hacia una ganancia secundaria significativa, incluyendo la incapacidad por no trabajar, el aumento del cuidado del sistema de atención médica y un cambio en las relaciones familiares; la vida del paciente puede desarrollar un nuevo equilibrio y posteriormente ser muy resistente al cambio que ese nuevo equilibrio ha anclado en la experiencia del padecimiento.

4.1.3.1. Los sistemas actuales de atención médica

4.1.3.1.1. Ingreso dentro del sistema de atención médica

Engel⁵⁵ ha señalado que la mayoría de los médicos provistos de un largo entrenamiento en el modelo biomédico, no evalúan el estrés psicosocial que frecuentemente subyace a las quejas físicas.

En su lugar, el médico en el caso de la depresión, frecuentemente trabaja sobre y trata solamente el "problema físico". Muchos pacientes también promueven el que se les realice un examen y un tratamiento somáticamente orientados, y a veces reaccionan con enojo ante cualquier sugerencia del médico de que la enfermedad sea debida a un problema emocional. Un factor significativo es la ansiedad del médico de que pueda pasar por alto un problema físico oculto. Marks y cols.¹⁴³ han mostrado que los médicos generales frecuentemente no hacen el diagnóstico de depresión simplemente por no preguntar a los pacientes durante la entrevista de una forma empática acerca de los aspectos psicosociales de su vida.

El efecto de la reducción del médico al modelo somático sobre la percepción de la enfermedad del paciente es que se refuerzan los patrones hipocondríacos. El foco somático del médico ayuda a "externalizar" la disforia subjetiva del paciente como una queja corporal "objetiva" lo cual es más aceptable para el paciente que un diagnóstico de trastorno mental que puede tener connotaciones morales. Por lo tanto, el modelo cognitivo del paciente es influenciado por el enfoque somático del médico, y aprende que el boleto de admisión es un síntoma físico. Entre más se perciba el paciente a sí mismo como enfermo somáticamente y entre más el médico se enfoque a los aspectos somáticos de su enfermedad, es más probable que el paciente desarrolle una ganancia secundaria significativa por estar enfermo y acepte el rol de enfermo como una forma de vida. Los pacientes que han tenido pocas habilidades de enfrentamiento y han estado preocupados por una pobre adaptación al trabajo y con problemas en sus relaciones familiares e interpersonales son más susceptibles a estas ganancias secundarias¹⁰³.

4.1.3.1.2. La atención médica como un sistema de apoyo

Considerando el contexto social de la neurosis de ansiedad, la depresión, los síntomas hipocondríacos, la histeria y el parasuicidio, Henderson⁹¹ postuló que hay deficiencias sustanciales en la atención proporcionada a tales pacientes, lo que da lugar a una conducta que despierta el cuidado de los demás con el fin de corregir la deficiencia de apoyo social. Por lo tanto, los síntomas del paciente o la conducta de enfermedad funcionan para aumentar la cantidad de interés, afecto o cuidado demostrados hacia él por su grupo primario. El aprendizaje puede explicar una gran parte de la elección de los síntomas. Henderson⁹⁰ ha encontrado una fuerte relación inversa entre los vínculos sociales y la presencia de síntomas neuróticos; específicamente, los pacientes con síntomas neuróticos tuvieron los vínculos menos efectivos. Muchos estudios han demostrado además la

significación preventiva de los sistemas de apoyo psicosocial en diversas enfermedades como angor pectoris, complicaciones del parto y depresión.

En la sociedad occidental, donde el sistema familiar extenso está siendo rápidamente desplazado por una población móvil, aislada, con aumento de los no casados, el médico frecuentemente proporciona una relación de apoyo de la que los pacientes carecen. Además, los médicos son considerados inconscientemente como figuras parentales debido a su estatus y su estilo de relación. Balint⁹ ha señalado que un significativo número de pacientes en la práctica general está buscando empatía y genuino interés, no alivio de los síntomas físicos. Por lo tanto, el paciente frecuentemente se presenta al médico con un síntoma somático y si el trastorno mental no es reconocido y el paciente tiene pocos apoyos sociales, puede valorar al médico como su sistema de apoyo primario.

Además, esto se observa recurrentemente en la mayoría de la población geriátrica urbana en primer nivel de atención, para quienes el médico puede ser la única persona empática, que proporciona cuidado. Esta función de apoyo del médico puede cambiar el sistema cognitivo de las necesidades del paciente de tal forma que los síntomas físicos se perciban y se reporten con más facilidad.

4.1.3.2. Las redes social y familiar actuales

La familia del paciente y la red social más extensa afecta la percepción de la enfermedad en dos formas principales. McKinlay¹⁴⁸ señala que, después de tener conocimiento de la presencia de los síntomas, el paciente "negocia con otras personas significativas qué clasificación posible puede ser aplicada, qué tan grave es el episodio, qué conducta de búsqueda de ayuda es apropiada y cuándo puede ser tomada la acción"¹⁰³. Suchman²¹⁸ también proporcionó apoyo para esta teoría con su hallazgo de que tres cuartos de los pacientes estudiados reportaron el haber discutido sus síntomas con alguien más (frecuentemente un familiar) antes de buscar ayuda médica.

Freidson⁷¹ y Mechanic¹⁵⁰ también enfatizan la importancia de los amigos, los familiares, los vecinos y los compañeros de trabajo al proporcionar recursos diagnósticos al paciente que incluyen en su observación interna de los síntomas.

McKinlay¹⁴⁸ además enfatiza que es durante la "negociación" informal con su sistema de apoyo que el paciente parece más receptivo a las sugerencias considerando los cursos de acción alternativos. Una vez que un curso específico se ha decidido y validado por los amigos y la familia, puede pasar algún tiempo antes de que un curso alternativo pueda ser tomado en consideración seriamente. Estas ideas nos llevan a la segunda forma principal en que las atribuciones del paciente acerca del padecimiento son influidas por sus redes de apoyo social, ejemplo: la ganancia secundaria dentro de la familia (y a veces dentro de una red social más extensa) en la somatización.

Además, el sistema y la estructura familiar sufren un cambio radical. Por ejemplo, un hombre deprimido puede dejar de trabajar por un "dolor de espalda", su esposa y sus hijos pueden darle cuidado y apoyo debido a su padecimiento y finalmente su esposa puede verse forzada a trabajar para tener un ingreso extra. Desde este breve escenario, es posible hipotetizar que, para algunos pacientes con ansiedad crónica debida al trabajo o con vocaciones poco gratificantes, los componentes somáticos de la depresión y la incapacidad pueden representar un estado más aceptable.

También, la esposa del paciente puede sentir un aumento de la autoestima y la asertividad al regresar a trabajar. Por lo tanto, ambos esposos pueden inconscientemente rechazar el tratamiento que podría hacer que la familia volviera a su primer estado de funcionamiento.

Los terapeutas familiares han descrito con frecuencia algunas resistencias familiares extremas a cambiar una vez que un nuevo sistema de funcionamiento ha sido establecido, aún sistemas que parecen demostrablemente desadaptativos para los observadores externos⁹⁷. Fordyce⁷⁰ también ha observado que los reforzadores familiares, por ejemplo: aumento de la atención o del cuidado del dolor crónico somatizado o real puede subsecuentemente mantener el dolor bajo un condicionamiento operante de tal modo que la conducta de dolor continúa en ausencia de dolor fisiológico. Hudgens⁹⁷ añadió apoyo a estos hallazgos en su estudio reciente de 24 pacientes con dolor crónico (la mayoría de los cuales tenían una subescala de depresión notablemente elevada en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) y sus familias. Encontró que el dolor crónico tenía varias funciones en estas familias incluyendo el controlar a otros, justificar la dependencia, obtener descanso, evitar el sexo, obtener atención, castigar a otros, controlar el enojo y evitar las relaciones estrechas. Estas familias estaban encerradas dentro de sistemas crónicamente desadaptativos de interacción que reforzaban fuertemente la conducta somatizante.

4.1.3.3. El sistema de incapacidad laboral

El trabajo representa un aspecto significativo de la autoestima en la persona en la cultura occidental. La ética del trabajo ha sido un modelo predominante y poderoso y sociológicamente muy adaptativo para la comunidad. Los programas de incapacidad como el Seguro Social de Incapacidad, el Seguro de Compensación para el Trabajador, los procesos por accidentes de trabajo, etc. se han desarrollado a fin de legitimar y apoyar a personas con problemas físicos y emocionales crónicos. Debido a la fuerza de las normas sociales como la ética del trabajo se espera que los pacientes permanezcan con incapacidad sólo el periodo mínimo hasta que se recuperen de su enfermedad. De hecho, la opinión de Parson del rol de enfermo es que se espera que los pacientes hagan todo lo posible para restaurar su salud, incluyendo el buscar ayuda competente y abandonar ese rol tan pronto como sea posible. Este concepto es aplicable para la enfermedad aguda; sin embargo, en enfermedades como las formas crónicas de la somatización no lo es. La compensación por incapacidad, puede reforzar esta situación y el rol dependiente. De hecho, hay una fuerte evidencia de los datos actuariales de las compañías de seguros de que las personas con el mismo tipo de lesiones o enfermedades pero con diferentes pólizas de incapacidad reaccionan en forma bastante diferente¹⁶².

Se examinaron los datos de 13 compañías que cubrían 138 795 quejas de incapacidad en las cuales se compararon dos grupos de pólizas; la primera garantizaba beneficios después de una lesión primeramente por 2 años y la segunda a la edad de 65. Las compañías indicaron que un 25 % de las personas incapacitadas al menos por un año en el primer grupo que se habían recuperado aún estaban litigando por incapacidad continua si el seguro era a largo plazo o con un plan de beneficio ilimitado. Por lo tanto, el sistema de incapacidad proporciona una ganancia secundaria que parece evitar la recuperación de la lesión o enfermedad original y da como consecuencia una conducta de enfermedad crónicamente incapacitante. Los datos revelan que la expectativa para una

temprana recuperación de la incapacidad aumenta importantemente si los beneficios no se prometen para un período indefinido desde un principio.

Por otra parte, para muchos trabajadores, el dejar de trabajar debido a un problema emocional o mental puede ser poco aceptable.

Hirschfeld y Behan⁹² describieron el "proceso de accidente a raíz de desperfectos industriales como una secuencia de eventos que dan como resultado una incapacidad crónica". Estudiaron 300 trabajadores y encontraron que en la mayoría de los casos había ocurrido un proceso psicológico en el cual los problemas físicos eran una solución para otros problemas del paciente. Encontraron que previamente a la lesión, estos pacientes habían tenido problemas con depresión, ansiedad y sentimientos de inadecuación que fueron considerados como incapacidades "inaceptables" debido a sus implicaciones de debilidad e inefectividad y debido a que esas incapacidades se consideraban personales e "internas". En contraste, las lesiones se consideraban como "externas", lo que no implicaba inadecuación personal y por lo tanto era aceptable.

Los autores encontraron que la depresión y la ansiedad precedieron al accidente, y muchos pacientes estaban ya incapacitados por la tensión psicológica. Concluyeron que hay una tendencia en el incapacitado para asirse a un accidente como la causa aparente de su incapacidad dando como resultado la cronicidad que está compuesta por la necesidad de fijar responsabilidad para la incapacidad.

Los costos por incapacidad están aumentados con respecto a otros pacientes. En un estudio de pacientes con somatización crónica se encontró que tenían una inversión económica 14 veces mayor por concepto de salud que otros pacientes crónicos, que su estado funcional era inferior, su percepción subjetiva era de un malestar mayor y su promedio de incapacidad era de siete días / mes / cama^{209,210}.

Se ha estimado que entre el 10 y el 20 % del presupuesto médico se eroga en pacientes que somatizan o tienen preocupaciones hipocondríacas⁶⁹.

4.1.4. Antecedentes familiares

4.1.4.1. Psicológicos

Cada familia puede ser considerada como un grupo subcultural diferente en sí mismo que tiene diferentes normas y reglas para interpretar y enfrentar los problemas, incluyendo las emociones displacenteras. Los terapeutas familiares han demostrado la importancia de estas reglas y la estructura familiar en la homeostasis emocional de la familia. Lo más probable es que haya un espectro en las familias occidentales que incluye en un extremo a las familias que no pueden experimentar y expresar sentimientos y en otro aquellas que perciben sentimientos y los expresan fácil y rápidamente.

Las familias forman las unidades que socializan a los niños para discernir la diferencia entre el dolor físico y emocional. También enseñan al niño un sistema de valores acerca de lo apropiado de expresar las emociones, modelan directamente y refuerzan los tipos aceptados de sistemas de interpretación, mecanismos de enfrentamiento y defensas para manejar las emociones¹⁰².

En una edad temprana, los niños no parecen distinguir entre el malestar emocional y el físico¹⁴⁹. Es la reacción de las personas que los rodean lo que enseña al niño a distinguir varios estados emocionales y separar las enfermedades somáticas del malestar emocional o psicológico. En muchas familias se proporciona cuidado para las enfermedades somáticas pero no para las emocionales. En estas familias las emociones casi no se toman en cuenta y se considera como muy negativa la expresión directa de estas emociones. El niño aprende rápidamente por reforzamiento diferencial a despertar la atención de un cuidador, por ejemplo, quejándose acerca de una cefalea más que estando triste o deprimido. Mechanic¹⁵⁶ ha enfatizado que el aprendizaje influye la tendencia de los hombres comparados con las mujeres, de exponerse más al riesgo, de ser menos expresivos acerca de la enfermedad, de parecer más estoicos y de buscar atención médica con menor frecuencia.

A temprana edad, los niños definen la salud como sentirse bien, ser capaces de hacer las cosas que quieren y ser felices. Sentirse sin salud está asociado con no ser capaz de llevar a cabo las actividades deseadas y sentirse débil y de mal humor¹⁶⁶. Los padres identifican la enfermedad en sus niños por aspectos conductuales. El cambio en la actividad del niño es una señal esencial y los indicadores más frecuentemente observados de enfermedad son irritabilidad, indiferencia, mal humor y apatía¹⁵⁴. Los padres difieren en la percepción de estas señales, en la capacidad para identificar la enfermedad en sus niños y su propia reacción¹⁵⁷. Por lo tanto, las respuestas de los padres pueden crear varios grados de reforzamiento así como proporcionar definiciones que atribuyan significado a los estados internos¹⁴⁹.

Por lo tanto, al depender de las actitudes de los padres, algunos niños detectan un fuerte mensaje de que hablar acerca de las emociones per se es tabú y tales padres no ayudan a sus hijos a discernir las diferencias entre estados de ánimo y síntomas físicos y hablar acerca de ellos. En tales familias, los síntomas físicos pueden volverse la forma socialmente legítima de recibir y aceptar cuidado.

Varios estudios prestan apoyo a esta hipótesis. Krietman y cols.¹²² mostraron que los pacientes que presentaban síntomas somáticos persistentes y eran eventualmente reconocidos como deprimidos (debido a los clásicos síntomas vegetativos y la respuesta a los antidepressivos tricíclicos) diferían de los pacientes que presentaban primariamente depresión en que significativamente un mayor número de madres de los del primer grupo tenían los mismos síntomas. El subgrupo de depresión también tenía significativamente más enfermedades psicosomáticas cuando eran niños. Apley y cols.⁷ notaron que los niños con quejas recurrentes funcionales estaban copiando sus síntomas de otro miembro de la familia, usualmente de la madre. Krietman¹²² notó que para los pacientes con quejas somáticas persistentes y depresión, la afirmación interna "estoy enfermo" puede significar "tengo alguna clase de malestar pero no he aprendido otro lenguaje que el de mi cuerpo para expresarlo".

Además, el lenguaje del cuerpo puede ser una forma efectiva de expresar indirectamente disforia entre los miembros de familias exquisitamente sensitivos a tales señales corporales.

Minuchin y cols.¹⁶³, Bruch²⁷ y Pallazzoli¹⁷³ en su trabajo con familias psicosomáticas, por ejemplo: familias con conflicto psicológico que es expresado a través de un miembro con síntomas somáticos, señala la frecuente falta de lenguaje para las emociones, la incapacidad de estas familias para elaborar el

conflicto normalmente y la fuerte negación por todos los miembros de la familia de que existen los problemas psicológicos. La somatización en el niño parece estabilizar un equilibrio familiar precario, frecuentemente a expensas del miembro familiar afectado. Sirve además para externalizar los problemas emocionales de la familia como los conflictos matrimoniales para los cuales se buscaron inicialmente tratamientos somáticos. Muchos de los niños afectados en el caso de la anorexia nervosa han tenido patrones crónicos de quejas somáticas en múltiples sistemas corporales. El patrón aprendido y reforzado de interpretar y confrontar los problemas emocionales a través de la vía de las quejas somáticas continúa en la edad adulta²²⁵.

4.1.4.2. Biológicos

Recientemente se ha iniciado la investigación de la participación de factores genéticos sobre todo en las formas de somatización crónica.

En un estudio sueco basado en registros de mujeres adoptadas, se les dividió en dos grupos de acuerdo a un análisis discriminante. A un grupo se les clasificó como somatizadoras de alta frecuencia y a otro grupo como somatizadoras diversiformes. El alcoholismo fue más frecuente en los padres biológicos de las somatizadoras diversiformes pero no en los padres de las somatizadoras de alta frecuencia. Los crímenes violentos por otra parte, se encontraron más frecuentemente entre los padres biológicos de las somatizadoras de alta frecuencia. Además el abuso de alcohol fue más frecuente en los padres adoptivos de las somatizadoras diversiformes.

Consecuentemente, dos trastornos somatoformes diferentes parecen tener causas diferentes. La somatización diversiforme parece estar genética y ambientalmente relacionada con el alcoholismo mientras que la somatización de alta frecuencia parece estar genéticamente relacionada con rasgos de personalidad asociados a criminalidad^{23, 39, 206}.

En otros estudios también se han encontrado evidencias de la asociación de la somatización con antecedentes en familiares de primer grado de uso de sustancias psicoactivas, trastorno por somatización y personalidad sociopática^{38, 146}.

4.1.5. Características individuales

4.1.5.1. Sociodemográficas

Se ha encontrado que la somatización es más frecuente en población perteneciente a estratos socioeconómicos bajos, con escaso nivel de escolaridad y en el sexo femenino^{56, 115}.

En un estudio de la conducta de padecimiento en los niños, las dos variables que resultaron como mejores predictores acerca del reporte de los niños del "temor de ser lastimados" y de la "atención al dolor" fueron la edad y el sexo del niño¹⁵². Los niños fueron más estoicos que las niñas, y los más grandes, más estoicos que los niños más pequeños. Estos hallazgos apoyan la idea de que la edad y el aprendizaje del rol sexual es importante en la conducta de padecimiento y las actitudes hacia los riesgos para la salud. Los resultados fueron consistentes con un número de otras observaciones, tales como la elevada utilización de los

servicios médicos entre las mujeres en comparación con los hombres⁵, y en otro estudio el que los hombres que fueron entrevistados esperaron el que sus madres fueran menos estoicas que sus padres cuando enfermaban¹⁵³. En la práctica general, la mayor parte de la consulta está caracterizada por los grupos de ancianos, niños, y mujeres en el grupo de edad de 15 - 44 años¹⁰.

La observación casi universal de que las mujeres reportan más enfermedades agudas y son usuarias más frecuentes de los servicios de atención médica que los hombres de edad similar puede ser debido a varios factores. Por ejemplo, en los Estados Unidos, las consultas en relación con el embarazo, los trastornos ginecológicos y las enfermedades mamarias ocasionan el 79 % del exceso reportado en la utilización de los servicios médicos por las mujeres entre las edades de 15 y 24 y 31 % del exceso entre las edades de 45 y 64²³⁸. Pero aún después de tomar en cuenta estos trastornos las mujeres reportan una alta frecuencia de síntomas, reflejando un mayor interés por la salud, una tendencia hacia la introspección y un aumento del riesgo de los trastornos emocionales¹⁵⁵.

Algunos estudios han intentado vincular diversos factores socioculturales a la frecuencia diferencial en los sexos de búsqueda de atención médica, por ejemplo, el hecho de que las mujeres tengan menor probabilidad de ser empleadas y por lo tanto también mayor disponibilidad de tiempo para asistir a las consultas, aunque la evidencia es escasa y no concluyente¹⁵⁵.

4.1.5.2. Psicológicas

4.1.5.2.1. Estadio de desarrollo de los mecanismos cognitivos de enfrentamiento

Los mecanismos cognitivos de enfrentamiento son estrategias para resolver problemas lo que conduce a diseñar conductas para proporcionar alivio, recompensa, reposo y equilibrio²⁴². La mayoría de los autores definen el enfrentamiento relacionado con los problemas y el estrés externo, mientras que los mecanismos de defensa están relacionados con los conflictos intrapsíquicos. La realidad es que estos términos se encuentran algo imbricados. El concepto clave es la cognición.

La experiencia cognitiva se refiere tanto al contenido como al proceso de pensamiento²⁶. Incluye formas de percibir el ambiente y procesar la información, estrategias para resolver problemas, actitudes y atribuciones y los mecanismos y contenidos de la memoria y la comunicación¹⁶⁷.

Sin la percepción cognitiva del componente psicológico, un trastorno mental se expresa por su componente somático o vegetativo.

La capacidad para percibir los componentes psicológicos dependen del vocabulario que el paciente ha aprendido y de los mecanismos cognitivos que haya desarrollado para manejar las emociones.

La percepción, a su vez, es la base de la retroalimentación que modela la experiencia de enfermedad en términos de consecuencias sociales.

Lesse¹³¹ ha señalado que hay diferentes mecanismos de enfrentamiento y defensas utilizadas a diferentes edades para adaptarse a los afectos disfóricos.

La somatización se puede considerar como uno de los mecanismos primarios de enfrentamiento utilizados, pero también existen otros mecanismos de enfrentamiento que frecuentemente ocurren en forma separada o concomitante.

Una advertencia es que este paradigma de desarrollo está distintivamente orientado hacia valores culturales occidentales, en el cual los investigadores consideran el movimiento hacia la mentalidad psicológica como un signo de madurez. Esta opinión no es compartida en todas las culturas, y su validez transcultural es dudosa. De hecho, existen todas las razones para creer que donde está culturalmente establecida, la somatización puede ser desplegada en forma madura o inmadura, dependiendo de las cualidades personales de la persona en particular que la emplea.

En los niños frecuentemente se observan cambios conductuales notables en respuesta a la depresión y no se quejan de un estado de ánimo deprimido.

Malmquist¹⁴¹ ha descrito hiperquinesia, acting out, bajo rendimiento, dificultades de aprendizaje, trastornos de la alimentación y somatización como máscaras conductuales en los niños deprimidos.

En niños más grandes, especialmente en la segunda década, las vías conductuales a través de las cuales se canalizaba la depresión incluían desobediencia, delincuencia, abuso de drogas y alcohol, huídas, acting out de tipo sexual y somatización²²⁷.

Los estudios de Lesse¹³² en estudiantes de 'college' revelaron que el suicidio y los accidentes de automóvil eran las dos causas más comunes de muerte en estudiantes deprimidos. Muchos de estos adolescentes y adultos jóvenes presentaron somatización en forma previa a su muerte.

En la población geriátrica, dos presentaciones clínicas comunes de la depresión son la pseudodemencia y la somatización²³⁵; además, la somatización es la regla en los ancianos deprimidos⁴⁷. El paciente geriátrico con pseudodemencia tiene cambios cognitivos clásicos de la demencia, pero estos cambios desaparecen cuando se trata la depresión. Una historia social cuidadosa frecuentemente revela como causa precipitante pérdidas de amigos o familiares o una enfermedad médica.

La clave para el diagnóstico ya sea en las personas somatizadoras ancianas o en el caso de la pseudodemencia es el descubrimiento de signos vegetativos de depresión y/o la descripción familiar de aislamiento social progresivo con cambios afectivos que precedían la presentación de los síntomas.

4.1.5.2. Aprendizaje y experiencia cognitiva

Varias teorías han descrito la somatización como percepciones anormales aprendidas o como un estilo cognitivo. Hay un gran cuerpo teórico de investigación que apoya la opinión de que el aprendizaje desempeña un papel sustancial en las sensaciones corporales. Varias experiencias en la infancia pueden actuar como factores predisponentes, en tanto que los eventos de la vida adulta pueden contribuir a la precipitación de los síntomas así como a su mantenimiento¹⁰⁹.

Los estudios de adopción sugieren que el estrés en el ambiente familiar - por ejemplo, tener un padre adoptivo alcohólico - está asociado con somatización en la vida adulta²³. Ciertas clases de trauma parecen ser particularmente perniciosos.

El dolor pélvico y los síntomas funcionales abdominales son más comunes en las mujeres que han padecido abuso sexual en la infancia. El abuso en la infancia también se asocia con ansiedad y depresión¹¹⁴.

Hay evidencia de que la percepción selectiva puede afectar las sensaciones corporales. Por ejemplo, la clase de instrucciones que se proporcionan a un sujeto antes de un experimento pueden influir en el que una sensación corporal pueda ser percibida o no¹⁷⁷. Las percepciones de diversos cambios fisiológicos están positivamente correlacionadas y parece existir una tendencia generalizada a darse cuenta o prestar atención a los cambios viscerales²⁴³. Con entrenamiento, los sujetos de experimentación pueden aprender a mejorar la percepción de las sensaciones dentro de su cuerpo¹. También parece ser que el prestar atención habitualmente a una parte del cuerpo puede aumentar la habilidad de una persona para percibir sus sensaciones. El mecanismo anterior tiende a producir una amplificación de los síntomas¹³, mientras que en otros individuos, la supresión de las percepciones corporales parece ocasionar minimización o negación de las mismas¹⁸³. Por lo tanto, los síntomas están ocasionados por percepciones, y numerosos procesos influyen en su magnitud.

Hay una asociación consistente de los síntomas somáticos por un lado y el temor o la convicción de tener una enfermedad por el otro. Cerca de un tercio de los pacientes con síntomas funcionales somáticos tienen preocupaciones hipocondríacas¹¹⁶, mientras que los pacientes con hipocondriasis grave forman una pequeña minoría¹⁴⁷. Hay varias formas en las cuales las preocupaciones hipocondríacas y los síntomas somáticos pueden interactuar.

Los pacientes hipocondríacos tienen tendencia a experimentar síntomas somáticos que hayan escuchado o acerca de los cuales han leído, un fenómeno que también es común en los estudiantes de medicina¹¹⁰. Los pacientes hipocondríacos son más precisos que otros pacientes para percibir sus cambios fisiológicos²³².

Los síntomas somáticos persistentes tienden a inducir el temor de la enfermedad, por ejemplo, el dolor de la úlcera péptica puede inducir la falsa creencia de tener otra enfermedad más grave²¹⁶. Las falsas creencias de tener una enfermedad grave también ocurren frecuentemente con el dolor precordial²⁹ y el dolor pélvico crónico. Inversamente, los pacientes que temen la enfermedad o que están convencidos de que la tienen pueden dejar que sus sensaciones corporales se conviertan en el centro de su atención; estas sensaciones pueden ser difusas, como en la fobia al SIDA, o pueden estar focalizadas en un área del cuerpo, como en la cardiófobia⁴². Uno de los mecanismos en el mantenimiento de los síntomas somáticos, así como en la reacción hipocondríaca, es el experimentar nuevos síntomas somáticos en los momentos de ansiedad o depresión. A esto sigue la percepción selectiva de las sensaciones corporales, motivadas por el temor de la enfermedad y da como resultado un aumento subsecuente en la ansiedad con más síntomas somáticos. Estos elementos parecen estar unidos en un círculo vicioso y la repetición frecuente se transforma en aprendizaje; por lo tanto, la secuencia se vuelve predecible¹⁰⁹. Una secuencia similar ocurre en los pacientes durante los periodos de crisis de angustia³⁵.

Los pacientes que tienen preocupaciones hipocondríacas buscan atención médica más frecuentemente que otros¹⁸⁶. Necesitan esta interacción con el médico por varias razones. Sin embargo, hay pacientes que somatizan con síntomas recurrentes o por largos periodos, que han podido lograr un insight adecuado.

Comprenden que sus síntomas no significan una amenaza para su vida ni la evidencia de una enfermedad y aún así los síntomas persisten²². En estos pacientes, los temores o las creencias hipocondríacas, no parecen ser esenciales en el mantenimiento de la somatización. La contribución de las preocupaciones hipocondríacas en el aumento de los síntomas varía de un individuo a otro así como en el mismo individuo con el paso del tiempo.

De acuerdo a estudios psicofisiológicos y neurofisiológicos, la somatización se ha explicado en dos formas en relación con los mecanismos cognitivos:

1) como una amplificación perceptual de sensaciones corporales: hay evidencia en la psicología experimental para apoyar este modelo. Los individuos varían ampliamente en el nivel de malestar originado por un mismo estímulo físico.

En situaciones experimentales se ha encontrado un número de factores que alteran la intensidad de lo percibido, la intensidad y el nivel de malestar asociados con varios procesos corporales dolorosos y displacenteros. La atención es uno de los factores más importantes. La ansiedad también se ha demostrado que aumenta la sensibilidad al dolor.

Varias características perceptuales y variables de personalidad han demostrado su influencia en la tolerancia y expresión del dolor y estímulos nocivos: el locus de control, la orientación de campo (independencia contra dependencia), aumento-reducción y la introversión-extroversión han demostrado que son importantes tanto en el medio experimental como en el clínico^{2, 3, 13}.

2) Los pacientes interpretan falsamente sus sensaciones corporales normales: las sensaciones corporales benignas son falsamente interpretadas cuando el individuo asigna significados cognoscitivos a esas sensaciones. La persona clasifica sus sensaciones, en términos de la información y las ideas que tiene examinando el contexto en el que ocurre el síntoma. La adscripción de una percepción de enfermedad a una sensación interna depende de signos externos, comunicaciones interpersonales y la información inmediata acerca de la situación. Estas influencias son más importantes cuando la persona carece de una explicación obvia, inmediata, acerca del síntoma. Ocurre cuando el síntoma es difuso, ambigüo y en una parte del cuerpo que no puede ser directamente observada.

Una vez formada, la atribución incorrecta tiende a persistir debido a que todas las percepciones futuras son interpretadas dentro del marco cognoscitivo de que el individuo tiene una enfermedad. Hay evidencia clínica y experimental para apoyar esta conceptualización¹³. Los trabajos en neuropsicología y psicofisiología han mostrado que los estímulos sensoriales nocivos siguen un proceso de valoración y clasificación cognoscitiva y que este proceso amplifica o reduce las sensaciones. En otras palabras, los pensamientos que una persona tiene acerca de su estado físico y las ideas aportadas por los demás influyen poderosamente en el nivel de malestar y de excitación asociada con dicho malestar.

En un estudio basado en pruebas neuropsicológicas extensas de pacientes con trastorno por somatización comparados con pacientes con depresión psicótica, esquizofrenia y controles normales se demostró disfunción bifrontal hemisférica de los procesos cognitivos con mayor disfunción global en el hemisferio no dominante.

Las anomalías no dominantes se postulan por los autores como responsables de la depresión, dolor psicógeno, síntomas de conversión asimétricos y el patrón histriónico, mientras que las anomalías del hemisferio dominante se considera que median el sutil deterioro de la comunicación verbal, la peculiar incongruencia de la respuesta afectiva, la anomalía en la integración sensorial motora y el control de la movilidad⁶⁶.

4.1.5.2.3. Bajo umbral al dolor

Se ha encontrado un bajo umbral al dolor en varios grupos de personas con quejas somáticas. Los pacientes con fibromialgia tienen un bajo umbral al dolor, no sólo en puntos sensibles sino también en otras partes de los músculos. Algunos pacientes con dolor precordial esofágico son más sensibles a la distensión del esófago que aquellos sin dolor¹¹. Hay pacientes que experimentan dolor durante la cateterización de las arterias coronarias³¹, e inversamente, pacientes con isquemia del miocardio silenciosa que tienden a tener altos umbrales al dolor⁵². Los pacientes con síndrome de colon irritable tienen un umbral bajo al dolor para la distensión, y su intestino reacciona más cuando está distendido, aun cuando no presentan umbral bajo al dolor cutáneo.

Los pacientes hipocondríacos¹⁶¹ y los pacientes con fobia a la enfermedad²⁰ tienen bajos umbrales al dolor, y estos dos grupos diagnósticos tienen fuertes asociaciones con la somatización. En los sujetos que tienen un umbral anormalmente bajo para las sensaciones, aún los cambios leves en la actividad fisiológica, como un aumento de la tensión del músculo estriado o la distensión fisiológica de las vísceras, pueden aumentar la percepción del malestar.

4.1.5.2.4. Hostilidad

La hostilidad, particularmente la hostilidad reprimida, y el enojo se han descrito por varios autores como factores cruciales en la somatización. Hay varios estudios que vinculan los síntomas somáticos con la hostilidad. En un estudio clínico, las mujeres deprimidas que parecían reprimir su enojo se consideraron más proclives a los síntomas somáticos que aquellas que no tenían enojo o que lo expresaban⁸⁹. En otro estudio, los síntomas somáticos se correlacionaron positivamente con escalas autoaplicables de enojo-hostilidad y se correlacionaron negativamente con sentimientos de cordialidad. Los síntomas somáticos, sin embargo, tienen tendencia a asociarse más fuertemente con síntomas de ansiedad y depresión que con la hostilidad¹¹⁵.

Los sujetos hostiles muestran un cambio mayor en la tensión arterial y la conductancia cutánea que los sujetos no hostiles⁹³, y los sujetos que suprimen la hostilidad tienden a tener una tensión sistólica arterial más alta que otros sujetos²⁴⁵.

Por lo tanto, los concomitantes fisiológicos de la hostilidad, podrían ser las vías a través de las cuales el enojo produce los síntomas somáticos.

Los estudios disponibles no apoyan la opinión de que el enojo y la hostilidad sean factores etiológicos fundamentales o específicos en la somatización, ni que sean los más comunes. Hay varias causas posibles para la asociación del enojo con los síntomas somáticos. El enojo y la hostilidad ocasionan alertamiento con hiperactividad fisiológica y concomitantes de ciertos tipos de depresión⁶².

Los pacientes psiquiátricos no psicóticos tienen autoevaluaciones altas de enojo y hostilidad en comparación con los controles que no son pacientes, por lo que el enojo podría ser la consecuencia de cualquier malestar crónico incluyendo los síndromas somáticos.

Parece ser que la ansiedad y la depresión, son causas más comunes de la somatización, que el enojo.

4.1.5.2.5. Ganancia y refuerzo social

Varios autores han expresado que el efecto de la somatización es una búsqueda de ayuda, una expresión del deseo de asumir el rol de enfermo, un intento para manipular a los demás, o una condición que se mantiene y es reforzada por la ganancia.

En la ganancia primaria, se considera que la formación del síntoma disminuye la disforia intrapsíquica, (la ansiedad y el malestar psicológico). En la ganancia secundaria, la formación del síntoma permite al paciente el evitar las situaciones difíciles o conseguir apoyo que no puede conseguir en otra forma⁶⁹.

Los pacientes que reciben beneficios por enfermedad, pensiones u otras compensaciones por incapacidad permanecen incapacitados por mayor tiempo que los que no los reciben, aún cuando la enfermedad sea de una gravedad similar¹⁹. Estos hallazgos sugieren que el pago por incapacidad reduce el incentivo de retornar a un empleo estresante de tiempo completo; en algunos, actúa quizá como un reforzador de los síntomas somáticos, particularmente en personas con pocas reservas psicológicas.

La ganancia parece ser un factor etiológico más común en el trastorno conversivo que en otros trastornos somatoformes.

Hay varios reportes clínicos que sugieren que en varios pacientes hipocondríacos y que somatizan, el refuerzo iatrogénico interviene en parte. Por ejemplo, los pacientes con síntomas somáticos funcionales reportaron diagnósticos más ominosos de parte de sus médicos que pacientes con síntomas similares que tenían una enfermedad física²⁹.

Estudios no controlados sugieren que muchos pacientes con somatización crónica, así como pacientes hipocondríacos, tienen diagnósticos múltiples de médicos anteriores y fueron tratados para los síntomas somáticos funcionales como si tuvieran una enfermedad física. Los diagnósticos que tienen una connotación aterrizadora parecen tener un efecto de sugestión cuando los realiza un médico confiable.

Hay varios estudios no controlados que parecen sugerir que otros tipos de refuerzo pueden jugar un papel. Por ejemplo, en un estudio de terapia familiar de pacientes con dolor crónico, el terapeuta recomendó a los miembros de la familia el evitar el refuerzo de las quejas de dolor, lo cual dió como resultado una disminución subsecuente de las quejas y un aumento en la actividad⁹⁷.

El interés mostrado por los miembros de la familia o por un médico probablemente contribuyen a la tendencia a prestar atención a las sensaciones corporales o a buscar ayuda de los médicos, o ambas cosas.

La mayoría de los pacientes con somatización, sin embargo, parecen sufrir debido a sus síntomas más que obtener provecho de ellos.

4.1.5.2.6. Conducta de padecimiento, papel de enfermo, enfermedad, conducta de padecimiento anormal y somatización crónica

Mechanic¹⁵¹ definió la **conducta de padecimiento** como la forma en la cual una persona percibe y evalúa los síntomas y los varios cursos de acción que puede tomar.

Parson¹⁷⁴ concibió el **papel de enfermo** como "un estado parcial y condicionalmente legítimo" que es garantizado al individuo, en tanto éste acepte que es indeseable, reconozca su obligación para cooperar con los demás con el propósito de alcanzar la salud, y muestre su disposición para utilizar los servicios de aquellos que la sociedad considere como competentes para diagnosticar y tratar su enfermedad. Habiendo llenado estos requerimientos, se exenta al individuo de sus obligaciones normales y no se le considera responsable de su estado, ni se espera que sea capaz de recuperarse simplemente por un acto de voluntad.

Con esta segunda definición se sugirió que la definición original de Mechanic de conducta de padecimiento podría ser ligeramente modificada. La "conducta de padecimiento" podía referirse a las formas en las cuales el individuo percibe, evalúa y responde a los aspectos de su propio funcionamiento que estaba predispuesto a considerar en terminos de "enfermedad" y "salud".

En cuanto al concepto de "enfermedad", autores como Coe⁴¹ han enfatizado que "padecimiento" y "enfermedad" no son la misma cosa. El "padecimiento" se refiere a la experiencia individual subjetiva de una "enfermedad", la cual, a su vez, es esencialmente un concepto biológico. La definición de lo que constituye enfermedad frecuentemente es difícil. La enfermedad puede ser construída como una constelación de características objetivamente reconocibles del padecimiento. Pilowsky¹⁸² ha sugerido que el padecimiento sea definido como "un estado de un organismo que satisface los requerimientos de un grupo apropiado de referencia para su admisión al rol de enfermo". La utilidad de esta definición es que permite la determinación, al menos operacionalmente, de lo que es el "padecimiento" en cualquier cultura o sociedad. Se puede hacer notar que la definición de padecimiento en cualquier cultura es parte de un proceso, pero en cualquier momento en particular, puede, en teoría, ser posible especificar cuáles son los criterios actuales.

Cuando un paciente busca ayuda de un médico la tarea implica definir la naturaleza del padecimiento y el papel de enfermo apropiado. Las consecuencias de este proceso tienen implicaciones para la sociedad, por ejemplo: determinación de los beneficios y las compensaciones por la enfermedad.

El papel del médico en este proceso es central debido a que la relación médico-paciente no es simétrica¹⁷⁵. Un grupo de pacientes que están particularmente en riesgo de ser considerados como simuladores son aquellos cuya conducta de padecimiento le parece al médico como excesiva. Este usualmente es el caso cuando los síntomas físicos son leves, vagos y no están asociados con alteraciones en los exámenes paraclínicos y dónde además se encuentra incluida la compensación. Frecuentemente estos pacientes son etiquetados como hipocondríacos, histéricos y similares.

Uno de los problemas al hacer estos diagnósticos es el especificar tan claramente como sea posible sobre qué bases se debe de efectuar. Se ha sugerido^{182,183} que condiciones tales como la hipocondriasis se conceptualizan mejor como formas de conducta de padecimiento "anormal", definida como:

La persistencia de una forma inapropiada o desadaptativa de percibir, evaluar o actuar en relación al propio estado de salud, a pesar del hecho de que un médico (u otro agente social apropiado) haya ofrecido una explicación razonable y clara de la naturaleza del padecimiento (si estaba indicado) con oportunidad para la discusión, la negociación y la clarificación, con base en una adecuada evaluación de todos los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales relevantes.

Esta definición atribuye una responsabilidad considerable al médico y tiene implicaciones obvias para la educación y la supervisión médica.

Es una definición que enfatiza que el diagnóstico de conducta de padecimiento anormal (CPA) no se puede hacer en forma definitiva a menos que el médico haya proporcionado al paciente una explicación "adecuada" de lo que él considera como la causa de la situación y que el paciente rechaza.

Puede ser particularmente difícil para un médico aceptar que el "padecimiento" de un paciente es la incapacidad para aceptar la opinión del médico acerca de su estado de salud, especialmente cuando el paciente es hipocondríaco. Lo mismo se puede aplicar cuando el paciente niega el padecimiento o rechaza el tratamiento.

Se ha sugerido que la conducta de padecimiento "anormal" puede asumir varias formas:

1. Padecimiento que se afirma, somáticamente focalizado
2. Padecimiento que se niega, somáticamente focalizado
3. Padecimiento que se afirma, psicológicamente focalizado
4. Padecimiento que se niega, psicológicamente focalizado¹⁸⁶

4.1.5.2.6.1. Categorías de conducta de padecimiento anormal

Hay conductas de padecimiento que, si bien no son típicas, no son tampoco anormales. Es útil por lo tanto, pensar en conductas de padecimiento como "normales" o "anómalas" y después subdividir la conducta "anómala" en atípica, anormal y simuladora.

El término "anómala" se utiliza para indicar un estadio en el cual la conducta de padecimiento se considera como poco común o discordante. Sugiere la posibilidad de, por ejemplo, un trastorno somatomorfo pero que no ha sido lo suficientemente explorada para ser descrita como atípica o anormal. En otras palabras, hay un estadio en que se puede hacer un diagnóstico provisional o tentativo.

El término "atípico" transmite el tipo de conducta de padecimiento que con mayor probabilidad refleja un estilo de personalidad o socioculturalmente determinado más que una entidad psicopatológica. Un buen ejemplo es la personalidad compulsiva quien elabora su discurso con circunstancialidad pero, finalmente, se dirige hacia lo importante.

El término atípico también señala la escasez de información disponible concerniente a las conductas típicas de padecimiento en la variedad general de pacientes con o sin patologías somáticas. Si el término es utilizado, implica que en un caso particular el espectro habitual de las conductas de padecimiento ha sido establecido, o que la conducta es atípica para el caso particular que se está evaluando.

La simulación, que se observa con más frecuencia en poblaciones militares y en las prisiones se menciona como un complemento, aunque, dado que por definición, la motivación es completamente consciente y dirigida hacia un propósito específico, no se puede considerar el papel de enfermo en su sentido habitual¹⁸⁷.

Por otra parte, Blackwell y Gutman²¹ caracterizaron el **síndrome de conducta de padecimiento crónico** cuando los individuos presentan diversos grados de las siguientes manifestaciones: incapacidad excesiva en relación a una enfermedad detectable, búsqueda de la validación de la enfermedad, demanda de responsabilidad médica, actitudes de vulnerabilidad y autorización personales, evitar el rol de individuo sano por varias razones, adopción del papel de enfermo debido a las recompensas ambientales, y conductas interpersonales que mantienen el rol de enfermo.

La conducta de los pacientes con somatización crónica se incluye dentro de este síndrome debido a que estos pacientes presentan invalidez y sufrimiento, demandan y requieren tratamiento y apoyo.

4.1.5.2.7. Inhibición, represión

Varios autores han sugerido que la negación, y la represión acerca de eventos estresantes están asociadas con la somatización. Hay evidencia de que estos mecanismos están vinculados en varias formas con las respuestas fisiológicas, el reporte de los síntomas somáticos y el padecimiento¹⁷⁶.

Hay evidencia que sugiere que la represión de una amenaza está asociada con hiperactividad autonómica. Por ejemplo, en sujetos que utilizaban la represión, medida por la escala de represión sensitización mostraron mayor reactividad fisiológica que los que no la utilizaban³⁰. Una revisión de varios estudios sugiere que la inhibición de la emoción y el carecer de confianza puede causar activación fisiológica, síntomas somáticos y enfermedad física¹⁷⁶.

Cualquier tipo de trauma en la infancia del cual no se habló con alguien ha sido correlacionado con enfermedad en la vida adulta, variando de la hipertensión y el cáncer, a la influenza y la diarrea¹⁷⁸.

La oportunidad para el autodescubrimiento puede ser una de las formas en que la relación de intimidad logra un efecto protector⁶⁰.

4.1.5.2.8. Comunicación, defensa y resolución de conflicto

La somatización se ha considerado como un método de comunicación, frecuentemente de significado simbólico.

Se ha considerado como la expresión del malestar emocional y el estrés psicosocial en el lenguaje físico de los síntomas corporales.

Entre los hipocondríacos, sus interacciones personales están dominadas por aspectos relativos a la salud, la conducta hipocondríaca se ha considerado desde esta perspectiva como una forma de comunicación social¹⁴.

En un estudio del lenguaje en pacientes con trastorno por somatización, se tomaron 500 muestras de palabras del lenguaje libre de 11 pacientes, y se compararon con muestras similares de pacientes con depresión mayor, trastornos paranoides y desórdenes médicos. Los hallazgos sugieren que la expresión emocional directa en el trastorno por somatización no se encuentra reemplazada o simbolizada por las quejas físicas. Los pacientes manifestaron su malestar emocional, lo cual sugiere que las quejas somáticas sirven a una función interna e interpersonal más compleja. El patrón distintivo del lenguaje, por análisis de contenido reveló confusión en la identidad, así como preocupación por una autoimagen negativa, carencia de empatía en sus relaciones interpersonales, temor narcisista y dependencia del médico en comparación con los otros grupos¹⁷².

La somatización también se ha explicado como un mecanismo de defensa - de negación, desplazamiento o racionalización - o un intento para la resolución de conflicto (el paciente se preocupa por sus sensaciones corporales en lugar de enfrentar un conflicto intolerable).

Hay publicaciones de numerosos casos en los cuales los pacientes que estaban aparentemente preocupados con síntomas somáticos eran incapaces de contender con conflictos cruciales. Otros reportes de caso sugieren que los mecanismos de defensa juegan un papel importante⁶⁹. La resolución del conflicto se consideró como uno de los mecanismos fundamentales de las reacciones de conversión¹⁹¹. Algunos individuos utilizan las metáforas corporales como un método de comunicación y expresión del malestar.

Hay también reportes clínicos de pacientes que eran hipocondríacos, y que, una vez que cesaron de creer que tenían una enfermedad grave, revelaron tener otros numerosos problemas psiquiátricos diferentes¹¹³; esto sugiere que las preocupaciones hipocondríacas pueden servir como una defensa, o que los pacientes atienden los demás problemas después de que los temores de tener una enfermedad grave han cedido.

Hay pocos estudios empíricos acerca de estos aspectos y no son concluyentes. La escasez de estudios puede ser un reflejo de 1) la complejidad de estos conceptos 2) las dificultades de probarlos empíricamente. Esto no impide, por supuesto, la posibilidad de que estos mecanismos participen en forma importante, al menos en algunos individuos.

4.1.5.2.9. Alexitimia

El término alexitimia fue acuñado por Sifneos y significa literalmente "sin palabras para las emociones". Nemiah y Sifneos¹⁶⁸ observaron que esta era una característica de pacientes con trastornos psicósomáticos. Los pacientes alexitímicos tienen dificultades para expresar sus emociones en palabras, y no tienen fantasías que expresen sus emociones; el contenido de su pensamiento está dominado por detalles de los eventos en su ambiente. Los sujetos alexitímicos también muestran un déficit en la expresión no verbal de las emociones.

Varios estudios han examinado la alexitimia en los trastornos psicósomáticos y en los pacientes somatizadores. Los pacientes con dolor crónico reportan menor ansiedad a nivel cognitivo que los que no son pacientes⁴⁸.

Se encontró que la alexitimia era más común en pacientes hipertensos y en pacientes con colitis ulcerativa que en otro tipo de pacientes⁶³.

La somatización se asocia con ciertos rasgos de personalidad como el neuroticismo, pero se sabe poco acerca de la relación de la alexitimia con estos rasgos. La investigación de la represión y la negación puede ser relevante para el concepto de alexitimia debido a que los pacientes alexitímicos parecen reprimir las emociones.

Varios estudios sugieren que la alexitimia es un constructo válido. Es una conducta que probablemente tiene varias raíces. En algunos pacientes la alexitimia parece ser la manifestación de un estado; por ejemplo, en momentos de una cefalea intensa, un paciente puede quejarse con el médico acerca de su malestar físico y no permitir la introspección psíquica. En otros pacientes parece ser predominantemente un estilo cognitivo, y las personas con este rasgo, tienden a prestar mayor atención al malestar somático que a los eventos psicológicos. La alexitimia parece ser uno entre varios procesos que están implicados en la forma en que las personas interpretan y orientan las sensaciones corporales, lo cual a su vez, define la magnitud y el significado de estas sensaciones para el individuo¹³⁰. En algunos pacientes, la alexitimia es quizá una manifestación de la represión o la negación, o refleja su incapacidad para advertir sus emociones.

Hace falta mayor investigación para determinar los límites de este rasgo o conjunto de rasgos y examinar sus componentes, y cuál es el papel de los componentes en la somatización, y si estos componentes predominantemente reflejan la conducta de los somatizadores o son factores etiológicos¹¹².

4.1.5.3. Biológicas

4.1.5.3.1. Manifestaciones de actividad fisiológica

Muchos de los síntomas de la somatización son consecuencia de la actividad fisiológica que frecuentemente se acentúa por el estrés y las emociones. Esta relación parece ser una de las razones de la correlación consistente entre los síntomas emocionales y somáticos.

La investigación de los efectos de la emoción en el funcionamiento fisiológico es numerosa. Varios procesos fisiológicos intervienen en la somatización¹¹².

4.1.5.3.1.1. Contracción del músculo liso - Algunos de los componentes más importantes y frecuentes de la somatización son los síntomas causados por la contracción del músculo liso. Por ejemplo, los trastornos de la movilidad del esófago pueden causar síntomas. La movilidad anormal del intestino puede causar dispepsia no ulcerosa, y las contracciones excesivas del esfínter de Oddi pueden causar dolor abdominal del cuadrante superior derecho²²⁷. Además, el dolor cólico abdominal generalizado puede ser causado por contracciones del colon en el síndrome de colon irritable que se presenta con un tipo diarreico predominante o por cambios de presión en el intestino delgado⁹⁴.

4.1.5.3.1.2. Contracción del músculo estriado - La contracción del músculo voluntario es otra causa frecuente de actividad fisiológica que aumenta los síntomas somáticos.

los controles, y el número de músculos en los que la diferencia puede ser detectada aumenta durante el estrés experimental⁷⁹. En reposo, los niveles electromiográficos son más altos en pacientes distímicos (con ansiedad y depresión) que en pacientes histéricos o en sujetos controles¹⁴⁵; en un estudio, durante una entrevista, los niveles electromiográficos fueron significativamente más altos en los sujetos neuróticos que en los controles. Durante la psicoterapia, la actividad electromiográfica fue mayor en los músculos del antebrazo cuando se aludió a temas de hostilidad y en los músculos de las piernas cuando se hizo referencia a temas sexuales²⁰⁴.

Los potenciales electromiográficos son mayores en los músculos del cuello durante el estrés experimental en pacientes que presentan cefaleas que en otros pacientes psiquiátricos¹⁴⁰. La tensión muscular aumenta en las partes del cuerpo en que hay dolor en comparación con otras²⁰⁰. La actividad electromiográfica de los músculos temporales es significativamente más alta en pacientes con cefaleas por contracción muscular que en sujetos controles sanos; sin embargo, no hay diferencias significativas en la actividad electromiográfica de los pacientes que tienen cefalea en el momento de la medición y aquellos que no la tienen⁷³, y algunos pacientes con cefalea tienen una tensión menor que los sujetos controles. Los pacientes con cefalea o dolor de cuello desarrollan mayor actividad electromiográfica durante el dolor experimental infligido en el antebrazo que otros pacientes¹³⁸. Algunos pacientes con malestar en la parte baja de la espalda tuvieron niveles electromiográficos elevados en los músculos paravertebrales⁵⁰, particularmente cuando se encontraban estresados¹³⁹.

4.1.5.1.3. Cambios en el flujo sanguíneo y la secreción endócrina

Hay varios síndromes en los cuales el suceso principal son los cambios en el flujo sanguíneo. En algunos de ellos, hay una patología tisular asociada, tales como en las crisis isquémicas transitorias o en muchos de los casos de espasmo de las arterias coronarias (variante Prinzmetal). En otros casos, hay una inestabilidad de la regulación del flujo sanguíneo en ausencia de daño tisular. El más común de esta clase es el espasmo vascular seguido de dilatación como en las migrañas. Otros ejemplos son la sensibilidad al frío del tipo Raynaud, acrocianosis, y eritromelalgia. Un estudio ha sugerido que el dolor esofágico también puede estar causado por un flujo sanguíneo inadecuado.

Los estudios en psicofisiología muestran cambios endócrinos importantes en respuesta a las emociones, particularmente el temor y el enojo. Estos cambios implican predominantemente a los sistemas adrenérgico y corticoesteroide. Los cambios en el primero de estos sistemas acentúan los efectos de la respuesta del sistema autónomo simpático, ocasionando cambios fisiológicos periféricos. Estos cambios incluyen aumento de la tensión arterial, aumento en la frecuencia y en el volumen cardíacos, redistribución de la sangre desde las vísceras y la piel al músculo estriado, y aumento de la frecuencia respiratoria. Es probable que algunos síntomas somáticos en un examen físico rutinario sean causados por cambios en el flujo sanguíneo u otros cambios que ocurren durante la activación y que son mediados por los sistemas endócrino y nervioso autónomo. Los trastornos psicofisiológicos que se agravan por el estrés son causas importantes de somatización.

Las emociones también pueden producir cambios en la conducta que causan cambios fisiológicos que a su vez, pueden producir síntomas somáticos¹¹².

Los trastornos psicofisiológicos que se agravan por el estrés son causas importantes de somatización.

Las emociones también pueden producir cambios en la conducta que causan cambios fisiológicos que a su vez, pueden producir síntomas somáticos¹¹².

4.1.5.1.4. La relación de la activación fisiológica con los síntomas

Los procesos de adaptación en el sistema nervioso central, influyen en el grado de los cambios fisiológicos⁹³, así como en la frecuencia de los síntomas somáticos reportados¹⁸⁰. Hay una relación entre la activación, la percepción de tal activación, y la experiencia de las sensaciones somáticas¹⁴².

Los individuos tienen un patrón característico de respuestas fisiológicas al estrés⁴. En algunos individuos la respuesta no varía a pesar de cambiar el tipo de estresor¹²³. La idiosincracia de las respuestas fisiológicas probablemente explica en parte las diferencias entre los individuos en el tipo de síntomas somáticos funcionales recurrentes que presentan.

En pacientes que se encuentran con ansiedad patológica o que presentan en forma primaria síntomas somáticos (que tienen quizá los mayores cambios fisiológicos), los síntomas tienen una alta correlación con los cambios fisiológicos, mientras en los sujetos sanos¹⁰⁰ y en los patológicamente ansiosos en quienes predominan los síntomas psicológicos, las sensaciones corporales se correlacionan pobremente con los cambios fisiológicos²³². En este último grupo, puede ocurrir que 1) el síntoma este causado por algún otro mecanismo o que 2) la medición de la sensibilidad psicológica estándar sea inadecuada para detectar cambios psicológicos sutiles que inducen estos síntomas.

La evidencia de los estudios es consistente y conduce a la conclusión de que en algunos pacientes, la somatización es la consecuencia de la actividad fisiológica que tiende a ser idiosincrática, y que la actividad fisiológica tiende a volverse más intensa y la somatización es más grave en los períodos de estrés.

En el cuadro 2, se ilustran algunos de los factores mencionados; la experiencia subjetiva del síndrome depresivo y/o ansioso es influido por la cultura, la experiencia familiar previa, los mecanismos cognitivos de enfrentamiento y el medio social presente, es decir: el sistema de atención médica, el sistema de incapacidad laboral, la familia, las redes sociales más extensas y el sistema sociopolítico. El concepto clave es la percepción. El componente afectivo de la depresión y/o de la ansiedad sólo puede ser aprehendido por el paciente a través de la percepción. Sin la percepción cognitiva del componente afectivo, el trastorno depresivo existe como un síndrome somático expresado por síntomas vegetativos.

5. ANTECEDENTES III

5.1. Proceso del padecimiento y la enfermedad (Esquema 2)

El paso inicial en el proceso de enfermedad es la influencia de un patógeno. La influencia patogénica puede ser una toxina, un proceso degenerativo, un proceso infeccioso, etc. Esta influencia patogénica es modificada por las defensas orgánicas, tales como los procesos inmunológicos, la respuesta de los fibroblastos y otros mecanismos homeostáticos. Si los mecanismos de defensa son inadecuados para restaurar de inmediato la normalidad en el organismo se desarrollan los síntomas. Estos se definen como una sensación de estados orgánicos o psicológicos que son percibidos como fuera de lo común y pueden ser interpretados como anormales. Los mecanismos psicológicos tales como la negación pueden bloquear la percepción de los síntomas o la ansiedad puede intensificarla. Los síntomas pueden provenir directamente de reacciones psicológicas, tales como concomitantes fisiológicos de los estados emocionales.

Una vez que el síntoma ha sido percibido, sigue un proceso de evaluación. El síntoma puede ser considerado como un proceso fisiológico normal y descartado, o por el contrario, puede ser interpretado como indicador de una enfermedad grave. El proceso de evaluación de la persona está influido por variables, incluyendo la experiencia previa, la orientación cultural y conocimientos generales acerca de medicina y fisiología⁶¹.

Sigue una decisión después de la evaluación de un síntoma. La persona puede evaluar variables tales como recursos disponibles; y los sistemas de creencias personales para decidir si hay que buscar atención y de que tipo. Quizá la mayoría de las personas deciden no buscar atención médica en este paso sino esperar, automedicarse o buscar un sistema alternativo de tratamiento.

Los síntomas y los períodos breves de tratamiento son muy comunes y frecuentemente no dan como resultado la consulta médica.

Cuando se toma la decisión de buscar consulta médica una pregunta importante es porqué una persona decide buscar un médico en un momento determinado.

Frecuentemente los síntomas han estado presentes por semanas o meses antes de que el médico sea consultado.

El estrés psicosocial se ha postulado como una importante influencia para determinar si un síntoma requiere de una consulta médica²²³. Hay varias razones para ello:

- 1) los síntomas se han vuelto intolerables en términos de dolor, incomodidad o incapacidad
- 2) los síntomas han causado ansiedad y el paciente teme las consecuencias
- 3) los síntomas no son sino un enmascaramiento de un problema de vida.

Una persona se transforma en un "paciente" en el momento en que busca la consulta médica. Es el proceso del padecimiento, no de la enfermedad, lo que determina que una persona busque ayuda. El médico evalúa al paciente a través de la interpretación médica de los síntomas, por hallazgos físicos de exploración o exámenes de laboratorio.

El diagnóstico se establece, frecuentemente modificado por el sistema de creencias particulares del médico y sus características psicológicas y después de una "negociación" con el paciente⁹. El diagnóstico y el tratamiento aceptado por el paciente puede ser compatible con su sistema personal de creencias y su orientación cultural. El diagnóstico del médico puede ser que no haya enfermedad o padecimiento presente. Sin embargo, con mayor frecuencia, una enfermedad se diagnostica y en consecuencia ello legitima el "papel de enfermo". Después del establecimiento de un diagnóstico el médico prescribe un programa de tratamiento el cual puede seguir el paciente en una extensión variable.

El estrés psicosocial puede modificar el proceso padecimiento enfermedad en varios casos:

1. El estrés de naturaleza física o psicológica puede modificar las defensas orgánicas e incrementar la susceptibilidad a las influencias patógenas²¹¹.
2. El estrés por la inducción de respuestas emocionales puede dar lugar a varios cambios fisiológicos asociados con diferentes estados emocionales⁹⁵.
3. El sentimiento de que se está estresado puede intensificar la percepción de un síntoma físico presente en ese momento⁶⁷.
4. La sensación de estar estresado puede llevar a alguien a evaluar el síntoma percibido en forma diferente que si no estuviera estresado¹⁵⁶.
5. El estrés puede influir en el proceso de decisión en términos de qué curso de acción tomar considerando el síntoma físico. Las personas que se sienten estresadas en general buscan con mayor frecuencia atención médica en comparación a aquellas que no lo están²²⁴.
6. El padecimiento en sí mismo puede servir para reducir el estrés que un individuo experimenta⁶⁸.

Los factores de las redes sociales (matrimonio, contacto con amigos cercanos y parientes, con feligreses y asociaciones grupales formales e informales) también modifican el proceso en varios pasos. Se ha encontrado que en los sujetos más aislados persiste un aumento en la mortalidad aún cuando se toman en consideración factores como edad, uso de tabaco, hábitos para la salud, consumo de alcohol, utilización de servicios, estrato socioeconómico y problemas de salud. La evidencia por lo tanto, es que la falta de apoyo social más que otras variables confusoras es lo que aumenta la tasa de mortalidad.

El grado en que los contactos sociales pueden influir sobre la salud es impresionante. Utilizando una sola característica que es la frecuencia de asistencia a la iglesia se ha encontrado que los hombres blancos que asistían con más frecuencia tenían una tensión arterial significativamente más baja, comparados con los que asistían con poca frecuencia. Este efecto benéfico persistía aún cuando eran tomados en cuenta factores como la edad, la obesidad, el fumar cigarrillos y el estrato socioeconómico. Tal parece que factores tales como la provisión de relaciones interpersonales y cierta entidad definida como "mantenimiento de la esperanza" proporcionan el efecto benéfico⁸².

En la somatización al legitimar el médico al paciente en el rol de enfermo, puede disminuir su estrés, a través de la ganancia secundaria. El estrés aumenta si se rechaza como enfermo y una consecuencia es la búsqueda de atención en sistemas alternativos de salud⁶⁹.

6. ANTECEDENTES IV

6.1. Instrumentos

6.1.1. Cuestionario General de Salud de Goldberg (Anexo A)

Fue creado en 1972⁷⁷. Es un índice que mide bienestar psicológico, autoaplicable diseñado para la detección o identificación de pacientes que presentan alteración mental no psicótica y ameritan tratamiento especializado. Por la forma como está estructurado, permite valorar el trastorno psiquiátrico en el momento en que se contesta, es decir, proporciona información del estado mental actual del paciente y de la gravedad de su padecimiento de manera que la calificación es alta si el cuestionario se contesta durante el periodo de enfermedad, pero es bajo si se contesta en periodo de salud. Por lo tanto, el cuestionario no es una medida de atributos duraderos, ni evalúa la posibilidad de recaída en el futuro.

El Cuestionario General de Salud está compuesto por 60 reactivos, cada uno de los cuales está formado por una pregunta y 4 opciones de respuesta.

Primero se evalúan los síntomas físicos, continuando después con los psiquiátricos. Está constituido de tal manera que las respuestas afirmativas en ocasiones significan salud y en otras, enfermedad.

Existen varias versiones del cuestionario: de 60, 30, 28 y 12 reactivos.

En su versión de 60 reactivos contiene 7 ítems que se refieren específicamente a problemas somáticos.

Las principales áreas que mide son: Síntomas somáticos: A) Salud general y sistema nervioso central; B) sistemas cardiovascular, neuromuscular y gastrointestinal; C) sueño e insomnio; Área de Inadecuación social: D) conducta observable - personal; F) sentimientos subjetivos - inadecuación, tensión humor; Área de Ansiedad y Área de Depresión. (Tabla 4)

El Cuestionario puede ser calificado por dos tipos de métodos:

1) El método de Likert, que consiste en asignar una puntuación de 1, 2, 3, 4 ; 1 y 2 (sin cambio) para las respuestas que indican salud y 3 (cambio moderado), 4 (cambio intenso), para las que indican enfermedad.

2) El método de Goldberg, en cuyo caso la puntuación es de 0, 0, 1, 1. Esta forma de calificar elimina los errores derivados de las tendencias medias y extremas de los sujetos que son entrevistados en este tipo de cuestionarios. Las respuestas de 0 indican salud y las que se califican con 1, enfermedad³³.

La serie de investigaciones que se han efectuado a lo largo del tiempo con este instrumento, han llevado a modificar, estandarizar y validar las diferentes versiones. La de 60 reactivos se ha ajustado para que discrimine, con base en puntos de corte estadísticos, tres criterios de gravedad: leve, moderado y caso definitivo.

En los diversos estudios se han encontrado diferentes puntos de corte óptimos, aquellos en los cuales hay un mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

Con los datos obtenidos se ha podido encontrar que las personas que obtienen una calificación promedio entre 4 y 12 (considerando el sesgo de la desviación estándar) quedan clasificadas como no casos o casos leves; los casos moderados

se ubican alrededor de una calificación de 19 síntomas presentes y los casos definitivos son los que obtienen una calificación de 26 o más. El error de clasificación es de 22 % aproximadamente¹⁵⁸.

El Cuestionario General de Salud se ha utilizado como instrumento de tamizaje para la detección de caso potencial de trastornos psiquiátricos con presentación somática tomando como parámetro estándar para la definición de "caso" la clasificación del DSM III en primer nivel de atención médica encontrando que la somatización constituye una proporción sustancial de "morbilidad psiquiátrica oculta". Se encontró que constituía casi el 50 % de trastornos psiquiátricos en una población usuaria de 2 500 pacientes y que sólo la mitad de estos trastornos psiquiátricos eran detectados por los médicos²⁵.

En el presente estudio se consideró la utilización de este cuestionario bajo los siguientes objetivos:

- 1) Detectar un amplio espectro de pacientes con alteraciones mentales no psicóticas
- 2) Obtener información acerca del estado mental actual del paciente más que de trastornos mentales que hubieran ocurrido durante la vida.

6.1.2. Prueba de Tamizaje para Somatización ó Cuestionario de Somatización Abreviado del DIS - R (Diagnostic Interview Schedule - Reviewed) (Anexo B)

Es una entrevista derivada del DIS - R, que se elaboró para ser utilizada en el Programa del Area de Captación Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y que es una entrevista diagnóstica altamente estructurada que proporciona por medio de algoritmos computarizados diagnósticos psiquiátricos tanto actuales como durante la vida de acuerdo a tres sistemas diagnósticos, denominados DSM - III, el criterio de Feighner y el Criterio de Investigación Diagnóstica (Research Diagnostic Criteria). Todas las preguntas de síntomas del DIS - R están redactadas en su totalidad y las respuestas positivas a las mismas son exploradas con un sistema completo de sondeo específico para determinar el significado clínico de los síntomas. Debido a su formato y su administración altamente estructurados el DIS no requiere experiencia clínica y -a diferencia de otros instrumentos diagnósticos - puede ser utilizado confiablemente por clínicos y no clínicos.

El Cuestionario de Tamizaje de Somatización es un cuestionario derivado del módulo correspondiente al Trastorno por Somatización del DIS - R e incluye los 37 items para diagnosticar el trastorno por somatización, pero en un orden diferente al DIS - R. Fue generada de acuerdo a un programa especial de cómputo con base en los resultados obtenidos al aplicar el DIS en el Programa del Area de Captación Epidemiológica en cinco sitios en los Estados Unidos de Norteamérica que incluyó 20 000 personas de la población general seleccionadas aleatoriamente. Seis síntomas positivos para somatización identificaron correctamente dos terceras partes de los casos de trastorno por somatización con una sensibilidad del 67 % y una especificidad del 81 %¹⁹⁴.

La entrevista puede ser calificada por método computarizado o a través de un árbol de decisión.

Se consideró la utilización de esta entrevista en el presente estudio bajo los siguientes objetivos:

- 1) Una detección específica de pacientes con trastornos somatoformes
- 2) La posibilidad de detectar trastornos somatoformes o síntomas por somatización que hubieran ocurrido durante la vida.

6.1.3. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Anexo C y D)

El CIDI es un instrumento diseñado a petición de la OMS con base en las definiciones y criterios diagnósticos de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM - III- R), del sistema PSE - CATEGO y otros. Primordialmente se ha destinado para el uso de estudios epidemiológicos de los trastornos mentales pero también puede ser utilizado con otros propósitos clínicos y de investigación. Se ha diseñado para que pueda ser utilizado en una variedad de culturas y de contextos. Se encuentra en diferentes versiones y se le pueden agregar módulos para diagnósticos que no se encuentran cubiertos en la versión básica. Puede ser administrada por clínicos y no clínicos.

El CIDI proporciona por medio de algoritmos computarizados diagnósticos psiquiátricos tanto actuales como durante la vida de acuerdo a dos sistemas: el DSM - III - R y el CIE - 10¹⁹⁵.

Para el presente estudio se utilizaron todos los módulos del CIDI, exceptuando los de dependencia a la nicotina, el trastorno maniaco y los trastornos de la conducta alimentaria.

En México se han efectuado estudios de validez concurrente³², validez de procedimiento y confiabilidad del DIS (Diagnostic Interview Schedule)²⁸, una de las entrevistas psiquiátricas estructuradas en que se ha basado la elaboración del CIDI^{80,81}.

El estudio en México del DIS, implicó varios estadios:

Estadio uno - Una revisión y comparación de las versiones en inglés y en español del instrumento excluyendo el de Puerto Rico que no estaba disponible en ese entonces. Se entrevistaron 16 pacientes en un estudio piloto con el propósito de comprobar el nivel de comprensión del DIS.

Estadio dos - Un estudio de confiabilidad entre entrevistadores (5 entrevistadores legos previamente entrenados en el uso del DIS), se llevó a cabo con 15 pacientes psiquiátricos seleccionados aleatoriamente. Los resultados mostraron un coeficiente de correlación intraclase de .89 con 62.5 % de acuerdo total en el DIS sin criterios de exclusión y un ICC de .88 con 75 % de acuerdo total con criterios de exclusión.

Estadio tres - Un estudio de validez concurrente fue diseñado seleccionando como medida del criterio diagnóstico la lista de cotejo desarrollada por Helzer en la Universidad de Washington. Un estudio entre entrevistadores de este instrumento se llevó a cabo en 15 pacientes psiquiátricos hospitalizados seleccionados aleatoriamente, entrevistados por 5 psiquiatras del equipo. Los valores de ICC variaron de .64 a .92. También se midió el acuerdo entre pares de entrevistadores por el estadístico kappa con valores de .51 a .89.

Estadio cuatro - Para el estudio de validez concurrente se utilizó una cuota mínima de 10 pacientes para cada diagnóstico. Pacientes de menos de 18 años, y aquellos con trastornos psiquiátricos agudos fueron excluidos. La muestra final incluyó 149 sujetos: 55 internados y 94 externos. 81 sujetos eran hombres (54.3 %) y 68 (45.7 %) eran mujeres, la media de edad fue de 33.2 años (DE 11.8)

La tabla 5 muestra los resultados obtenidos. Cada paciente fue entrevistado independientemente por un psiquiatra utilizando la lista de cotejo de síndromes de Helzer DSM III y por un entrevistador lego utilizando el DIS en los tres días siguientes a la primera entrevista en un orden alterno. La sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo se estimó para cada diagnóstico. El último fue utilizado como una medida de que tanto el DIS-lego detectaba el diagnóstico psiquiátrico en la muestra. También se utilizó el teorema de Bayes con el fin de estimar el poder predictivo positivo de la prueba para la población general. La validez concurrente se evaluó a través de las estadísticas de kappa y de Yule.

En los trastornos afectivos el DIS-lego tuvo mayor eficiencia en el episodio depresivo mayor; sin embargo, en esta categoría diagnóstica así como en distimia, el DIS-lego subdiagnosticó a los pacientes en comparación con el clínico. Esto también se observó en el trastorno de pánico, somatización, personalidad antisocial y abuso de drogas. La especificidad fue alta para todos los diagnósticos. Los valores de kappa variaron de .02 a .60 y la Y de Yule de 0.05 a 0.81. Las categorías diagnósticas que tuvieron un mayor índice de validez concurrente fueron aquellas en las cuales el esquema de sondeo del DIS es más simple.

En la tabla 6 se muestra una comparación de los resultados de estudios llevados a cabo en los Angeles, Puerto Rico y México utilizando la misma metodología.

La sensibilidad en México, en su totalidad fue más baja comparada con los resultados de los Angeles y Puerto Rico. La especificidad, mostró índices equivalentes en las categorías diagnósticas y los valores de kappa en los tres estudios permanecen bajos para la mayoría de los diagnósticos. Las diferencias en alcohol y drogas pueden deberse al hecho de que la muestra para el estudio en San Antonio fue seleccionada de un programa de abuso de sustancias.

Estudio cinco - La tabla 7 muestra los resultados obtenidos del estudio de la validez de procedimiento, en la cual la variable sometida a juicio es el tipo de entrevistador -lego- con respecto al psiquiatra utilizando ambos el mismo instrumento. La categoría de somatización no fue incluida en los análisis por el escaso número de casos detectados. Cuando la primera entrevista fue efectuada por el lego, en daño orgánico, personalidad antisocial y abuso/dependencia al alcohol se alcanzaron los mejores niveles de concordancia en ambos estadísticos Kappa y Yule (de .73 a .88) siendo el trastorno distímico la categoría con más bajo nivel de concordancia.

Sin embargo, al analizar la concordancia distinguiendo submuestras según quien, -lego o psiquiatra- realizó la primera entrevista en los trastornos depresivos se observa un panorama diferente. Cuando el lego entrevistó primero el nivel de acuerdo llegó a ser excelente en depresión mayor, en contraste con los bajísimos niveles alcanzados cuando el psiquiatra realizó la primera entrevista. Los resultados obtenidos apoyan la tesis respecto a que el prestigio que el entrevistado tiende a adjudicar a los psiquiatras, aunado a un estilo de entrevista que adquieren en su formación profesional, le motiva a referir sus síntomas de un modo más confiable sin importar quien haya entrevistado primero⁸¹.

En términos generales el hecho de que en todos los reportes, la validez de procedimiento sea más alta que la validez concurrente sugiere que la técnica de entrevista, persiste como un factor de variabilidad.

Se consideró al DIS como un instrumento confiable con alta sensibilidad y baja a moderada especificidad en diferentes diagnósticos. La sensibilidad varía de acuerdo al tipo de validez utilizado, es decir, si es de procedimiento o concurrente.

6.1.4. La Lista de Cotejo Diagnóstico de Síndromes de Helzer (Anexo E).

La lista de cotejo de síndromes de Helzer, está diseñada con el fin de asignar diagnósticos por el clínico de acuerdo a los criterios del DSM - III- R, de acuerdo a los códigos 1 - Ausente, 3 - Presente, 5 - Presente, pero puede ser "debido a" otro diagnóstico o condición, 7 - Dúelo o "diagnóstico provisional, 9 - incierto; un área que evalúa el diagnóstico principal de acuerdo a los ítems: único diagnóstico, inicio más temprano, mayor deterioro, tiene síntomas de otros diagnósticos, el entrevistado buscó tratamiento, el entrevistado lo considera un problema importante, inició antes y ha persistido después de otros síntomas y otras razones; además gravedad global del diagnóstico principal y los principales objetivos del tratamiento.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque en nuestro medio se han efectuado estudios de validez y confiabilidad del DIS, la categoría de trastorno por somatización, que constituye la base para la búsqueda de la definición de caso de trastornos somatoformes y/o somatización, no fue incluida en los análisis por el escaso número detectado en la población estudiada.

No se han validado instrumentos para la detección de trastornos somatoformes o somatización y esto es necesario como paso inicial para estudios posteriores tomando en consideración la variabilidad del juicio clínico en el área de la investigación psiquiátrica.

Por lo anterior y dado que existen pacientes con trastornos somatoformes y pacientes con otros trastornos psiquiátricos acompañados de quejas somáticas, ¿cuál es la validez de los instrumentos de acuerdo a diferentes criterios de valoración diagnóstica?

8. OBJETIVOS PRINCIPALES

8.1. General:

8.1.1. Evaluar dos instrumentos (Cuestionario General de Salud y Entrevista de tamizaje para trastorno por somatización derivada del DIS) como instrumentos de tamizaje para definición de caso de trastornos somatomorfos.

8.2 Específicos:

8.2.1. Estimar la consistencia interna de los instrumentos de tamizaje (CGS-60 y DIS abreviado).

8.2.2. Estimar la validez de ambos instrumentos de tamizaje (CGS-60 y DIS abreviado) cuando son aplicados en serie y en paralelo.

8.2.3. Comparar cada uno de los instrumentos de tamizaje contra un estándar de referencia (Composite International Diagnostic Interview CIDI) en dos sistemas diagnósticos: el DSM - III - R y el CIE - 10, tomando como criterio de caso, 1o) la categoría diagnóstica de trastorno por somatización con 13 síntomas, 2o) el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización tomando 2 síntomas de un grupo de 7 síntomas clave y 3o) la categoría diagnóstica de dolor somatomorfo.

9. OBJETIVOS SECUNDARIOS

9.1. General:

9.1.1. Evaluar dos instrumentos (Cuestionario General de Salud y Entrevista de tamizaje para trastorno por somatización derivada del DIS) como instrumentos de tamizaje para definición de caso potencial de somatización, de acuerdo a los criterios de Bridges y Goldberg.

9.2 Específicos:

9.2.1. Estimar la validez de ambos instrumentos de tamizaje (CGS-60 y DIS abreviado) cuando son aplicados en serie y en paralelo.

9.2.2. Comparar cada uno de los instrumentos de tamizaje contra un estándar de referencia (Composite International Diagnostic Interview CIDI) en dos sistemas diagnósticos: el DSM - III - R y el CIE - 10, tomando como criterio de caso la gama de categorías de diagnósticos psiquiátricos que pueden expresarse como somatización.

9.2.3. Examinar los patrones de síndrome de comorbilidad en dos sistemas diagnósticos: el DSM - III - R y el ICD - 10 en una sub-muestra de pacientes somatizadores - definidos así con base en los criterios de Bridges y Goldberg - constituida por el conjunto de pacientes incluidos dentro del diagnóstico principal más frecuente.

9.2.4. Examinar la relación temporal de los trastornos que coexistan en esta submuestra de pacientes.

10. METODO

10.1 Procedimiento (Diagrama 1)

Se aplicó a una población seleccionada - referida por los médicos familiares y el psiquiatra -, procedente de la población usuaria de un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención, dos instrumentos de tamizaje en paralelo: el CGS 60 de Goldberg y la entrevista psiquiátrica de tamizaje para el trastorno por somatización derivada del DIS (Diagnostic Interview Schedule). La aplicación de los dos instrumentos se llevó a cabo por un psicólogo con entrenamiento previo.

Con base en los resultados de ambas pruebas se obtuvieron 4 subgrupos:

- 1) CGS +, DIS +;
- 2) CGS +, DIS -;
- 3) CGS -, DIS +;
- 4) CGS -, DIS -.

Todos los pacientes fueron enviados para que se les realizara, de manera independiente, una entrevista estructurada por el psiquiatra investigador, quien utilizó el CIDI, y además calificó al paciente de acuerdo a la lista de cotejo de síndromes de Helzer de acuerdo al DSM III-R, tomando en consideración los diagnósticos diferenciales de los síntomas funcionales somáticos (diagnósticos que producen quejas somatoformes)⁹¹:

- 1) Etiología por enfermedad física
- 2) Trastornos del estado de ánimo
- 3) Trastornos por ansiedad
- 4) Trastornos por uso/dependencia de sustancias psicoactivas
- 5) Trastornos psicóticos
- 6) Síndromes Orgánicos Cerebrales

- 7) Producción voluntaria de los síntomas
simulación
trastorno facticio
- 8) Trastornos somatoformes
- 9) Trastornos de personalidad:
dependiente
pasivo agresiva
antisocial
límitrofe
narcisista
compulsiva
histriónica
paranoide
esquizoide.

10.2. MUESTRA (Tabla 8)

n = 72 a 87 (nivel de precisión de .10 a .11) (Cuadro 3) tomando como prevalencia .32 (prevalencia de pacientes enviados al servicio de psiquiatría que presentaron como motivo de consulta inicial una queja somática, en un mes, en el Centro de Salud en dónde se llevó a cabo el estudio.(Tabla 9)

10.3. CRITERIOS DE SELECCION

1) Pacientes de más de 15 años de edad;

2) El paciente debería haber solicitado atención médica por síntomas físicos, para los cuales el médico no encontrara una patología orgánica después del interrogatorio y exploración física y que no pudieran ser explicados por algún mecanismo fisiopatológico conocido (que fueran consecuencia de algún trastorno orgánico, los efectos de una herida, medicación, drogas o alcohol). Los síntomas físicos motivos de consulta, de preferencia deberían estar dentro de los síntomas incluidos en el trastorno por somatización, de acuerdo a la clasificación del DSM - III - R.

3) Pacientes con seis meses de evolución, sometidos a diversos tipos de estudios clínicos y de laboratorio sin un diagnóstico definido claramente.

10.4. DEFINICION DE CASO

Se tomaron como referencia diversos criterios de definición de caso, de acuerdo a los objetivos planteados:

En relación a los objetivos principales, se consideró caso:

1o) La categoría diagnóstica de trastorno por somatización de acuerdo a la clasificación del DSM - III - R y trastorno de somatización múltiple de acuerdo a la CIE - 10.

2o) El diagnóstico presuncional de trastorno por somatización de acuerdo a la clasificación del DSM - III - R, con dos o más de 7 síntomas clave (vómitos [no durante el embarazo]; dolor en las extremidades; falta de aliento [sin hacer

esfuerzos]; amnesia; dificultad para deglutir; sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto [en momentos distintos del coito]; menstruación dolorosa).

3o) El diagnóstico de dolor somatoforme, de acuerdo a la clasificación del DSM - III - R ó de dolor somatoforme persistente de acuerdo a la clasificación de la CIE-10.

En relación a los objetivos secundarios, para ser considerado "caso", el paciente debería satisfacer los criterios operacionales de Bridges y Goldberg²⁵:

- 1 Conducta clínica - el paciente debe buscar ayuda médica para las manifestaciones somáticas de una enfermedad psiquiátrica y no presentarla con síntomas psicológicos.
- 2 Atribución - El paciente debe considerar a estas manifestaciones somáticas como causadas por una enfermedad física cuando consulta al médico.
- 3 Una enfermedad psiquiátrica - el paciente debe reportar al psiquiatra investigador síntomas que justifiquen un diagnóstico psiquiátrico detectable por criterios de investigación estandarizados.
- 4 Respuesta al tratamiento - en opinión del psiquiatra investigador el tratamiento del trastorno psiquiátrico debería ocasionar la desaparición de las manifestaciones somáticas o revertirlas al nivel en que estaban antes del episodio del trastorno psiquiátrico.
- 5 Se incluyeron en este rubro a los somatizadores "facultativos", es decir aquellos que no atribuyeron sus síntomas somáticos a una enfermedad física cuando fueron entrevistados por el psiquiatra investigador, aunque cuando consultaron al médico inicialmente sí tenían esa atribución implícita. Se les consideró como somatizadores "facultativos" con base en su conducta de enfermedad.

10.5. POBLACION DE ESTUDIO

El estudio propuesto quedó definido bajo los siguientes parámetros en cuanto a lugar, persona y tiempo:

Lugar: El Centro de Primer Nivel de Atención Médica "Dr. Manuel Escontría" ubicado en la Delegación Alvaro Obregón y que cubre un área de 19 kms.

La población estimada que puede ser atendida por el Centro de Salud es de 85 889.

Persona: La población fue referida por el médico general familiar al psiquiatra de la clínica quien a su vez lo refirió al psiquiatra investigador o bien el paciente fue referido directamente al psiquiatra investigador por el médico familiar, el cual seleccionó a los pacientes de más de 15 años de edad que hubieran solicitado atención médica por síntomas físicos para los cuales no encontrara una patología

orgánica que a su juicio y después del interrogatorio y la exploración física pudiera ser explicada por algún mecanismo fisiopatológico conocido. De preferencia, los síntomas físicos deberían estar dentro de los síntomas incluidos en el trastorno por somatización, de acuerdo a la clasificación del DSM III R, o bien, deberían ser pacientes a quienes se les hubieran practicado diversos tipos de estudios clínicos y de laboratorio durante seis meses sin un diagnóstico definido con claridad.

Tiempo: La población de referencia del estudio comprendió a los pacientes que recibieron atención de primer nivel durante el período del mes de marzo de 1991 al mes de agosto de 1992.

10.6. VARIABLES (Tabla 10)

10.6.1. Variables de la descripción de la población (Independientes):

10.6.1.1. Sexo

Justificación - Se relaciona con la patoplastia de la somatización, la expresión afectiva determinada por la cultura y el rol social en los dos géneros de algunos estudios ha encontrado la somatización con mayor frecuencia en el sexo femenino.

Tipo de variable - dicotómica

Indicador - numérico. masculino =1, femenino = 2.

Instrumento - entrevista estructurada

Confiabilidad y validez - sin problemas.

10.6.1.2. Edad

Justificación - Se relaciona con la somatización dado que a diferentes edades puede haber diferentes estilos de enfrentamiento (en el niño y en el anciano por ejemplo son más frecuentes los síntomas somáticos y de conducta como expresión de la depresión.

Tipo de variable - variable continua

Indicador - numérico. Años cumplidos.

Instrumento - Cálculo para fecha de nacimiento.

Confiabilidad - Sin problemas.

10.6.1.3. Tratamiento Psiquiátrico en los últimos seis meses

Justificación: Definir si el paciente tiene un trastorno psiquiátrico diagnosticado y tratado.

Tipo de variable - Dicotómica.

Indicador - Numérico: 1 = no, 2 = sí

Instrumento: Entrevista estructurada

Confiabilidad - sin problemas.

10.6.1.4. Estado Civil

Justificación: La somatización se presenta con mayor frecuencia en la población no casada según los resultados reportados por algunos estudios, en relación con las redes de apoyo familiares.

Tipo de variable - nominal.

Indicadores:

- 1 = casado
- 2 = viudo
- 3 = separado
- 4 = divorciado
- 5 = no se ha casado
- 6 = unión libre

Instrumento - entrevista estructurada

Confiabilidad y validez - sin problemas.

10.6.1.5. Escolaridad

Justificación - Se relaciona con la somatización por la percepción de enfermedad que tenga el individuo de acuerdo al tipo de información o marco conceptual en torno a la enfermedad, que a su vez interviene en el proceso del padecimiento y la enfermedad. Se ha mencionado que la somatización es más frecuente en individuos con bajo nivel de escolaridad.

A) Años de escolaridad del padre, la madre, el esposo(a), jefe de familia y entrevistado

Tipo de variable - ordinal (de 0 a 7 años).

Indicador - años de escolaridad

Confiabilidad - sin problemas

B) Nivel de Escolaridad del padre, la madre, el esposo, el jefe de familia y el entrevistado.

Tipo de variable - categórica

Indicadores - numéricos:

- 0 - ninguno
- 1 - sabe leer y escribir
- 2 - educación especial
- 3 - primaria
- 4 - técnico postprimaria

- 5 - secundaria
- 6 - técnico postsecundaria
- 7 - preparatoria ó vocacional
- 8 - técnico postvocacional
- 9 - profesional
- 10 - postgrado
- 99 - no sabe o no contesta

Instrumento - Entrevista estructurada

confiabilidad - sin problemas.

10.6.1.6. Ocupación

Justificación - Se ha mencionado que la somatización se presenta con más frecuencia en ocupaciones que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos.

Tipo de variable - nominal

Indicadores - numéricos

- 1 - profesionista
- 2 - maestro
- 3 - propietario de pequeño comercio
- 4 - empleado
- 5 - obrero calificado
- 6 - obrero no calificado o eventual
- 7 - artesano
- 8 - agricultor
- 9 - campesino
- 10 - subempleado
- 11 - estudiante
- 12 - ama de casa
- 13 - jubilado
- 14 - incapacitado
- 15 - no trabaja

Instrumento - Entrevista estructurada

Confiabilidad - Sin problemas

10.6.1.7. Trabajo en los últimos 30 días del entrevistado / jefe de familia

Justificación - Evaluar si la enfermedad psiquiátrica ha ocasionado problemas laborales o de incapacidad.

Tipo de variable - dicotómica

Indicador: numérico

- 1 - sí
- 2 - no

Instrumento - Entrevista estructurada

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.8. Causa por la cual no trabajó el entrevistado/ jefe de familia

Tipo de variable - nominal

Indicadores - Numéricos

- 1 - busca trabajo
- 2 - se dedica al hogar
- 3 - estudia
- 4 - pensionado o jubilado
- 5 - rentista
- 6 - incapacidad permanente
- 7 - otros inactivos
- 8 - incapacidad temporal
- 9 - vacaciones
- 10 - problemas del lugar de trabajo
- 11 - otros
- 99 - no sabe

10.6.1.9. Material de vivienda

Justificación: Las características de la vivienda, en general, se utilizaron como indicadores, para una elaboración posterior de un índice de condiciones de vivienda.

Tipo de variable - nominal

Indicadores - numéricos

- 1 - lámina de cartón
- 2 - carrizo, bambú o palma
- 3 - barro o bajareque
- 4 - madera
- 5 - lámina de asbesto o metálica
- 6 - adobe
- 7 - tabique, cemento
- 8 - otros materiales

Instrumento - entrevista estructurada

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.10. Material del piso

Tipo de variable - nominal

Indicadores - numéricos

- 1 - tierra
- 2 - cemento o firme
- 3 - madera, mosaico u otros

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.11. agua

Tipo de variable - nominal

Indicadores - numéricos

- 1 - dentro de la vivienda
- 2 - fuera de la vivienda
- 3 - de llave pública
- 4 - no disponen de agua entubada

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.12. Drenaje

Tipo de variable - nominal

Indicadores - numéricos

- 1 - red pública
- 2 - fosa séptica
- 3 - suelo
- 4 - otros
- 5 - barranca
- 6 - sin drenaje
- 9 - no sabe, no contesta

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.13. Excusado

Tipo de variable - nominal

Indicadores - numéricos

- 1 - excusado con agua
- 2 - letrina
- 3 - hoyo negro
- 4 - suelo

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.14. Número de cuartos

Tipo de variable - continua

Indicadores - numérico

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.15. dormitorios

Tipo de variable - continua

Indicadores - numérico

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.16. radio

Tipo de variable - dicotómica

Indicadores - numéricos

1 - sí

2 - no

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.17. televisión

Tipo de variable - dicotómica

Indicadores - numéricos

1 - sí

2 - no

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.18. refrigerador

Tipo de variable - dicotómica

Indicadores - numéricos

1 - sí

2 - no

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.19. teléfono

Tipo de variable - dicotómica

Indicadores - numéricos

1 - sí

2 - no

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.20. automóvil

Tipo de variable - dicotómica

Indicadores - numéricos

1 - sí

2 - no

Confiabilidad - sin problemas

10.6.1.21. habitante / casa

Tipo de variable - continua

Indicador - numérico

Confiabilidad - sin problemas

10.6.2. Diagnósticos psiquiátricos (Intervinientes)

Se tomaron como diagnósticos psiquiátricos dos tipos de acuerdo a los objetivos del estudio.

Justificación: En relación a los objetivos principales se consideró como diagnósticos psiquiátricos a los trastornos somatoformes y en relación a los objetivos secundarios se consideró como diagnósticos a toda la gama de trastornos psiquiátricos que pueden tener expresión en síntomas somáticos

Tipo de variable - dicotómica, presente o ausente.

Al considerar como diagnósticos psiquiátricos a los trastornos somatoformes de acuerdo a la clasificación del DSM III R por entrevista psiquiátrica estructurada, se incluyeron: el trastorno por somatización diagnosticado por la presencia de 13 síntomas, el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización tomando en consideración dos de 7 síntomas clave, y el dolor somatoforme.

Al considerar como diagnósticos psiquiátricos a cualquier tipo de trastorno psiquiátrico que puede expresarse con síntomas somáticos se incluyeron los siguientes de acuerdo a la clasificación del DSM III R por entrevista psiquiátrica estructurada: Depresión Mayor (episodio único y recurrente), Distimia, Trastorno

por angustia con agorafobia, Trastorno por angustia sin agorafobia, Agorafobia sin historia de trastorno por angustia, Fobia social, Fobia simple, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por ansiedad generalizada, Trastorno por somatización, Dolor somatoforme, Dependencia de alcohol, Dependencia de opiáceos, Dependencia de sedantes, Abuso de Alcohol, Trastorno esquizofrénico, y Síndrome orgánico cerebral (Anexo F).

Para la clasificación diagnóstica CIE - 10 por entrevista psiquiátrica estructurada: Episodio depresivo, Depresión recurrente, Distimia, Trastorno por angustia, Otros trastornos de ansiedad, Agorafobia, Fobia social, Fobia específica, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por ansiedad generalizada, Trastornos disociativos, Trastorno por somatización, Dolor somatoforme persistente, Trastorno hipocondríaco, Dependencia de alcohol, Dependencia de opiáceos, Abuso de alcohol, Trastorno esquizofrénico, Síndrome orgánico cerebral.

Para la clasificación diagnóstica DSM - III - R por evaluación clínica con entrevista psiquiátrica semiestructurada: los diagnósticos ya mencionados para el DSM - III - R, además: Trastorno de estrés postraumático, Manía, Trastorno de personalidad antisocial, Trastorno de personalidad por dependencia, Trastorno pasivo - agresivo de la personalidad, Trastorno de personalidad límite, Trastorno de personalidad narcisista, Trastorno obsesivo - compulsivo de la personalidad, Trastorno de personalidad histriónica, Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizoide de la personalidad, Trastorno de la personalidad por evitación.

Tipo de variables - categóricas

Indicadores - De acuerdo a los criterios descriptivos y operacionales del DSM - III - R y CIE - 10 (Ver anexo E).

Se considera fundamentalmente:

- 1 - Edad de inicio
- 2 - Número de síntomas
- 3 - Tipo de síntomas
- 4 - Duración de los síntomas

Problemas de validez -

Validez evidente - sin problemas, depende de la validez de contenido

Validez concurrente - En México, se evaluó la validez del DIS, una de las entrevistas psiquiátricas estructuradas en que se basó la elaboración del CID

Validez predictiva - No se midió

Validez lógica - sin problemas

Validez interna - Problemas de clasificación, se efectuaron pruebas de sensibilidad y especificidad

Validez externa - Los resultados sólo son extrapolables a la población de estudio y es posible comparar sólo con poblaciones con características similares.

Confiabilidad - Se efectuó entrenamiento previo a la utilización de la entrevista.

11. ANALISIS

11.1. Pruebas de tamizaje -

El tamizaje⁶⁵ se ha definido como la identificación presuncional de una enfermedad o defecto no reconocido a través de la aplicación de pruebas, exámenes u otros procedimientos que se puedan aplicar rápidamente. Una prueba de tamizaje no tiene como objetivo el ser diagnóstica.

Cuando las pruebas de tamizaje se aplican a grandes poblaciones no seleccionadas el procedimiento se denomina **tamizaje en masa**. El **hallazgo de caso** ocurre cuando los clínicos investigan una enfermedad con pruebas de tamizaje entre sus propios pacientes, que consultan por síntomas no relacionados.

Con el fin de decidir si una prueba debe ser investigada en un examen médico periódico, la primera pregunta que se debe responder se relaciona con el tratamiento de la condición: ¿Hay un tratamiento efectivo si la condición se encuentra en forma temprana?

Para que un tratamiento sea efectivo se requiere:

- 1) que el tratamiento sea eficaz
- 2) que los pacientes acepten el tratamiento
- 3) el tratamiento debe ser aplicado en una etapa suficientemente temprana para prevenir las secuelas, es decir, debe haber un **periodo inicial** suficiente.

El periodo inicial es el periodo de tiempo que transcurre entre el momento en que una condición médica puede ser detectada por el tamizaje y el momento en que podría ser diagnosticada debido a que el individuo presenta síntomas y signos y busca atención médica.

El periodo inicial para una enfermedad dada depende tanto de la velocidad biológica de la progresión de una enfermedad como de la capacidad de la prueba de tamizaje para detectar la enfermedad en una etapa temprana. Cuando el periodo inicial es muy corto, el tratamiento de la condición médica que se obtiene a través del tamizaje no es más efectivo que el tratamiento después de que los síntomas se presentan.

*Una segunda pregunta que se debe responder es la gravedad de la condición médica, en términos de mortalidad, morbilidad y sufrimiento que ocasiona.

La gravedad de una enfermedad médica se determina primariamente por sus riesgos o su pronóstico.

En síntesis, los dos criterios más importantes para decidir si una condición médica debe ser investigada por una prueba de tamizaje durante un examen médico son su tratabilidad y su gravedad.

Criterios para las pruebas

1. Las pruebas deben ser sensibles y específicas
2. Las pruebas deben ser simples y baratas
3. Las pruebas deben ser muy seguras
4. Las pruebas deben ser aceptables tanto para el paciente como para el aplicador.

11.2. Validez

El término **validez** se refiere al acuerdo entre el verdadero estado del fenómeno y un entrevistador falible. La validez pura permanece como un objetivo que no se ha logrado en psiquiatría debido a la falta de un estándar absoluto de validez. Pero si toda la información clínica actual y previa se encuentra disponible para los sujetos, el grado en el cual la información obtenida por los entrevistadores coincide con la información correcta se puede considerar como una aproximación de la validez²¹⁹.

11.2.1. Validez de criterio

Los resultados de un instrumento se comparan con los resultados de otro instrumento similar, pero presumiblemente más preciso.

11.2.2. Validez evidente

Se refiere a una interpretación global en la cual el evaluador toma la decisión de usar variables y criterios implícitos pero que son inespecíficos.

Estos criterios se consideran los siguientes:⁶⁴

Intercambio interpersonal - Entre el entrevistado y el entrevistador. Para evaluarla, el entrevistador debe determinar si la información a ser investigada se supone que refleja las creencias o atributos personales de la persona entrevistada.

Evidencia básica - Se refiere a la decisión acerca de lo adecuado que puede resultar un índice tomando como base el fenómeno descrito y el propósito específico del índice. Si el propósito del índice y la clase de evidencia que contiene están de acuerdo, el resultado puede ser adecuado. Se decide cuales variables conservar y cuáles omitir o excluir.

Debido a que es imposible evaluar los resultados de estas decisiones cuantitativamente, la aproximación a su sensibilidad es casi siempre un acto de juicio cualitativo.

Coherencia biológica de los componentes - La coherencia se refiere a la forma en que las cosas se ajustan unas con otras, de acuerdo a su adecuación mutua más que individual.

Atención a la colaboración personal - Es la atención prestada a la motivación, esfuerzo y ayuda del sujeto entrevistado en realizar la tarea.

11.2.3. Validez de contenido -

Este término se refiere al examen sistemático del nuevo instrumento, por un experto en el área, para asegurar que sus términos cubren los tipos de información que se podrían necesitar posteriormente en la interpretación y calificación del examen; es especialmente importante para instrumentos como las entrevistas diagnósticas estandarizadas que son diseñadas para reunir información que será utilizada con un conjunto de criterios diagnósticos explícitos

11.2.4. Validez de procedimiento -

Este término se refiere a la prueba de si un tipo particular de examinador (por ejemplo, un no clínico) puede utilizar el nuevo instrumento y producir los mismos resultados que un entrevistador experimentado (por ejemplo, un psiquiatra investigador). Debido a que este concepto implica tanto una comparación entre los examinadores, como pruebas de confiabilidad y una comparación con un criterio, los investigadores han reportado tanto kappa como mediciones de sensibilidad - especificidad para estos estudios.

11.2.5. Validez de construcción -

Se refiere a la demostración de que la cosa que se mide existe en la forma en que el instrumento diseñado para medirla asume que se encuentra.

En psiquiatría, el primer requisito ha sido demostrar que se puede describir un cuadro clínico con ciertas características para el trastorno, y posteriormente que estas características pueden ser utilizadas para separar el trastorno de otros que son similares. El segundo tipo de evidencia, que se deriva de criterios externos, incluye variables biológicas, como la obtenida de estudios bioquímicos y neuroanatómicos, estilos psicosociales y de personalidad, incluyendo métodos de enfrentamiento con eventos adversos de la vida; variables familiares y genéticas, como los patrones de transmisión del trastorno en los familiares; curso clínico y pronóstico, como la estabilidad del diagnóstico a través del tiempo, respuesta al tratamiento; variables epidemiológicas, como la ocurrencia sistemática en un cierto grupo o lugar; y análisis estadístico multivariado para demostrar la separación de y la relación con otros trastornos en términos de estas variables.

Idealmente, estos estudios deberían estar basados en evaluaciones por varios instrumentos diferentes y frecuentemente utilizados para determinar la técnica más idónea para identificar los grupos homogéneos, de los sujetos con un poco de sobreposición con grupos de otros trastornos.

11.2.6. Validez predictiva

Se refiere a la demostración de que las predicciones derivadas de un diagnóstico se corroboran posteriormente por los hechos; por ejemplo, la respuesta al tratamiento entre otros.

11.2.7. Validez descriptiva

Se refiere a la homogeneidad de una clase en términos de una serie de características clínicas, demográficas, familiares, etc.⁹⁹

11.2.8. Validez interna

Se considera así a la falta de errores sistemáticos. No hay distorsión (sesgo) en la estimación del efecto con respecto a los parámetros estudiados en la población. Hay tres tipos que no son mutuamente excluyentes:

A. Sesgo de selección - Cuando los sujetos seleccionados dentro de la población de estudio o en el análisis distorsionan la estimación del efecto.

B. Sesgo de información - La naturaleza o cualidad de la medición o la selección de datos distorsiona la estimación del efecto.

C. Confusión - Mezcla del efecto de los factores de estudio en la enfermedad con el efecto de factores de riesgo diferentes o sus correlatos, que distorsiona la estimación del efecto observado para el factor de estudio. Depende de las asociaciones causales en la población de origen y los métodos de selección de los sujetos.

11.2.9. Validez externa

La extensión en la cual el efecto de lo que observamos entre constructos operacionalizados puede generalizarse a otros constructos teóricos diferentes a los especificados en la hipótesis de investigación original¹⁶⁴.

11.2.10. Validez de criterio o concurrente (Tabla 11)

Sensibilidad: Es la probabilidad definida como la proporción de resultados positivos entre pacientes con la condición en cuestión.

Especificidad: Es la probabilidad definida como la proporción de resultados negativos entre aquellos que no tienen la enfermedad o condición a ser evaluada.

Definición de términos

La tabla de 4 X 4 divide a los pacientes entre aquellos con y sin el diagnóstico índice y aquellos con y sin el resultado de una prueba positiva. Los datos generados así dentro de las cuatro celdas pueden expresarse por el número de personas o por la frecuencia de ocurrencia en la muestra de población. Las cuatro celdas pueden designarse por letras, la letra **a** indica los **verdaderos positivos** (el diagnóstico y la prueba son positivos); **b**, **falsos positivos** (los resultados de la prueba son positivos, aún cuando el diagnóstico no esté presente - idealmente debe ser una muy pequeña proporción); **c**, **falsos negativos** (el resultado de la prueba fracasa para hacer el diagnóstico que fue posible hacer por otros medios); y **d**, **verdaderos negativos** (congruencia entre la ausencia del diagnóstico y el resultado negativo de la prueba). El total de los que tienen el diagnóstico índice es **a + c**; el total de los que tienen un resultado positivo de la prueba es **a + b**. El total de la población a prueba (**N**) es la suma de los sujetos en las cuatro celdas: **a + b + c + d**.

En la tabla 12 se proporcionan varias definiciones, y el método de cómputo de cada proporción (probabilidad). Varios de los términos son sinónimos. Por ejemplo, **sensibilidad** es la proporción de **verdaderos positivos**, definidos como la proporción de pruebas positivas entre todos los pacientes con el diagnóstico índice en la población evaluada ($a / [a + c]$). Este valor (y los demás) se pueden expresar

con un decimal (probabilidad) o un porcentaje, y nos referimos a esta proporción como x .

La especificidad es la **proporción de verdaderos negativos**, o la proporción de resultados de pruebas negativas entre aquellos que no tienen la condición índice ($d / [b + d]$); nos referimos a esta proporción como y . Inversamente, se puede expresar la **proporción de falsos positivos**, (reportado con menor frecuencia) computado como $b / (b + d)$, o meramente como la diferencia entre la especificidad y la unidad, o el 100 % (por ejemplo, como $1 - y$). En forma similar, **la proporción de falsos negativos** puede ser computada como $c / (a + c)$, o simplemente como $1 - x$.

Otro término que es especialmente importante cuando una prueba se utiliza en condiciones de un campo clínico real es la utilidad predictiva o diagnóstica del resultado de una prueba. Esta proporción, se ha denominado, el valor o poder predictivo o la "exactitud o confiabilidad diagnóstica". Es la oportunidad de acuerdo entre el resultado de una prueba y el diagnóstico, debido a que tanto los resultados positivos y negativos de la prueba tienen relevancia clínica para el poder de los resultados positivos de la prueba (**valor predictivo positivo**) o para los resultados negativos (**valor predictivo negativo**). El **VPP** es la proporción de los resultados de los verdaderos positivos a todos los resultados positivos ($a / [a + b]$); el **VPN**, la proporción de los resultados de los verdaderos negativos a todos los resultados negativos ($d / [c + d]$). Ocasionalmente, la confiabilidad diagnóstica se expresa tanto por los resultados de las pruebas positivas como negativas ($[a + d] / N$), aunque esta proporción puede resultar erróneamente elevada.

También es importante considerar la proporción de la ocurrencia de un diagnóstico índice en la población a prueba. Esta proporción del diagnóstico índice, o prevalencia (p), es $(a + c) / N$. También se puede expresar la proporción de sujetos que no tienen la condición índice como $(b + d) / N$ o, más simplemente, como $1 - p$.

Es importante señalar que estas medidas son teóricamente independientes de la prevalencia de la enfermedad en las poblaciones de estudio. En realidad, cuando una nueva prueba se evalúa bajo condiciones de campo más reales, las variaciones en la metodología con que se aplique la prueba pueden disminuir su sensibilidad. Además, las respuestas positivas de pacientes con condiciones diferentes a las del diagnóstico índice pueden aumentar la frecuencia de los resultados de las pruebas con falsos positivos en forma suficiente como para disminuir la especificidad de la prueba.

11.2.10.1. La influencia de la prevalencia del índice diagnóstico en el VPP y el VPN de la prueba -

Existe una relación recíproca entre el VPP y el VPN, los cuales, respectivamente, se elevan y descienden cuando la prevalencia aumenta. Con una prevalencia baja es más probable obtener resultados negativos que positivos de una prueba. También hay una pérdida potencial del VPP cuando una prueba se aplica en un medio en el cual se eleva artificialmente la prevalencia en la población de estudio y después se aplica en ambientes clínicos más reales.

11.2.10.2. La influencia de la sensibilidad y la especificidad en los valores predictivos -

Cuando la prevalencia permanece fija en un 10 %, el VPP se afecta menos por una pérdida de la sensibilidad que por una pérdida de la especificidad. El VPN no disminuye en forma importante por una pérdida de la sensibilidad y permanece elevado hasta que la especificidad desciende a un valor inferior al 20 %.

Por otra parte, el VPP se afecta en forma más importante que el VPN por una disminución de la sensibilidad, especialmente si ésta es menor al 70 %, y puede ser muy débil, a menos que la especificidad se encuentre en cifras superiores al 80 %.

En síntesis, el VPN es más alto cuando la sensibilidad es elevada (es decir, cuando la proporción de falsos negativos es baja), y el VPP es alto sólo cuando la especificidad es alta (es decir, cuando la proporción de falsos positivos es baja). Aunque el VPP es alto cuando una prueba es altamente específica, este poder disminuye marcadamente cuando disminuye la prevalencia. Estas consideraciones son consistentes con la impresión de que las pruebas altamente específicas (aquellas que tienen una baja proporción de falsos positivos), aún con una sensibilidad moderada, son especialmente útiles cuando los resultados son positivos y cuando la prevalencia de la condición índice es alta.

Inversamente, las pruebas con una elevada sensibilidad (aquellas que tienen una proporción baja de falsos negativos), con una especificidad moderada, tienen poder cuando los resultados son negativos y cuando la prevalencia de un padecimiento es bajo. Una prueba con una elevada sensibilidad puede ser útil para excluir un diagnóstico.

Es claro que una prueba ideal debería ser tanto altamente sensible como específica. El valor predictivo positivo o la capacidad de una prueba para predecir la presencia de un diagnóstico, es altamente dependiente de su especificidad. El valor predictivo negativo es menos sensible a la especificidad y se afecta poco por una pérdida de sensibilidad, tomando en consideración que la prueba haya obtenido una especificidad moderada. Una prueba con baja especificidad puede tener poco valor diagnóstico en los resultados positivos o negativos. Las pruebas altamente sensibles, aun cuando estén algo limitadas en su especificidad, pueden ser particularmente útiles en estudios de tamizaje si los resultados de las pruebas son negativos, especialmente si las pruebas son simples, convenientes y baratas.

Las pruebas que son altamente específicas, pero limitadas en su sensibilidad, son más apropiadas para el uso confirmatorio después de un tamizaje inicial o para el uso en medios especializados donde se encuentre una elevada prevalencia de una enfermedad.

Además de la sensibilidad y la especificidad, la proporción de la prevalencia del diagnóstico índice en la población estudiada es de importancia crítica para estimar la utilidad o el valor predictivo.

11.2.10.3. El punto de corte

El punto de corte se representa con un quebrado, por ejemplo, $1/2$ ó $2/3$; es decir, en el primer caso la presencia de un sólo síntoma indica una respuesta "normal", en tanto que una calificación de 2 síntomas o más se toma como una indicación presuncional de un caso psiquiátrico. En el segundo ejemplo la existencia de 2 síntomas se asume como "normal" y la de 3 síntomas como "caso".

11.2.10.4. La sensibilidad, la especificidad y el punto de corte

Generalmente, no es posible conseguir valores elevados tanto de la sensibilidad como de la especificidad, sino que debe haber una solución de compromiso entre sensibilidad y especificidad.

Cada índice de tamizaje utiliza un umbral de síntomas para determinar la utilidad, la cual va a ser dependiente del umbral de síntomas, por ejemplo, la sensibilidad aumenta con un umbral bajo de los síntomas y puede disminuir con un umbral elevado. Con la especificidad ocurre la situación inversa^B.

11.2.10.5. Aumento de la prevalencia de la enfermedad

Considerando la relación entre el valor predictivo de una prueba y la prevalencia, es obvio que existe una ventaja al aplicar pruebas diagnósticas a pacientes que tienen un aumento de la probabilidad de tener la enfermedad que se investiga. Hay una variedad de formas en las cuales la probabilidad de una enfermedad se puede incrementar antes de utilizar una prueba diagnóstica.

El proceso de referencia es una de las formas más comunes en las cuales se puede incrementar la probabilidad de enfermedad. El proceso aumenta la oportunidad de que la enfermedad significativa se encuentre subyacente. Otras formas de aumentar artificialmente la prevalencia son el estudio de **grupos demográficos seleccionados** que se sabe que se encuentran bajo un riesgo elevado para desarrollar una enfermedad y las **situaciones clínicas específicas**, en las cuales los síntomas y signos y aún las "impresiones clínicas vagas" pueden aumentar o disminuir la probabilidad del hallazgo de una enfermedad.

11.2.10.6. Pruebas múltiples

Debido al uso de pruebas diagnósticas imperfectas, con menos del 100 % de sensibilidad y especificidad, una sola prueba frecuentemente puede dar como resultado una probabilidad de la enfermedad que no sea ni muy alta ni muy baja - por ejemplo, entre 10 % y 90 %. Puede no ser aceptable el detener el proceso en este momento.

Cuando se realizan múltiples pruebas y todas son positivas o negativas, la interpretación es más sólida. Sin embargo, con frecuencia, algunas son positivas y otras negativas. La interpretación entonces es más complicada.

Las pruebas múltiples se pueden aplicar en dos formas generales. **En paralelo**, es decir, todas a la vez, y el resultado positivo de cualquiera de las pruebas se considera como evidencia de enfermedad. O puede ser **en serie**, es decir, en forma consecutiva, cada una ellas basada en los resultados de la prueba anterior. Para las pruebas seriadas, todas las pruebas deben proporcionar un resultado

positivo para que se pueda hacer el diagnóstico, ya que el proceso diagnóstico se detiene cuando se obtiene un resultado negativo en cualquiera de ellas (Figura 1).

11.2.10.6.1. Pruebas paralelas

Aumentan la sensibilidad, y por lo tanto, el valor predictivo negativo para una prevalencia dada de la enfermedad que sea mayor que para cada una de las pruebas en forma individual. Por otra parte, la especificidad, y el valor predictivo positivo disminuyen. Es decir, es menos probable que la enfermedad se omita, pero también es más probable que se obtengan diagnósticos falsos positivos.

Las pruebas paralelas son particularmente útiles cuando el clínico necesita una prueba muy sensible pero que se puede obtener sólo con dos o más pruebas relativamente poco sensibles.

11.2.10.6.2. Pruebas en serie

Este método se emplea cuando no es necesario realizar una evaluación rápida, o cuando las pruebas son costosas o con riesgos elevados, y se emplean sólo después de efectuar una prueba más simple y más segura que sugiera la presencia de enfermedad.

Las pruebas en serie optimizan la especificidad y el valor predictivo positivo, pero disminuyen la sensibilidad y el valor predictivo negativo. Se finaliza por tener la seguridad de que los resultados positivos de la prueba representan enfermedad, pero se aumenta el riesgo de que la presencia de enfermedad pueda ser omitida.

Son particularmente útiles cuando ninguna de las pruebas disponibles en forma individual es altamente específica.

Si se van a utilizar dos pruebas en serie, y todo lo demás es constante, la prueba que tiene la especificidad más alta se debe utilizar primero. La tabla 13 muestra el efecto de la secuencia de las pruebas seriadas. La prueba A es más específica que la prueba B (en tanto que la prueba B es más sensible que la prueba A). Utilizando primero la prueba A, los pacientes a los que se les tiene que aplicar ambas pruebas son más pocos, aunque el número de pacientes diagnosticados sigue siendo el mismo, sin considerar el orden de la secuencia de las pruebas.

11.2.10.6.3. Independencia

Cuando se utilizan pruebas múltiples, se asume que la información adicional con que contribuye cada prueba es independiente de la que está disponible por la prueba que le precedió - esto es, la siguiente no implica una duplicación de la información ya conocida. Esta asunción subyace a la aproximación al valor predictivo que ya se mencionó. Esta asunción puede ser corregida cuando la manifestación de una enfermedad cambia con el tiempo. Sin embargo, parece poco probable que pruebas múltiples para la mayoría de las enfermedades puedan ser verdaderamente independientes una de otra. Si la asunción de que las pruebas son completamente independientes es errónea, el cálculo de la probabilidad de la enfermedad por varias pruebas tendería a sobreestimar el valor de la prueba⁶⁵.

11.3 Asociación de los items con el diagnóstico

Se determinó la razón de momios y los intervalos de confianza para cada ítem de las dos entrevistas de tamizaje. Se consideraron como más informativos los ítems cuyo I.C. no incluyó el valor nulo, o bien, ítems que aún incluyendo el valor nulo en el I.C. mostraran los valores más altos superiores a 1.5 en la razón de momios²²⁵.

Se utilizó la fórmula $RM = \frac{A D}{B C}$

Para calcular el I.C se utilizó el método de Cornfield⁴³ y el límite de confianza exacto¹⁵⁹.

11.4. Confiabilidad

11.4.1. Consistencia Interna, utilizando el Coeficiente alfa (de Cronbach)⁴⁶, (Tabla 14)

La consistencia interna es la extensión en la cual todos los ítems (variables) comprenden una medición (o índice) que refleja el mismo constructo subyacente. El alfa de Cronbach puede variar de 0 a 1. Los valores son considerados "buenos" si son >0.8 y "excelentes" si >0.9⁶⁴.

11.5. Opciones finales:

Se aplicará como prueba de tamizaje:

- 1) Solamente el Cuestionario General de Salud
- 2) Solamente la entrevista de somatización abreviada
- 3) CGS 60 - entrevista de somatización abreviada en **serie**: únicamente a los que resulten positivos en el CGS se les aplica la entrevista de somatización abreviada o viceversa: a los que resulten positivos en la entrevista de somatización abreviada se les aplicará el CGS.
- 4) CGS 60 - entrevista de somatización abreviada en **paralelo**: se aplican los dos instrumentos y se combinan los resultados (figura 1).

Combinaciones:

- + + = verdaderos positivos
- - = verdaderos negativos
- + = Para fines de combinación se pueden sumar a los verdaderos positivos con el fin de incrementar la sensibilidad y el valor predictivo negativo.
- + - =

11.6. Determinación de la Comorbilidad

Para determinar la comorbilidad todos los pacientes referidos fueron entrevistados por el psiquiatra investigador utilizando el CIDI y la lista de cotejo de síndromes de Helzer.

El diagnóstico principal se evaluó por el clínico de acuerdo a los items de la lista de cotejo de Síndromes de Helzer de acuerdo a los items: único diagnóstico, mayor deterioro, el entrevistado buscó tratamiento, el entrevistado lo considera un problema importante, se inició antes y ha persistido después de otros síntomas.

Se examinaron los patrones de comorbilidad en pacientes que cumplieron con los criterios de Bridges y Goldberg de somatización y cuyo diagnóstico principal fue depresión mayor o distimia de acuerdo a los criterios del DSM - III - R; y en el sistema ICD - 10 para los pacientes en quienes el diagnóstico principal de depresión fue coincidente con el del DSM - III - R, adicionando en el sistema ICD - 10, 6 pacientes diagnosticados con trastorno depresivo leve o moderado que no recibieron diagnóstico con el algoritmo del sistema DSM - III - R.

Los diagnósticos se incluyeron sin reglas de exclusión con el fin de observar las variaciones en un perfil más amplio de psicopatología.

En los casos de comorbilidad, también se evaluó el inicio relativo de los trastornos diagnosticados con base en el reporte de la entrevista. Se consideró como trastorno primario el que ocurrió cronológicamente antes que los demás (Diagrama 2).

12. RESULTADOS

12.1. Características Sociodemográficas

12.1.1. Datos Generales

La muestra se encontró constituida en su mayoría por mujeres; predominando los pacientes entre 25 y 60 años de edad, aproximadamente sólo una cuarta parte de los pacientes habían recibido tratamiento psiquiátrico en los últimos seis meses. En cuanto al estado civil, la mayoría se encontró en las categorías de casado, o unión libre, el entrevistado no fungía como jefe de familia en la mayoría de los casos. (Tabla 15)

12.1.2. Años de escolaridad (0 - 7)

Los padres de los entrevistados se encontraron en su mayoría sin ningún año de escolaridad; el esposo(a) se observan distribuidos en forma equitativa en los rubros de ninguno, 1 a 3 y 4 a 7; el jefe de familia con una escolaridad en su mayoría entre 4 y 7 años, y entre los entrevistados, la mayor proporción similarmente entre 4 y 7 años. (Tabla 16)

12.1.3. Nivel de escolaridad

Los padres se encontraron aproximadamente en una tercera parte en la categoría de ninguno, el esposo(a) en los niveles de ninguno y primaria en un porcentaje superior a la tercera parte, el jefe de familia en su mayor parte en el nivel de primaria y los entrevistados se encontraron en su mayoría en niveles de escolaridad de primaria y secundaria. (Tabla 17)

12.1.4. Ocupación

Se encontró que la mayoría de los entrevistados se encontraron en las categorías de ama de casa y obrero no calificado y los jefes de familia en las categorías de obrero calificado y no calificado. (Tabla 18)

12.1.5. Trabajo en los últimos 30 días

En los últimos 30 días la mayoría de los entrevistados no habían trabajado (amas de casa) y los jefes de familia no habían trabajado sólo en un 7.5 %. (Tabla 19)

12.1.6. Condiciones de vivienda

La mayoría estaban construidas por tabique, con piso de cemento, agua en el interior, contando con red pública de drenaje y excusado con agua; la mayoría de las casas con un número de habitaciones de 1 a 4 con un promedio de 2.56 y DE de ± 1.51 ; el número de habitantes/casa con un promedio de 6.11 y DE de ± 4.70 . (Tabla 20, Tabla 21)

12.2. Validez concurrente

12.2.1. Trastornos somatoformes

12.2.1.1. Trastornos por somatización

12.2.1.1.1. Pruebas de validez para el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización con 2 de 7 síntomas

12.2.1.1.1.1. Pruebas por separado

Para el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización con 2 de 7 síntomas clave en la clasificación del DSM III R, utilizando las pruebas por separado, se encontraron valores con mayor equilibrio en la entrevista de tamizaje para trastorno por somatización del DSM III R en el punto de corte de 1/2 (la presencia de un síntoma se considera "normal", la presencia de dos síntomas se considera "caso"), con una sensibilidad del 75.7 %, una especificidad del 61.7 %, un valor predictivo positivo del 58.1 %, un valor predictivo negativo del 78.3 % y una tasa de clasificación errónea de 32.5 % ; los valores más aproximados se obtuvieron con el punto de corte de 2/3 (la presencia de 2 síntomas se considera "no caso", la de 3 síntomas se asume como "caso") (Tabla 22).

12.2.1.1.1.2. Pruebas en paralelo

Para algunos puntos de corte se alcanzó una sensibilidad del 100 %, con baja especificidad (8%); el valor de la especificidad mejoró hasta un 38 % con sensibilidad hasta de 73 %, pero las tasas de clasificación errónea fueron altas y oscilaron desde el 45 % hasta el 58 %, con predominio de falsos positivos y no se consideraron valores útiles.

12.2.1.1.1.3. Pruebas en serie

Se muestran los resultados obtenidos con diversos puntos de corte. Los resultados en que se observó mayor equilibrio correspondieron a las pruebas en serie para el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización tomando en consideración dos de 7 síntomas clave de acuerdo a la clasificación del DSM III R. En el punto de corte del CGS 9/10 y del cuestionario de tamizaje de trastorno por somatización 1/2, se encontró una sensibilidad del 66.6 % y una especificidad del 68 %, con un valor predictivo positivo del 59.4 % y un valor predictivo negativo del 74.4 %, con una tasa de clasificación errónea de 32.5 %. (Tabla 23)

En el punto de corte del CGS 9/10 y del cuestionario de tamizaje de trastorno por somatización 2/3, aumenta la especificidad a 87.2 % y la sensibilidad disminuye a 45.4 %, el valor predictivo positivo aumenta a 71.4 % y el valor predictivo negativo es de 69.4 % con una tasa de clasificación errónea del 30 %. (Tabla 23)

Otros valores aceptables se encontraron en los puntos de corte del CGS de 2/3 y del cuestionario de tamizaje de trastorno por somatización de 1/2, con una sensibilidad del 75.7 %, una especificidad del 63.8 %, valor predictivo positivo de 59.5 %, valor predictivo negativo del 78.9 % y tasa de clasificación errónea del 31.2 %.(Tabla 24)

12.2.1.2. Pruebas de validez para el diagnóstico de trastorno por somatización con 13 síntomas

Para los dos sistemas de clasificación, los valores de validez no se consideraron útiles para ningún punto de corte ya que en las pruebas por separado el valor máximo fue de 44 % en varios puntos de corte, con una especificidad máxima de 37 % con tasas de clasificación errónea del 60 al 80 %, debido a un número elevado de falsos positivos; en las pruebas en paralelo, la sensibilidad más alta fue de 100 % y la especificidad más alta fue de 22 %, con tasas de clasificación errónea elevadas de 80 a 90 %, y alto número de falsos positivos; en las pruebas en serie, la sensibilidad más alta fue de 100 %, con una especificidad de 55 % y las tasas de clasificación errónea variaron del 48 % al 79 %, predominando los falsos positivos.

12.2.1.2. Pruebas de validez para el diagnóstico de dolor somatoforme

Con el tamaño de muestra utilizado en este estudio el hallazgo de trastorno de dolor somatoforme no fue frecuente en el sistema DSM III R (6 casos). Sin embargo, en el sistema CIE-10 fue mayor el número de casos (36 casos). Las pruebas de validez no se consideraron útiles en los dos sistemas de clasificación ya que reportaron en las pruebas por separado valores máximos de sensibilidad de 100 %, con especificidad hasta de 92 % pero con tasa de clasificación errónea de 17% a 88 %, con predominio de falsos positivos; las pruebas en paralelo tuvieron una sensibilidad máxima del 100 %, la especificidad más alta fue de 32 %, con tasas de clasificación errónea del 53 al 88 %, y con predominio de falsos positivos; en las pruebas en serie la sensibilidad más alta fue de 83 %, con una especificidad máxima de 92 %, con tasas de clasificación errónea del 16 % al 70 % predominando los falsos positivos.

12.2.2. Somatización, de acuerdo a los criterios de Bridges y Goldberg

Se muestran los resultados obtenidos con diferentes puntos de corte para el cuestionario de somatización abreviado y para el cuestionario general de salud tomando como referencia el sistema de clasificación del DSM - III - R y del CIE - 10.

En todos los casos la "prevalencia"¹ es alta ya que se elevó artificialmente el número de 'casos' por el proceso de referencia.

12.2.2.1. Pruebas por separado

Los puntos de corte que proporcionan un mejor equilibrio en los valores de sensibilidad y especificidad para el Cuestionario de Somatización Abreviado tomando como referencia la clasificación del DSM - III - R son de 4/5 y 5/6, aún cuando la tasa de clasificación errónea es de 28.7 para el punto de corte de 4/5. %.(Tabla 25) Para el Cuestionario General de Salud con el mismo sistema de clasificación son el de 9/10 y 14/15.(Tabla 26) El mayor equilibrio se obtiene en ambos cuestionarios con el punto de corte más alto (5/6 y 14/15), sólo que la tasa de clasificación errónea en estos casos es también la más elevada.

Los valores predictivos presentan también un mayor equilibrio con los dos puntos de corte más altos.

¹Se refiere a la proporción de la ocurrencia del diagnóstico índice en la población a prueba ($a + c / N$)

Las mismas observaciones pueden realizarse en el caso de la comparación de ambos instrumentos de tamizaje tomando como referencia la clasificación diagnóstica CIE - 10. Los puntos de corte de mayor equilibrio son los mismos que para la clasificación DSM - III - R, así como las variaciones observadas en la tasa de clasificación errónea y los valores predictivos. (Tabla 27 y Tabla 28)

Se puede decir que en general el CGS proporciona mayor sensibilidad que el cuestionario de somatización, y este a su vez proporciona una mayor especificidad que el CGS.

En la tabla 29 se compara la valoración psiquiátrica entre los sistemas DSM - III - R y CIE - 10, obteniendo una sensibilidad del 100 % y una especificidad de 64.7 % y una tasa de clasificación errónea de 7.5 % con un grado de acuerdo de .73, que se puede considerar como bueno.

12.2.2.2. Pruebas en paralelo

En las pruebas paralelas aumenta la sensibilidad, ya que se aplican ambas pruebas y el resultado positivo en cualquiera de las dos se considera como 'caso'.

Al valorar ambos cuestionarios en paralelo en el sistema DSM - III - R del CIDI, el mayor equilibrio se encuentra en los puntos de corte para el CGS de 9/10 y para el cuestionario de somatización de 4/5, que proporciona una sensibilidad de 92 % y una especificidad del 41 %, falsos positivos de 58.8 % y tasa de clasificación errónea de 18.7 % (Tabla 30).

Al comparar ambos cuestionarios de tamizaje en paralelo con el CIDI en el sistema de clasificación CIE - 10 el mayor equilibrio se encuentra en los puntos de corte de 9/10 para el CGS y de 4/5 para el cuestionario de somatización (Tabla 31), acercándose a estos valores las siguientes combinaciones: CGS con punto de corte 9/10 y cuestionario de somatización con punto de corte de 2/3; CGS con punto de corte de 9/10 y cuestionario de somatización con punto de corte de 5/6 (Tabla 32); CGS con punto de corte de 14/15 y cuestionario de somatización con punto de corte de 2/3; CGS con punto de corte de 14/15 y cuestionario de somatización con punto de corte de 3/4 (Tabla 33).

12.2.2.3. Pruebas en serie

Al comparar las pruebas de tamizaje en serie con el CIDI en el sistema de clasificación DSM - III - R, la combinación de mayor equilibrio es para el CGS con punto de corte de 4/5 y para el cuestionario de somatización con punto de corte de 2/3 (Tabla 34), lo que proporciona una sensibilidad de 87.3 %, una especificidad de 52.9 % y una tasa de error de clasificación del 20 %.

Al comparar ambos cuestionarios en serie con el sistema de clasificación CIE - 10 del CIDI, el mayor equilibrio se observa para los puntos de corte del CGS de 4/5, del cuestionario de somatización de 2/3 (Tabla 35), en los cuales se obtiene una sensibilidad del 82.6 % y una especificidad de 45.4 %, con una tasa de clasificación errónea de 22.5 %.

12.3. Asociación de los ítems de las entrevistas de tamizaje con el diagnóstico

12.3.1. Asociación de los ítems con el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización, tomando en consideración dos de 7 síntomas.

Se determinó la razón de momios y los intervalos de confianza para cada reactivo de las dos entrevistas de tamizaje en relación al diagnóstico presuncional de trastorno por somatización con dos o más de siete síntomas, de acuerdo a la clasificación DSM III R, por ser el tipo de diagnóstico para el cual los resultados de validez de las pruebas de tamizaje mostraron valores más útiles. Los resultados se encuentran en las tablas 36 y 37.

En el Cuestionario General de Salud, se seleccionaron algunos ítems que se muestran en la tabla 38, un solo ítem cuyo IC no incluyó el valor nulo, y otros ítems que obtuvieron la razón de momios más alta respecto a los demás aún cuando su IC de confianza incluyó el valor nulo. De estos ítems, los únicos que correspondieron al área somática, fueron el 9 y el 10.

De la entrevista de tamizaje del DSM III R para trastorno por somatización se muestran los ítems que obtuvieron la razón de momios más alta (tabla 39); aun cuando 3 de 7 de ellos incluyen el valor nulo. De estos ítems, cuatro (amnesia, nudo en la garganta, falta de aliento y dolor en extremidades) coinciden con los ítems del DSM III R para el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización.

Se reportan en la tabla 40, los valores de RM e IC obtenidos en el presente estudio para los 7 ítems del DSM III R necesarios para el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización.

Se proponen los ítems del Cuestionario General de Salud (tabla 41) y de la entrevista de trastorno por somatización (tabla 42) para la detección del diagnóstico presuncional de trastorno por somatización de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio.

12.3.2. Asociación de los ítems con el diagnóstico de casos de somatización de acuerdo a los criterios de Bridges y Goldberg.

Se determinó la RM y los intervalos de confianza para cada reactivo de las dos entrevistas de tamizaje en relación a los casos de somatización de acuerdo a los criterios de Bridges y Goldberg. Los resultados se encuentran en las tablas 43 y 44.

En el Cuestionario General de Salud de Goldberg se obtuvieron varios ítems con RM cuyos IC no incluyeron el valor nulo. En los 12 primeros ítems se encuentran únicamente tres: el 6, el 9 y el 5 que corresponden al área somática. (Tabla 45)

En la entrevista de tamizaje del trastorno por somatización del DSM III, se encontraron 3 síntomas cuyo valor de RM fue el más alto y cuyos IC no incluyeron el valor nulo: falta de aliento, mareos y diarrea; otros síntomas con una RM alta pero cuyo IC incluyó el valor nulo fueron dolor de estómago, dolor articular, debilidad muscular y sensación de estar enfermo. (Tabla 46)

12.4. Confiabilidad

12.4.1. Consistencia Interna

Los valores son superiores a .80 para la mayoría de las escalas, por lo que se puede considerar que hay una buena consistencia interna (Tabla 47).

12.5. Síntomas motivo de consulta

Los más frecuentes en orden progresivo descendente fueron el dolor: la cefalea, el dolor de espalda, dolor torácico, dolor abdominal, dolor en las extremidades, dolor articular; mareo; palpitaciones; falta de aliento (sin hacer esfuerzos) y parestesias. (Tabla 48)

12.6. Total de síntomas reportados

La cefalea fue el síntoma más frecuente, seguido por parestesias, dolor en otras partes: dolor de espalda, dolor torácico, dolor abdominal, dolor en las extremidades, dolor articular; dificultad para deglutir; palpitaciones; náuseas; sensación de estar enfermo crónicamente; falta de aliento y mareo. (Tabla 49)

12.7. Diagnósticos

Sin tomar en cuenta criterios de exclusión, en la clasificación diagnóstica DSM - III - R, la depresión mayor y la distimia presentaron las frecuencias más altas, seguida del diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia sin historia de trastorno por angustia y el síndrome orgánico cerebral, este último diagnosticado en todos los casos como leve o posiblemente ausente.

Para la clasificación CIE - 10, los diagnósticos más frecuentes fueron la depresión, el trastorno por ansiedad generalizada, el dolor somatomorfo persistente y la distimia; el síndrome orgánico cerebral en todos los casos fue leve o posiblemente ausente. (Tabla 50)

Con criterios de exclusión, para la clasificación DSM - III - R los diagnósticos más frecuentes fueron la depresión, la distimia, la fobia simple, la agorafobia sin historia de trastorno por angustia, la fobia social y la dependencia de alcohol. El síndrome orgánico cerebral se consideró como ausente. (Tabla 51)

Para la clasificación CIE - 10, los diagnósticos más frecuentes fueron la depresión, la fobia específica, el trastorno por ansiedad generalizada, el dolor somatoforme persistente, la fobia social, la dependencia de alcohol, la agorafobia y los trastornos disociativos. El síndrome orgánico cerebral se consideró como ausente.

12.8. Diagnóstico Principal

Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo, seguido por el diagnóstico de trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso, deprimido o mixto, los trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, factores psicológicos que afectan al estado físico y otros. (Tabla 52)

Se consideraron como 'casos' de somatización de acuerdo a los criterios de Bridges y Goldberg²⁵ a 63 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios requeridos, uno de los cuales es que presenten un trastorno psiquiátrico diagnosticado por un método estandarizado. Para el diagnóstico principal se tomó como base la clasificación diagnóstica del DSM III - R y los criterios de gravedad de la lista de cotejo de síndromes de Helzer. Se encontró además que 6 pacientes que recibieron diagnóstico clínico de Trastorno Adaptativo de acuerdo al sistema del DSM - III- R y ningún diagnóstico por la entrevista estructurada con los algoritmos del DSM - III - R fueron diagnosticados con depresión leve o moderada por el CIE - 10, lo que elevaría el número de 'casos' a 69 mediante este último sistema.

De acuerdo al DSM - III - R los 17 pacientes restantes tendrían un diagnóstico psiquiátrico, pero no proporcionado por la entrevista estructurada. Algunos de ellos no cumplirían con el criterio de tratamiento, pero sería posible esperar que los síntomas presentarían remisión al disminuir el efecto de los factores precipitantes.

12.9. Diagnóstico principal de acuerdo a la clasificación de Rosen

De acuerdo a esta clasificación, la mayoría de los trastornos psiquiátricos considerados como diagnósticos principales se ubicarían en los trastornos subagudos y crónicos. (Tabla 53)

12.10. Comorbilidad de los Trastornos Depresivos en Pacientes Somatizadores

13 pacientes (100 %) con diagnóstico principal de distimia y 24 de 33 pacientes (78 %) con diagnóstico de depresión mayor en la clasificación DMS III R (Tabla 54) tuvieron al menos un diagnóstico adicional en el eje I. En la clasificación CIE 10, se encontraron las mismas cifras para la distimia y 29 de los 39 pacientes (74 %) con diagnóstico de depresión mayor tuvieron otro diagnóstico adicional en el eje I. (Tabla 55)

Los diagnósticos de comorbilidad más frecuentes en el eje I fueron, en la clasificación del DSM - III - R, otro trastorno del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, de los cuales el más frecuente fue el trastorno por ansiedad generalizada y para el diagnóstico de distimia el diagnóstico asociado más frecuente fue la fobia social.

En la clasificación CIE 10, los diagnósticos de comorbilidad más frecuentes fueron los trastornos neuróticos (que incluyen a los trastornos de ansiedad del DSM III R, además de los diagnósticos: otros trastornos de ansiedad y trastornos disociativos) seguido de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos somatoformes.

La diferencia más importante en la comorbilidad diagnóstica entre ambos sistemas de clasificación se encontró en los trastornos somatoformes, cuya frecuencia es más alta en la CIE 10, y mayor para el diagnóstico de dolor somatoforme.

En cuanto a la temporalidad de los trastornos, en la clasificación DSM III R, (Tabla 56) en los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo precedió el inicio del trastorno de ansiedad generalizada en 6 de los 7 pacientes (86 %) con distimia y ansiedad generalizada, es decir el diagnóstico de comorbilidad de ansiedad generalizada sólo precedió en un 14 % (en uno de 7 pacientes) al diagnóstico principal de distimia y en 7 de los 11 pacientes (64 %) con depresión mayor y

ansiedad generalizada; sólo en un 36 % el diagnóstico de comorbilidad de ansiedad generalizada precedió al de depresión mayor (4 de 11 pacientes).

Para la misma clasificación, en los trastornos del estado de ánimo, el diagnóstico principal (depresión mayor ó distimia) precedió en un 100 % al otro diagnóstico afectivo de comorbilidad.

En la clasificación CIE -10, (Tabla 57) en el rubro de trastornos neuróticos, el trastorno depresivo precedió el inicio de la ansiedad generalizada en 7 de los 11 pacientes (64 %) con distimia y ansiedad generalizada y sólo en 4 de 11 pacientes (36 %) el diagnóstico de comorbilidad de ansiedad generalizada precedió al diagnóstico principal de distimia. En 13 de 18 pacientes (72 %) el diagnóstico principal de depresión precedió a la presentación de la ansiedad generalizada, es decir, la ansiedad generalizada sólo precedió al diagnóstico de depresión en un 28 % (5 de 18 pacientes).

En esta misma clasificación en los trastornos del estado de ánimo, el diagnóstico principal de depresión precedió en los 9 pacientes (100 %) al de distimia y cuando el diagnóstico principal fue distimia precedió al diagnóstico de depresión mayor en 8 de los 12 pacientes (67 %) con diagnóstico de distimia y depresión mayor.

El diagnóstico de depresión precedió al de dolor somatoforme en 10 de los 15 pacientes (67 %) con diagnóstico de depresión y dolor somatoforme.

13. DISCUSION

13.1. VALIDEZ

En epidemiología psiquiátrica no hay un 'estándar de oro' para establecer morbilidad, no hay pruebas bioquímicas o inmunológicas que puedan compararse para estimar la sensibilidad y especificidad.

Por otra parte, el 'caso', puede ser definido en la forma en que los clínicos y los investigadores lo deseen; pero si su propósito es comunicarse con los demás, necesitan utilizar una definición operacional²³⁴.

La mayor dificultad para obtener validez en epidemiología psiquiátrica es que la mayor parte de los trastornos psiquiátricos no son categóricos, sino dimensionales. La nomenclatura diagnóstica identifica diátesis y síntomas más que entidades discretas o síndromes mutuamente excluyentes.

Tal problema es evidente en el fenómeno de la somatización, en la que puede existir comorbilidad entre varios diagnósticos.

Uno de los instrumentos utilizados se deriva del índice de tamizaje tanto para detectar el trastorno por somatización, que es una entidad específica, como para la identificación o investigación de síntomas somáticos en los cuales no se encuentra una causa orgánica.

De acuerdo a los criterios operacionales de Bridges y Goldberg el espectro de los trastornos que pueden producir somatización va desde síntomas de corta duración que pueden ser la expresión de un estilo peculiar de contención ante el estrés, hasta síntomas que forman parte de un trastorno psicótico.

El presente estudio es específico para la población de estudio, y tal vez la metodología podría aplicarse en otras poblaciones, pero los resultados no son generalizables a otro tipo de población.

Idealmente, una prueba de tamizaje debería tener tanto una sensibilidad como una especificidad elevadas. Se considera sin embargo que la sobreinclusión (alta sensibilidad con baja especificidad) es preferible a la subinclusión (baja sensibilidad con alta especificidad) en el medio clínico, dado que el peor error podría ser el decir que el paciente no tiene el trastorno, cuando en realidad lo tiene.

En la práctica clínica se puede preferir un punto de corte bajo para obtener mayor sensibilidad y no perder pacientes con un trastorno psiquiátrico que puede ser susceptible de un manejo apropiado, para evitar investigaciones potencialmente iatrogénicas y exámenes innecesarios, es decir, para llevar a cabo un tratamiento oportuno de las necesidades no satisfechas.

Por otra parte, es necesario garantizar una especificidad adecuada en el caso de los síntomas no diagnosticados, ya que cuando los médicos se enfrentan a una incertidumbre diagnóstica, se inclinan a diagnosticar una enfermedad física y, con ello, a "crearla", porque se teme más el que la existencia de una enfermedad orgánica pase inadvertida (falso negativo o error del primer tipo) que el diagnosticar una enfermedad inexistente (falso positivo o error del segundo tipo).

Así en general, los médicos parecen guiarse por esta regla: "Si se tienen dudas, hay que seguir pensando en una enfermedad orgánica"⁵¹.

13.1.1 Validez de los Trastornos Somatoformes

En la práctica médica general, subyace al proceso de somatización una gama heterogénea de trastornos. Entre los trastornos psiquiátricos, los trastornos somatoformes no son los más frecuentes; aunque su cronicidad, la incapacidad, así como la elevada utilización de servicios y las dificultades que existen para su manejo indican la importancia de establecer el diagnóstico. Si bien el realizarlo es en la mayoría de los casos una tarea que requiere cierta experiencia clínica y tiempo para efectuar la exploración del paciente. Esta situación conduce hacia una mayor dificultad para la detección de estos trastornos.

En diversos estudios se hace énfasis en que para diagnosticar el trastorno por somatización, si se incluyen 13 síntomas, se encuentra con poca frecuencia, lo que se modifica al considerar este trastorno como un índice de síntomas y se han hecho esfuerzos para validar subsíndromes; así se ha encontrado que es posible validar un subsíndrome de 6 síntomas, con base en la incapacidad y la utilización de servicios.

Por otra parte, Othmer y DeSouza¹⁷¹ encontraron que siete de los síntomas sirven como prueba de tamizaje y que la presencia de dos de ellos sugiere con un alta probabilidad la existencia de trastorno por somatización.

En la tabla 58, se muestra una comparación de la validez del Cuestionario de Somatización abreviado en el presente estudio en relación a otros índices para somatización similares, el de Othmer - De Souza¹⁷¹, que está constituido por 7 síntomas, de los incluidos en el cuestionario utilizado para este estudio; el de Swartz y cols.²²², compuesto por 11 síntomas y el del DSM - III - R²⁰⁸, que es el mismo cuestionario empleado en este estudio.

Othmer¹⁷¹ utilizó un punto de corte de 3/7 y Swartz de 5/11, el DSM - III utiliza 5/37, es decir, los pacientes con menos de 3 y 5 síntomas son considerados 'no casos' y los pacientes con 4 o más síntomas y 6 o más síntomas son considerados 'casos potenciales' de trastorno por somatización.

En el presente estudio, utilizando la entrevista de tamizaje del trastorno por somatización del DSM III por separado, con el punto de corte de 2/3, se obtienen valores ligeramente inferiores al estudio de Othmer - De Souza¹⁷¹, y valores de especificidad superiores a las otras dos pruebas, aunque los de sensibilidad son inferiores.

La tendencia es en el sentido de encontrar un índice con un menor número de síntomas y a encontrar su asociación con otras variables relacionadas con el trastorno por somatización con 13 síntomas. En la clasificación CIE - 10 sólo se menciona que deben existir "múltiples síntomas", sin especificar el número.

Todos los estudios de trastorno por somatización han utilizado la entrevista psiquiátrica estructurada (Diagnostic Interview Schedule). Se decide si el síntoma es orgánico o no a través de un árbol de decisión. En el caso de que la entrevista se realice por un no clínico hay mayor probabilidad de que se subdiagnostique con

respecto al clínico, por lo que para aumentar la confiabilidad sería de utilidad el hablar con los médicos o revisar los expedientes clínicos.

Además se debe considerar que el diagnóstico de trastorno por somatización no se presenta como único diagnóstico, se asocia con otros trastornos psiquiátricos, uno de los más frecuentes es la depresión que puede ser en ese momento el diagnóstico más grave o principal y posiblemente la causa de que se presente mayor incapacidad o utilización de servicios, por lo que el estudio de los trastornos somatoformes implica también el estudio de la comorbilidad.

En el presente estudio una de las limitaciones para el hallazgo de casos de trastorno por somatización per se fue el tamaño de la muestra. Los casos de trastorno por somatización con 13 síntomas fueron frecuentes. Se observó un cambio al definir los casos con base en el diagnóstico presuncional de dos de siete síntomas clave, tomando en consideración los criterios de Othmer y DeSouza¹⁷¹. Los resultados de validez de las pruebas de tamizaje mostraron mayor utilidad con este último criterio.

Para las pruebas por separado, resultó útil únicamente la entrevista de tamizaje de trastorno por somatización del DSM III R, en el punto de corte 1/2 y las pruebas en serie, con los puntos de corte para el CGS de 2/3 y para la prueba de somatización de 1/2; CGS 9/10 y somatización 1/2 que fue el punto de mayor equilibrio y CGS 9/10 y somatización 1/2, debiendo utilizar primero la entrevista de tamizaje por somatización que fue la que por separado obtuvo la mayor especificidad (62 % vs 20 % del CGS).

13.1.2. Validez de los trastornos psiquiátricos que se expresan como somatización

Se consideraron como 'casos de somatización', todos los que cumplieron con los criterios de Bridges y Goldberg²⁵. Tomando este criterio como referencia se evaluó el funcionamiento de las pruebas de tamizaje.

La utilidad de este enfoque es el considerar una gama de psicopatología más amplia, observando que los trastornos del estado de ánimo fueron los más frecuentes, como se ha mencionado ya en otros estudios.

En general, la especificidad fue más baja que la sensibilidad para todos los puntos de corte de las entrevistas de tamizaje, ello se explica debido a que la frecuencia de los pacientes que cumplen con los criterios de 'caso' fue alta en esta muestra; y quizá en un estudio de comunidad, en el que la presentación somática de los trastornos psiquiátricos se encontraría con menor frecuencia, la especificidad sería más elevada.

13.1.2.1. Validez de las pruebas de tamizaje por separado

Los puntos de corte más recomendables utilizando las pruebas de tamizaje por separado serían para el Cuestionario de Somatización Abreviado 4/5 y para el Cuestionario General de Salud de 9/10.

En la tabla 59, se muestra una comparación de la validez del CGS en diferentes estudios, observando que los valores de sensibilidad son similares aunque la especificidad es más baja en los diferentes puntos de corte en el presente estudio, además la tasa de error de clasificación es la más alta para el punto de corte 14/15, aunque para el punto de corte 9/10 es similar a la de otros estudios.

13.1.2.2. Validez de las pruebas de tamizaje en paralelo -

Con las pruebas de tamizaje en paralelo se combinan ambas pruebas y la prueba se considera positiva si uno de los componentes es positivo. Con estas pruebas aumenta la sensibilidad y disminuye la especificidad.

El punto de corte de mayor equilibrio que optimiza la sensibilidad sin un decremento importante de la especificidad es el de 9/10 para el Cuestionario General de Salud y para el Cuestionario de Somatización Abreviado de 4/5.

13.1.2.3. Validez de las pruebas de tamizaje en serie -

Utilizando un sistema en serie (el diagnóstico es positivo cuando todos los componentes del diagnóstico son positivos) disminuye la sensibilidad y aumenta la especificidad.

El punto de corte de mayor equilibrio que aumenta la especificidad sin una disminución muy importante de la sensibilidad es para el Cuestionario General de Salud de 4/5 y para el Cuestionario de Somatización de 2/3, debiéndose aplicar primero el Cuestionario de Somatización que es el que tiene una especificidad más alta, para que la aplicación de las pruebas en serie proporcione una mayor eficiencia.

En conclusión, el mayor equilibrio de los valores de sensibilidad y especificidad, con una tasa de error de clasificación aceptable así como valores predictivos es utilizando las pruebas en serie.

13.2. Asociación de los items de las entrevistas de tamizaje con el diagnóstico

Al tomar el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización con dos de siete síntomas, en el Cuestionario General de Salud, sólo un síntoma obtuvo una RM con un IC que no incluyó el valor nulo. El estudio no es informativo respecto a la utilidad del Cuestionario General de Salud para el diagnóstico de trastorno por somatización. Ello se explica con base en el tamaño de muestra del presente estudio y además debido a que el Cuestionario General de Salud no está diseñado para la detección específica del trastorno por somatización.

En la entrevista de tamizaje del DSM - III - R cuatro de los síntomas coincidieron con el índice para trastorno por somatización de Othmer y DeSouza¹⁷¹. El estudio no es informativo respecto a otro tipo de síntomas, pero explica, aunado a los resultados de validez, que lo más útil sería el tomar como criterio de caso, un índice de síntomas inferior a los 13 requeridos para el diagnóstico de trastorno por somatización del DSM III en posteriores estudios.

Cuando se toman los criterios de Bridges y Goldberg como definición de caso, el estudio es más informativo respecto al tipo de síntomas del Cuestionario General de Salud, lo que se explica debido a que este cuestionario está diseñado para detectar una amplia gama de trastornos psiquiátricos no psicóticos y no tiene la especificidad de la entrevista de tamizaje para el trastorno por somatización.

13.2.1 Tipo de ítems

Para varios de los ítems, el IC incluyó valores cuyos límites mostraron una variación amplia, lo cual se podría atribuir al tamaño de la muestra.

El tipo de síntomas de la entrevista de trastorno por somatización cuyo IC es más informativo son diferentes a los encontrados para el diagnóstico presuncional de trastorno por somatización. Los síntomas (dolor de estómago, dolor articular, debilidad muscular y sensación de estar enfermo) son del tipo que se asocia con más frecuencia a los trastornos del estado de ánimo, que fueron los trastornos más frecuentes de toda la gama de patología psiquiátrica que se manifiesta con síntomas somáticos.

Ello sugiere que deberían construirse dos tipos de cuestionario diferentes, uno cuyos ítems estarían relacionados con el trastorno por somatización y otro con ítems correspondientes a los trastornos psiquiátricos que se expresan con más frecuencia con el proceso de la somatización, en este caso la depresión.

En cualquier caso, sería de utilidad el combinar las entrevistas en serie; para la detección de trastorno por somatización, con el fin de aumentar la especificidad y detectar trastornos asociados y en el caso de tratar de detectar el trastorno psiquiátrico subyacente al proceso de somatización en general, el Cuestionario General de Salud sería más informativo al respecto y su complemento serían algunos ítems de la entrevista de tamizaje cuya asociación es más fuerte con algunos trastornos psiquiátricos como la depresión.

Por otra parte las diferencias en el tipo de síntomas encontrados en este estudio respecto al de Othmer y DeSouza¹⁷¹ pueden deberse, además del tamaño de la muestra, a las diferencias de los contextos culturales, ya que la experiencia del padecimiento es un fenómeno modelado culturalmente.

En un estudio transcultural⁷⁵ cuyo propósito fue definir los filtros que los pacientes seguían para obtener atención psiquiátrica se encontró que las manifestaciones somáticas por problemas psiquiátricos fueron la presentación más frecuente en todos los centros siendo comunes a todos ellos el síntoma de cefalea excepto en Rawalpindi (Pakistán), sin otros patrones consistentes aunque cinco síntomas fueron los más frecuentes: trastornos del sueño, debilidad, síntomas genitourinarios, dolor abdominal y dolor de espalda. La fiebre se encontró específicamente en Ujung Pandang (Indonesia) y Rawalpindi y la pérdida de peso sólo se encontró con alguna frecuencia (9 %) en Benesov-Kromeriz (Checoslovaquia); lo cual puede explicarse con base en diferencias culturales.

13.3. CONFIABILIDAD

13.3.1. Consistencia Interna -

Los valores de consistencia interna son adecuados para la mayoría de las escalas, lo cual significa que todos los ítems comprenden una medición que refleja el mismo constructo subyacente.

Para el Cuestionario General de Salud, se obtuvo la consistencia interna en las diferentes escalas de acuerdo a la clasificación de Goldberg (Tabla 4). Para las áreas B (Cardiovascular, Neuromuscular y Gastrointestinal) y E (Conducta Observable y Relaciones Interpersonales) los resultados fueron ligeramente inferiores.

Para el Cuestionario de Somatización Abreviado, se tomaron en cuenta dos escalas, la Escala I en que se incluyeron todos los códigos (1,2,3,4,5) y la Escala II en la que se tomaron únicamente dos códigos (1,5).

Se han reportado valores de alfa de Cronbach para el índice de somatización de .72 en una muestra de Puerto Rico, .62 en una muestra de México-americanos y de .58 en una muestra de angloamericanos²⁰⁴.

13.4. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Se encontró una mayoría de población femenina, que está en relación con lo reportado en la literatura, de que entre las mujeres algunos grupos de edad son usuarias frecuentes de la consulta de medicina general. Además, los trastornos del estado de ánimo, y el trastorno por somatización, que se incluyeron dentro de los diagnósticos más frecuentes tienen una prevalencia más elevada en las mujeres. La muestra es más bien homogénea en las categorías de escolaridad y características de la vivienda.

13.5. SINTOMAS

El tipo de síntomas más frecuentes son similares a lo reportado en otros estudios^{75, 136} en los cuales los síntomas que se mencionan como más frecuentes son la cefalea, el dolor de espalda, el mareo y el dolor abdominal.

13.6. DIAGNOSTICOS

El tipo de diagnósticos psiquiátricos con presentación somática presentan una distribución similar a la reportada por otros estudios. En uno de ellos en que se investigaron los diagnósticos de las referencias al psiquiatra en el hospital general se reportó la siguiente presentación de trastornos psiquiátricos en orden descendente progresivo de frecuencia: la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia y la psicosis manícodepresiva, los trastornos adaptativos, la histeria, la hipocondría y la neurastenia, la anorexia nervosa, los trastornos de personalidad y la dependencia/abuso de alcohol y drogas. La razón más frecuente de referencia al psiquiatra fue por síntomas físicos no explicados (46 %) y no se confinaban a pacientes sin trastornos físicos, la mitad de los pacientes que se clasificaron como 'reacciones psicológicas a un trastorno físico' mostraron somatización⁴⁵.

En el presente estudio sólo dos pacientes diagnosticados con trastorno adaptativo, lo presentaron como reacción a trastornos físicos, en un caso diabetes mellitus y en otro hipertensión arterial, el resto de los pacientes en el momento de la evaluación presentaban únicamente el trastorno psiquiátrico sin un trastorno físico. En cuanto a los trastornos de personalidad en dos pacientes se diagnosticó trastorno de personalidad histriónica, en una paciente trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, en dos pacientes trastorno de personalidad pasivo-agresiva, en una paciente trastorno de personalidad por evitación, pero en ningún caso se trató del diagnóstico principal, al que se pudiera atribuir una presentación somática.

13.7. CLASIFICACION DIAGNOSTICA Y COMORBILIDAD -

La somatización es un fenómeno universal y se han reportado altas frecuencias en las culturas no occidentales y en las minorías étnicas de los países desarrollados¹⁰². En las últimas dos décadas se han reportado numerosos estudios de este tipo de pacientes en los medios médicos y quirúrgicos de los hospitales generales y de los usuarios de atención primaria. La mayoría de estos estudios sugieren que entre un cuarto y un tercio de los pacientes tienen enfermedad psiquiátrica diagnosticable¹⁷. La depresión, con o sin ansiedad, es uno de los trastornos más comunes en atención primaria¹⁰². El trastorno del estado de ánimo está asociado con los síntomas físicos en dos formas: primero, el trastorno del estado de ánimo sirve para dirigir la atención hacia una sensación física que de otra forma podía haber sido ignorada. Segundo, los síntomas que el paciente percibe y que se presentan al médico son realmente síntomas del trastorno del estado de ánimo, existiendo evidencia experimental de la relación entre la presentación somática y los estados fisiológicos correspondientes. No es que los síntomas somáticos reemplacen la experiencia del afecto; usualmente coexisten y los sujetos tienden a tener un patrón coexistente de respuestas fisiológicas al estrés a través de diferentes situaciones y a través del tiempo. En el medio de la práctica general, el segundo de estos mecanismos es la explicación más probable para las quejas corporales no diagnosticadas¹⁷. El presente estudio se realizó con una muestra de pacientes seleccionados, que ha corroborado algunos de los hallazgos descritos en otros estudios similares, como la frecuencia predominante de trastornos del estado de ánimo en estos pacientes en atención primaria.

En cuanto a los aspectos de comorbilidad, los resultados indican un patrón de comorbilidad similar al de otros estudios realizados en pacientes con trastornos del estado de ánimo; con el hallazgo de que para la clasificación CIE 10 hay una frecuencia elevada del trastorno de dolor somatoforme como diagnóstico adicional de los trastornos depresivos. Varios estudios han demostrado que los pacientes con dolor crónico frecuentemente reportan síntomas depresivos y los sujetos deprimidos frecuentemente reportan dolor. Algunos autores han considerado al dolor crónico como variante de la depresión, pero otros han aducido que no se debe considerar al dolor crónico como 'una depresión enmascarada', si no más bien, considerar principios politéticos de clasificación.

En general existen tres enfoques principales de clasificación diagnóstica: desde la perspectiva 'clásica', se afirma que las categorías deben tener límites claros y esta posición es aceptada en la nosología psiquiátrica. Sin embargo, se ha señalado que la evidencia es que las categorías más útiles tanto en el trabajo científico como en la vida diaria no cumplen con los supuestos clásicos; se ha demostrado empíricamente que la mayoría de las categorías carecen de características definitorias específicas; muchas no tienen límites claros; y la mayoría muestra una considerable heterogeneidad de características.

Una alternativa a la perspectiva clásica de la categorización, que ha sido llamada 'teoría del prototipo', ha evolucionado desde la investigación empírica. Los que proponen esta perspectiva señalan que algunos miembros de una categoría son mejores ejemplos de esa categoría que otros. Esto no podría ser así si las categorías estuvieran definidas sólo por propiedades que compartieran todos los miembros. Se ha demostrado que puede haber más consenso respecto al juicio de qué tan buen ejemplo es un miembro de una categoría, aún cuando no se llegue a un acuerdo acerca de los límites de una categoría. Los mejores ejemplos se

denominan prototipos: 'entre más prototípico es un miembro de una categoría, mayores atributos tiene en común con otros miembros de la categoría y menos atributos en común con miembros de categorías contrastantes'¹⁹⁷. Por ejemplo, en el caso de los trastornos somatomorfos, el trastorno por somatización es más prototípico que el trastorno dismórfico.

Ha habido desarrollos independientes en el campo de la taxonomía que muestran un paralelismo con los principios de la teoría del prototipo:

De los varios principios aplicados en la teoría de las clasificaciones recientes, la diferencia entre la clasificación monotética y politética es probablemente la de mayor importancia. Las clasificaciones monotéticas son aquellas en las cuales las clases establecidas difieren por al menos una propiedad la cual es uniforme entre los miembros de cada clase. Tales clasificaciones son especialmente útiles en el establecimiento de claves taxonómicas y ciertos tipos de referencia y sistemas de clasificación... En las clasificaciones politéticas, las clases son grupos de individuos u objetos que comparten una gran proporción de sus propiedades pero no necesariamente están de acuerdo en una propiedad. La adopción de principios politéticos de clasificación niegan el concepto de una esencia o tipo de cualquier clase. No se requiere ninguna propiedad única para la definición de un grupo dado ni cualquier combinación de características lo define necesariamente²¹².

Swartz y cols.^{219, 221, 223} han utilizado una técnica multivariada llamada 'grado de análisis de membresía' para examinar los datos de los síntomas somáticos del proyecto del Area de Captación Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH-ECA). Esta técnica no hace asunciones a priori acerca de los niveles de umbral o de agrupación de los síntomas físicos, y las calificaciones generadas permiten a los individuos el ser miembros parciales de dos o más grupos. La clasificación de 'conjuntos borrosos' que emerge de este análisis describe síndromes 'mixtos' y es más representativo de los síndromes de somatización en la comunidad.

En un estudio de 'malestar somático no explicado médicamente' en una muestra de pacientes de medicina familiar, Robbins y cols.¹⁹³ compararon patrones (covariación) de síntomas 'funcionales' con definiciones de cinco 'síndromes somáticos funcionales' descritos en la literatura médica. Estos fueron: fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, depresión somática, ansiedad somática y síndrome de colon irritable. Consideraron posible el que no hubiera síndromes discretos del todo, 'sino que son percibidos como tales sólo cuando son considerados por una especialidad médica particular que focaliza su atención en aspectos limitados del malestar'.

Las definiciones de los síndromes funcionales discretos fueron examinados por la estimación de modelos, encontrando que un modelo de cinco factores fue el que mejor se ajustó y proporcionó evidencia para la validez convergente de los síndromes somáticos funcionales. Se encontró que los síntomas covarían más dentro de los síndromes que entre los síndromes. Cuando se examinó la concurrencia de los síndromes se encontró que la mayoría de los pacientes que satisfacían los criterios para un síndrome generalmente lo hacían para uno o más de los demás.

En cuanto a la temporalidad, en la relación temporal del trastorno depresivo principal y los diagnósticos adicionales se ha encontrado que para la mayoría de los pacientes, el inicio del trastorno depresivo precede cronológicamente al inicio de los diagnósticos adicionales, en el estudio llevado a cabo, esto sólo ocurre para el diagnóstico adicional de ansiedad generalizada, otro trastorno del estado de ánimo y en el CIE - 10 para el diagnóstico de dolor somatomorfo, esto se explica con base en que el tamaño de muestra de pacientes con trastornos del estado de ánimo fue pequeño en relación a otros estudios y al tipo de pacientes investigados.

13.8. UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Para estudios posteriores es conveniente considerar que en general la somatización se presenta con una elevada frecuencia en la práctica médica general; existen grupos de población en que estos procesos son más frecuentes en correlación con factores sociodemográficos y trastornos psiquiátricos asociados como ansiedad y depresión; utilizan los servicios médicos con mayor frecuencia que otros grupos y existen diferencias en su detección y manejo.

Ello plantea la necesidad de efectuar estudios para estimar la frecuencia de los trastornos psiquiátricos que se expresan a través de la somatización y conocer el perfil sintomático y el grado en que los médicos no psiquiatras detectan los trastornos.

Ubicando el problema en relación con la investigación en sistemas de salud, de acuerdo al esquema 3, en la parte horizontal se muestran algunas variables sociodemográficas que influyen en la somatización, y en la parte vertical, la relación que hay entre la somatización y los sistemas de salud. En la parte vertical inferior se sitúa el nivel de análisis en que se llevó a cabo el estudio de la validez de los instrumentos de tamizaje para trastornos somatomorfos y somatización, es decir, **las necesidades no satisfechas**⁷².

En el esquema 4, las necesidades no reconocidas y no satisfechas son incongruencias entre pares de elementos del modelo, consideradas como déficit por el cliente, el profesional o ambos. Por supuesto, el concepto de incongruencia abarca, además de los déficits, el fenómeno complementario de lo superfluo. Los déficits que se indican en la figura son los siguientes:

- UN 1: Estados de salud o enfermedad que sólo el médico, o sólo el cliente, considera que requieren atención médica.
- UN 2: Servicios que el cliente desea, no recibidos.
- UN 2': servicios que exige la norma profesional no recibidos.
- UN 3: Recursos que desea el cliente pero que no están disponibles o no son asequibles.

-UN 3': Recursos exigidos por la norma profesional, pero que no están disponibles o no son asequibles.

-UN 4' : Es una variante de UN 1, bastante distinta de ella y útil como instrumento de medición, por lo que amerita una mención especial.

Denota la presencia de enfermedades o incapacidades que se pudieron haber prevenido, eliminado o mejorado en grado considerable por medio de la utilización adecuada de los servicios.

Por ejemplo, la prevalencia de las enfermedades reumáticas del corazón y la sordera del oído medio, o la incidencia del coma diabético en una población dada, podrían servir de indicadores de una atención previa insuficiente o inadecuada, si bien se reconoce que estos padecimientos no se pueden prevenir completamente. En esta categoría de la clasificación de la necesidad no satisfecha se plantea la incongruencia entre la capacidad de los servicios de modificar la necesidad y el grado de modificación que se observa en la población⁵¹.

La somatización es la expresión de una necesidad no satisfecha, en el sentido de que la necesidad subyacente del cliente no es detectada por el profesional sino más bien este tiene la idea de un "abuso" de los servicios médicos por parte de los clientes, mientras estos quedan con una sensación de déficit, lo cual correspondería en el modelo a UN 1.

En el presente estudio, la detección de la necesidad se realizó por medio de indicadores de salud mental, con base en un marco de referencia amplio del proceso salud-enfermedad, que lo considera como un continuum que abarca características biológicas, sociales y psicológicas. En estudios posteriores sería importante considerar la salud desde la perspectiva del consumidor y ya no sólo del proveedor, otorgando relevancia a las medidas subjetivas de las condiciones de salud y de utilización de los servicios.

14 - GLOSARIO DE TERMINOS¹¹²

Se proporcionan definiciones de algunos términos en el sentido en que son utilizados en el presente texto:

Trastornos somatoformes - Comprende un grupo de trastornos que se incluye en el DSM - III - R. Los "síntomas esenciales" de estos trastornos son síntomas físicos en ausencia de una enfermedad física.

Trastorno por somatización - Es uno de los trastornos somatomorfos del DSM - III - R. Los pacientes clasificados con trastorno por somatización tienen síntomas somáticos múltiples (al menos 13) que se inician usualmente antes de los 30 años. Este trastorno tiene un curso crónico y fluctuante.

Somatización - Una utilización reciente de este término lo considera como la presentación de síntomas somáticos en ausencia de enfermedad o daño tisular, sin tomar en consideración categorías diagnósticas. Para otras definiciones consultar otras definiciones en el texto.

Síntomas funcionales somáticos - Se trata de los síntomas que presentan los pacientes que somatizan. No significa que cumplan una función para el paciente.

Síntomas fisiológicos - Son síntomas que reflejan cambios fisiológicos; por ejemplo, síntomas que coinciden con la contracción del músculo liso del intestino.

Proceso psicofisiológico - Son procesos en los cuales los cambios fisiológicos son secundarios a los factores psicológicos. Por ejemplo, la diaforesis o el aumento de la frecuencia cardíaca en momentos de temor o ansiedad.

Psicosomático o psicobiológico - El término **psicosomático** indica una relación mente-cuerpo. Comprende procesos psicofisiológicos así como también enfermedades físicas que pueden ser modificadas por factores psicológicos (por ejemplo, asma bronquial o úlcera péptica). Los síndromes psicossomáticos, o trastornos psicossomáticos, son trastornos físicos en los cuales los procesos emocionales tienen una participación importante en algunos pacientes.

Neurosis (trastornos neuróticos) - Los trastornos neuróticos son trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, acerca de los cuales el paciente puede tener un insight considerable y un juicio de realidad indemne ya que habitualmente no confunde sus experiencias y fantasías subjetivas mórbidas con la realidad externa.

Preocupaciones hipocondríacas - Son temores excesivos o falsas creencias de tener una enfermedad.

Conversión - Una conversión es una alteración o pérdida del funcionamiento físico sin evidencia de daño tisular. Las conversiones habitualmente imitan síntomas de enfermedades neurológicas como parálisis, anestesia, o alteraciones de la coordinación.

Histeria - Este término describe varios síndromes e incluye el trastorno por conversión.

Una persona que sufre de histeria o alguien descrito como histérico presenta rasgos de inmadurez afectiva, emotividad excesiva y conducta de búsqueda de atención. Se ha clasificado como trastorno de personalidad histérica en el DSM - II, y en el DSM - III como trastorno de personalidad histriónica.

Briquet (1859) describió un síndrome con múltiples síntomas somáticos que denominó **histeria**; el significado de este término fue aceptado por varios autores hasta que en el DSM - III se modificó este síndrome y se le dió la denominación de trastorno por somatización. El CIE - 10 adoptó el término de trastorno por somatización para este síndrome.

El DSM - III dividió la neurosis histérica en trastornos diferentes que incluyen al trastorno por conversión y al trastorno disociativo. En el CIE - 10 el nuevo término es **Trastorno disociativo (conversión)**.

15.REFERENCIAS

1. ADAM G: Interception and behaviour. An experimental study. Budapest. Akademiai Kiado, 1967. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
2. ADLER: Perceptual style and pain tolerance. I. The influence of certain psychological factors. *J Psychosom Res* 1973;17: 369-379.
3. ADLER R: Perceptual style and pain tolerance. II. The influence of an anxiolytic agent. *J Psychosom Res* 1973; 17: 381-387.
4. ANDERSON CD: Expression of affect and physiological response in psychosomatic patients. *J Psychosom Res* 1981; 25: 143-149.
5. ANDERSON O: Health Services Systems in the United States and Other Countries. Critical Comparisons. *N Eng J Med* 1963; 269: 839-843, 896-900. En: MECHANIC D: Medical Sociology. New York: The Free Press 1968.
6. APPLEBAY, L: Hypochondriasis: an acceptable diagnosis? *Br Med Journal* 1987; 294: 857.
7. APLEY J, MCKEITH R: The child and his symptoms: a comprehensive approach. Oxford. Blackwill, 1978. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
8. BALDESSARINI R, FINKLESTEIN S: The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 569-573.
9. BALINT M: The doctor, his patient and the illness. New York. International Universities Press. 1957. En: FORD C V: The somatizing disorders. New York. Elsevier North Holland Inc. 1983.
10. BANKS MH, BERESFORD SA: Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44 years: A preliminary report. *Int J Epidemiology* 1975; 4: 189-195. En: BASS CH: Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
11. BARISH CF, CASTELL DO, RICHTER JE: Graded esophageal ballon distention: a new provocative test for noncardiac chest pain. *Dig Dis Sci* 1986; 31: 1292-1298. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
12. BARRET JE, BARRET JA, OXMAN TE: The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1100 - 1106.
13. BARSKY A: Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med* 1979; 91: 63-70.
14. BARSKY A, KLERMAN G: Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273 - 283.

15. BARSKY A, WYSHAK G, KLERMAN G: Hypochondriasis - An evaluation of the DSM - III criteria in medical outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 493 - 500.
16. BARTOSHUCK AK: Electromyographic reactions to strong auditory stimulation as a function of alpha amplitude. *J Comparative Pshysiol Psychol* 1959; 52: 540-545. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
17. BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
18. BASS CH: Physical symptoms of anxiety. *Br J Clin Pract* 1985; 39 (Suppl 381): 34-38. En: BASS CH: Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
19. BETTER SR, FINE PR: Disability benefits as disincentives to rehabilitation. *Health and Society* 1979; 57: 412-427. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
20. BIANCHI GN: Origins of disease phobia. *Aust NZJ Psychiatry* 1971; 5: 241-257. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
21. BLACKWELL B, GUTMAN M: The management of chronic illness behavior, in *Illnes Behavior*. New York Plenum. Edited by McHugh S, Vallis TM. 1986 pp 401-408. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
22. BLUMER D, HEILBRONN M: Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 381-409.
23. BOHMAN M., CLONINGER C: An adoption study of somatoform disorders. III. Crossfostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41: 872-878.
24. BOYD J, BURKE J: Exclusion criteria of DSM III. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 983-989.
25. BRIDGES W, GOLDBERG D: Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care. *J Psychosom Res* 1985; 29: 563-569.
26. BROADBENT DE: Cognitive psychology. Introduction. *Br Med Bull* 1979; 27: 191-194. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
27. BRUCH H: *Obesity, anorexia and the person within*. New York. Basic Books. 1973. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
28. BURNAM M: The Spanish Diagnostic Interview Schedule. Reliability and comparison with clinical diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1189-1196.

29. BURNS BH, NICHOLS MA: Factors related to the localization of symptoms to the chest in depression. *Br J Psychiatry* 1972; 121: 405-409.
30. BYRNE D: Repression - sensitization as a dimension of personality, in *Progression of Experimental Personality Research*. New York Academic. Edited by Maher BA. 1964. pp 169-220. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
31. CANNON RO, LEON MB: Chest pain and "normal" coronary arteries: role of small coronay arteries. *Am J Cardiol* 1985; 55: 50B-60B. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
32. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LIRA L.: The concurrent validity of the DIS; Experience with psychiatric patients in Mexico City. *Hisp J Behav Sci* 1991; 13: 63-77.
33. CASTRO R, MEDINA MORA ME: *Análisis del Poder Discriminativo del Cuestionario General de Goldberg en una Población de 0 a 3 años de escolaridad*. Reporte Interno. México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1980.
34. *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Técnicas Gráficas Forma, S.A. 1992.
35. CLARK D: A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24: 461-470. En: KELLNER R: Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
36. CLARK D: A cognitive model of panic attacks in *Panic: Psychological Perspectives*. New Jersey. Eds. Rachman SJ & Maser J. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale. 1988. En: BASS CH: Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
37. CLONINGER C: The multifactorial model of disease transmission. III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). *Br J Psychiatry* 1975; 127: 11-22.
38. CLONINGER C, MARTIN R: A prospective followup and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 873-878.
39. CLONINGER C, SIGVARDSSON S: An adoption study of somatoform disorders. II. Identification of two discrete somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 863-871.
40. CLUFF LE, CANTER A: Asian influenza. *Arch Intern Med* 1966; 117: 159-163.
41. COE R M: *Sociology of Medicine*. London. McGraw Hill. 1970.
42. CONTI S, SAVRON G: Cardiac neurosis and psychopathology. *Psychother Psychosom* 1989; 52: 88-91. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.

43. CORNFIELD J: A statistical problem arising from retrospective studies. En: Neyman J: *Proceedings of the Third Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability*. Berkeley: University of California Press, 1956.
44. CRAIG TKJ: *Abdominal pain, in Life Events and Illness*. New York. Eds. Brown GW & Harris TO Guilford Press, 1989. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications, 1990
45. CREED F: Psychiatric Referrals within the General Hospital: Comparison with Referrals to General Practitioners. *Br J Psychiatry* 1993; 162; 204-211.
46. CRONBACH L: Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334. APUD IN KERLINGER F N: *Foundations of Behavioral Research*. New York University, 1973.
47. DE ALARCON R: Hypochondriasis and depression in the aged. *Ger Clin* 1964; 6: 266-277. En: KATON W. Depression and somatization. *II. Am J Med* 1982; 72: 241-247.
48. DEGOOD DE, BUCKELEW SP: Cognitive somatic anxiety response patterning in chronic pain patients and non patients. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 137-138. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
49. DEIGHTON C & NICOL A: Abnormal illness behavior in young women in primary care setting. Is Briquet's syndrome a useful category? *Psychol Med* 1985; 15: 515-520.
50. DOLCE JJ, RACZYNSKI JM: Neuromuscular activity and electromyography in painful backs: psychological and biomechanical models in assessment and treatment. *Psychol Bull* 1985; 97: 502-520. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
51. DONABEDIAN A: *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México. Fondo de Cultura Económica 1988. pp: 84-105 y 161-165.
52. DORSTE C, ROSKAMM H: Experimental pain measurement in patients with asymptomatic myocardial ischemia. *J Am Coll Cardiol* 1983; 1: 940-945. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
53. *DSM III R - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. Masson. 1988.
54. EISENBERG L: Disease and illness, distinctions between professional and popular ideas of sickness, *Cult Med Psychiatry* 1977; 1: 9-23. En: KATON W. Depression and somatization. *II. Am J Med* 1982; 72: 241-247.
55. ENGEL GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136. En: KATON W. Depression and somatization. *II. Am J Med* 1982; 72: 241-247.

56. ESCOBAR J, BURNAM A: Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 713-718.
57. ESCOBAR J, CANINO G: Unexplained physical complaints: Psychopathology and epidemiological correlates. *Br J Psychiatry* 1989 154: 24 - 27.
58. ESCOBAR J, GOLDING J: Somatization in the community: Relationship to disability and use of services. *AJPH* 1987; 77:837-840.
59. ESCOBAR J, RUBIO - STIPEC M, CANINO G: Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 140 - 146.
60. DERLEGA V: *Self-disclosure and intimate relationships, in Communication*. Orlando, FL. Academic. Edited by Derlega V. 1984. p.1-9. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
61. FABREGA H: Toward a model of illness behavior. *Med Care* 1973; 11: 470-484. En:FORD C V: *The somatizing disorders*. New York, Elsevier North Holland Inc. 1983.
62. FAVA GA, KELLNER R: Losses, hostility and depression. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 474-478. En KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
63. FAVA GA, PAVON L: Large bowel disorders, II: psychopathology and alexithymia. *Psychother Psychosom* 1976/1977; 27: 100-105. En KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
64. FEINSTEIN, A: *Clinimetrics*. Westford. Murray Printing Company 1987.
65. FLETCHER R H, FLETCHER S W & WAGNER E H: *Clinical Epidemiology - the essentials*. Williams & Wilkins. Baltimore, MD. 1982. Chapter 4. Diagnostic Strategies pp. 59-74.
66. FLOR HENRY P: A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biol Psychiatry* 1981; 16:601-626.
67. FORD CV, BRAY GA: A psychiatric study of patients referred with a diagnosis of hypoglycemia. *Am J Psychiatry* 1976; 133: 290-294.
68. FORD CV, GLOBER GA: A psychiatric study of patients with regional enteritis. *JAMA* 1969; 208: 311-315.
69. FORD C V: *The somatizing disorders*. New York, Elsevier North Holland Inc. 1983.
70. FORDYCE WE: *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St Louis. CV Mosby. 1976. En: KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.

71. FREIDSON E: Client control and medical practice. *Am J Sociol* 1960; 65: 374-382. En: KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.
72. FRENK J: Un modelo conceptual para la investigación en salud pública. *Bol Of Sanit Panam* 1986; 101: 447-489.
73. FUJII S, KACHI T: Chronic headache: its psychosomatic aspect. *Japanese J Psychosom Med* 1981; 21: 411-419. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
74. GARDNER WN & BASS C: Hyperventilation in clinical practice. *Br J Hosp Med* 1989; 41: 73-81.
75. GATER R: The pathways to psychiatric care: a crosscultural study. *Psychol Med* 1991; 21: 761-774.
76. GILLESPIE R: Hypochondria: its definition, nosology, and psychopathology. *Guy's Hospital Report* 1928; 78: 408-460. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
77. GOLDBERG D P: *The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non psychotic psychiatric illness*. London University Press. New York. Toronto. 1972.
78. GOLDBERG DP, BRIDGES K: Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988; 32: 137 - 144.
79. GOLDSTEIN IB: Physiological responses in anxious women patients: a study of autonomic activity and muscle tension. *Arch Gen Psychiatry* 1964; 10: 382-388.
80. GONZALEZ FC, CARAVEO J: Confiabilidad de la cédula de entrevista diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. *Salud Mental* 1988; 11: 48-54.
81. GONZALEZ FC, CARAVEO J: DIS: Validez de procedimiento y adaptaciones al instrumento. Experiencia en México. *Psicopatología* 1993; 13: 91-100.
82. GRAHAM TW, KAPLAN BH: Frequency of church attendance and blood pressure elevation. *J Behav Med* 1978; 1: 37-42. En: FORD C V: *The somatizing disorders*. New York, Elsevier North Holland Inc. 1983.
83. GRINGS W W, DAWSON ME: *Emotions and bodily responses: A psychophysiological approach*. New York. Academic. 1978. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
84. GRUNHAUS L: Clinical and psychobiological characteristics of simultaneous panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1214 - 1221.
85. GUZE S: The validity and significance of hysteria (Briquet's syndrome) *Am J Psychiatry* 1975; 132: 138-141.

86. HACKETT T, CASSEM H N : *Handbook of general hospital psychiatry*. Second edition. 1986. Massachussets General Hospital. PSG Publishing Company Inc. Littleton, Massachussets. Cap. 8: Functional somatic symptoms and somatoform disorders. pp: 126-153.
87. HAMILTON M: Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry* 1989; 154: 201-206.
88. HARDING TW, DE ARANGO MV: Mental disorders in primary health care. A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-241.
89. HARRIS ID: Mood, anger, and somatic dysfunction. *J Nerv Ment Dis* 1951; 113: 152-158. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
90. HENDERSON S: A development in social psychiatry. The systematic study of social bonds. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 63-69.
91. HENDERSON S: Care eliciting behaviour in man. *J Nerv Ment Dis* 1974; 159: 172-181.
92. HIRSCHFELD AH, BEHAN RC: The accident process I. Etiologic considerations of industrial injuries. *JAMA* 1963; 186: 193-199.
93. HOKANSON JR: Vascular and psychogalvanic effects of experimentally aroused anger. *J Pers* 1961; 29: 30-39. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
94. HOLDSTOCK DJ, MISILWICZ J: Observations on the mechanism of abdominal pain. *Gut*. 1969; 10: 19-31. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
95. HOLMES TH, WOLFF HG: Life situations, emotions and backache. *Psychosom Med* 1952; 14: 18-33. En: FORD C V: *The somatizing disorders*. New York, Elsevier North Holland Inc. 1983.
96. HOUSE JS, LANDIS KR: Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540-545.
97. HUDGENS AJ: Family-oriented treatment of chronic pain. *J Marital Family Ther* 1979; 5: 67-78. En: KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.
98. HYLER S & SPITZER R: Hysteria split asunder. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 1550-1554.
99. KAPLAN H, FREEDMAN A: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins Company. 1989. Cap 5: Quantitative and experimental methods in psychiatry.

100. KATKIN ES, BLASCOVICH J: Empirical assessment of visceral self perception: individual and sex differences in the acquisition of heart beat discrimination. *J Pers Soc Psychol* 1981; 40: 1095-1101. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
101. KATON W: Depression: Somatic symptoms and medical disorders in primary care. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 274-287.
102. KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
103. KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.
104. KATON W: The epidemiology of depression in medical care. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 93 - 112.
105. KATON W, RIES RK: A prospective study of 100 consecutive somatization patients. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 305-314.
106. KATON W, RIES RK, KLEINMAN A: The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 208-215.
107. KEEFE FJ: Illness behavior as a predictor of pain and overt behavior patterns in chronic low back pain patients. *J Psychosom Res* 1986; 30; 543-551.
108. KELLNER R: Anxiety, depression and somatization in DSM III hypochondriasis. *Psychosomatics* 1989; 30: 57-64.
109. KELLNER R: Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 821-833.
110. KELLNER R: Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 1987; 258: 2718-2722.
111. KELLNER R: *Anxiety, somatic sensations, and bodily complaints*. En *Handbook of Anxiety*, Vol 2: Classification, Etiological Factors, and Associated Disturbances. New York, Elsevier. Edited by Noyes R, Roth M, Burrows G D. 1988. pp 213-237. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
112. KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
113. KELLNER R: Psychotherapeutic strategies in hypochondriasis: a clinical study. *Am J Psychother* 1982; 36: 146-157.
114. KELLNER R, SCHNEIDER - BRAUS K: Distress and attitudes in patients perceived as hypochondriacal by medical staff. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 157-162.
115. KELLNER R, SLOCUMB JC: Hostility, somatic symptoms and hypochondriacal fears and beliefs. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 554-561.

116. KELLNER R: *Somatization and hypochondriasis*. New York, Praeger. Greenwood 1986. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
117. KELLNER R: Somatization: Theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 150-160.
118. KENYON: Hypochondriasis: a clinical study. *Br J Psychiatry* 1964; 110: 478-488.
119. KENYON FE: Hypochondriacal states. *Br J Psychiatry* 1986; 129: 1-14.
120. KIRMAYER L, ROBBINS J: Three forms of Somatization In Primary Care: Prevalence, Co - occurrence, and Sociodemographic Characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647 - 655.
121. KLEINMAN A & KLEINMAN J: *Somatization: the interconnections in chinese society among culture, depressive experiences and the meanings of pain, in Culture and Depression*. Eds. Kleinman A & Good B. University of California Press.1985. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
122. KRIETMAN N, SAINSBURY P: Hypochondriasis and depression in out patients at a general hospital. *Br J Psychiatry* 1965; 111: 607-615. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
123. LACEY JI & LACEY BC: Verification and extension of the principle of autonomic response - stereotypy. *Am J Psychol* 1958; 71: 50-73.
124. LADER M & MARKS I: *Clinical anxiety*. Grune & Stratton. New York. 1971. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
125. LASCELLES R: Atypical facial pain and depression. *Br J Psychiatry* 1966; 112: 651-659. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
126. LECKMAN JF, MERIKANGAS KR, PAULS DL: Anxiety disorders and depression: contradictions between family study data and DSM - III conventions. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 880 - 882.
127. LEFF J P: Transcultural psychiatry. New York. Marcel Dekker. 1982. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
128. LEIGHTON A, LAMBO T: *Psychiatric disorder among the Yoruba*. Ithaca, New York. Cornell University Press. 1963. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
129. LENNARD JONES J E: Fuctional gastrointestinal disorders. *N Engl J Med* 1983; 308: 431-435.

130. LESSER I A: A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 1981; 43: 531-543.
131. LESSE S: Behavioral problems masking severe depression. *Am J Psychother* 1979; 33: 41-53.
132. LESSE S: Depression masked by acting out behavior patterns. *Am J Psychother* 1974; 28: 352.
133. LIPOWSKI ZJ: Psychosocial aspects of disease. *Ann Intern Med* 1969; 71: 1197-1206.
134. LIPOWSKI Z: Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358 - 1368.
135. LIPOWSKI Z J: Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. 1. General principles. *Psychosom med* 1967; 29: 153-171.
136. LOPEZ -IBOR J: *Los equivalentes depresivos*. Madrid. Editorial Paz Montalvo 1976.
137. LLOYD GG: Psychiatric syndromes with a somatic presentation. *J Psychosom Res* 1986; 30: 113-120.
138. MALMO RB, WALLERSTEIN H: Headache proneness and mechanisms of motor conflict in psychiatric patients. *J Pers* 1953; 22: 163-187. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
139. MALMO R, & SHAGASS C: A method for the investigation of somatic response mechanisms in psychoneurosis. *Science* 1950; 112: 325-328. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
140. MALMO R, & SHAGASS C: Physiologic study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress. *Psychosom Med* 1949; 11: 25-29.
141. MALMQUIST C P: Depression in childhood and adolescence (Part I). *N Engl J Med* 1971; 284: 887-893.
142. MANDLER G, MANDLER J M: Autonomic feedback: the perception of autonomic activity. *J Abnormal and Soc Psychol* 1958; 56: 367-373. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
143. MARKS J, GOLDBERG D: Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979; 9: 337.
144. MARSELLA AJ: Depressive affect and disorder across cultures, in Handbook of crosscultural psychology, Vol 5: *psychopathology*. Boston. Eds. Triandis H & Draguns J. Allyn & Bacon. 1980. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990

145. MARTIN I: Levels of muscle activity in psychiatric patients. *Acta Psychol (Amst)* 1956; 12: 326-341. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
146. MARTIN R, CLONINGER R: The natural history of somatization and substance abuse in women criminals: a six year follow-up. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 528-537.
147. MAYOU: The nature of bodily symptoms. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 55-60.
148. MCKINLAY J B: Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking. In: KLEINMAN A, EISENBERG L: *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holland. D Reidel Publishing. 1982.
149. MECHANIC D: Development of psychological distress among young adults. *Gen Psychiatry* 1979; 36: 1233-1239.
150. MECHANIC D: Illness behavior, social adaptation and the management of illness. *J Nerv Ment Dis* 1977; 165: 79-87.
151. MECHANIC D: The concept of illness behavior. *J Chronic Dis* 1962; 15: 189-194. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
152. MECHANIC D: *Medical Sociology*. New York: The Free Press 1968.
153. MECHANIC D: Perception of Parental Responses to Illness. *J Hlth Hum Behav* 1965; 6: 253-257. En: MECHANIC D: *Medical Sociology*. New York: The Free Press 1968.
154. MECHANIC D: Religion, religiosity and illness behavior. The special case of the jews. *Hum Organ* 1963; 22: 202-208. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
155. MECHANIC D: Sex, illness, illness behavior and the use of health services. *J Hum Stress* 1976; 2: 2-6. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
156. MECHANIC D: Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J Med* 1972; 286: 1132-1139.
157. MECHANIC D: The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior. *Pediatrics* 1964; 33: 444-453. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
158. MEDINA MORA ME: Sensibilidad del Cuestionario General de Salud de Goldberg para detectar la evolución de pacientes en tratamiento psiquiátrico. *Salud Mental* 1984; 7: 68-71.
159. MEHTA CR, PATEL NR, GRAY R. *J Am Stat Assoc* 1985; 78: 969-973.

160. MERSKEY H & SPEAR F: *Pain: psychological and Psychiatric aspects*. Baltiere, Tindall and Cassell. London. 1967. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
161. MERSKEY H & SPEAR F: *Pain: psychological and Psychiatric aspects*. Baltiere, Tindall and Cassell. London. 1967. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
162. MILLER J: Preliminary report on disability insurance. *Public Hearings before the subcommittee on Social Security of the Committee of Ways and Means, House of Representatives*, 94th Congress, 2nd Session, May-June 1976. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 1976. En: KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.
163. MINUCHIN S, ROSMAN B: *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 1978. En: KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.
164. MOSER C A, KALTON G: *Survey Methods in Social Investigation*. Great Britain, London. 1979.
165. MURPHY M: Somatization: embodying the problem. *Br Med J* 1989; 98: p.1331-1332.
166. NATAPOFF J: Children's view of health: a developmental study. *Am J Public Health* 1978; 68: 995-1000.
167. NEISSER U: *Cognitive psychology*. New York. Appleton-Century-Crofts. 1967. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
168. NEMIAH J C, SIFNEOS P E: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol 2. Edited by Hill O. London, Butterworths. 1970. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
169. NOYES R, REICH J: Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 631-635.
170. ORENSTEIN H: Briquet's syndrome in association with depression and panic; a reconceptualization of Briquet's syndrome. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 334-338.
171. OTHMER E, DESOUZA CH: A screening test for somatization disorder (hysteria). *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1146-1149.
172. OXMAN T E, ROSENBERG S D: Linguistic dimensions of affect and thought in somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1150-1155.
173. PALLAZZOLI M S: *Self starvation*. New York. Jason Aronson. 1978. En: KATON W, KLEINMAN A: Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.

174. PARSONS T: *Action, theory and the human condition*. New York. Free Press.
J P En: PILOWSKY I: *Illness Behaviour*. Plenum Publishing Corporation 1987.
175. PARSONS T: *Social structure and personality*. London. Collier MacMillan. En:
PILOWSKY I: *Illness Behaviour*. Plenum Publishing Corporation 1987.
176. PENNEBAKER J W: Traumatic experience and psychosomatic disease:
exploring the roles of behavioral inhibition, obsession and confiding. *Can J Psychol*
1985; 26: 82-95. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic*
symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
177. PENNEBAKER J W: Physical symptoms and sensations: psychological
causes and correlates, in *Social Psychophysiology. A sourcebook*. New York.
Guilford. Edited by Cacioppo. 1983. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes*
and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc,
1991.
178. PENNEBAKER J W, SUSMAN J R: Disclosure of traumas and psychosomatic
processes. *Soc Sci Med* 1988; 26: 327-332. En: KELLNER R: *Psychosomatic*
syndromes and somatic symptoms. Washington, London. American Psychiatric
Press, Inc, 1991.
179. PERLEY M G & GUZE S B: Hysteria: the stability and usefulness of clinical
criteria. *N Engl J Med* 1962; 266: 421-426.
180. PETRIE A: *Individuality in pain and suffering*. Chicago, Ill. University of
Chicago Press. 1967. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic*
symptoms. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
181. PFEIFFER W: The symptomatology of depression viewed transculturally.
Transcult Psychiatry Res Rev 1968; 5: 121-123. En: KATON W, KLEINMAN A:
Depression and somatization. I. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
182. PILOWSKY I: A general classification of abnormal illness behaviors. *Br J Med*
Psychol 1978; 51: 131-137.
183. PILOWSKY I: Abnormal illness behavior. *Br J Med Psychol* 1969; 42: 347-
351.
184. PILOWSKY I: Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1967; 146:
334-338. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological*
Illness. Oxford. Blackwell scientific Publications. 1990
185. PILOWSKY I: Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiat Scandn*
1970; 46: 273-285.
186. PILOWSKY I: *Illness Behaviour*. Plenum Publishing Corporation 1987.
187. PILOWSKY I: The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics*
1990; 21: 207 - 213.
188. PILOWSKI I, SMITH O: Illness behaviour and general practice utilization: a
prospective study. *J Psychosom Res* 1987; 31: 177-183.

189. PURTELL J, ROBIN E: Observations on clinical aspects of hysteria: a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *J Am Med Assoc* 1951; 146: 902-909. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
190. RACY J: Psychiatry in the Arab east. *Acta Psychiat Scand* 1970; suppl 21: 1-171.
191. RASKIN M, TALBOTT J A: Diagnosed conversion reactions: predictive value of psychiatric criteria. *JAMA* 1966; 197: 530-534.
192. REGIER D A, GOLDEBERG I D: The de facto US mental health services system: a public health perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35 (6): 685-693.
193. ROBBINS J, KIRMAYER L: Latent variable models of functional somatic distress. Paper prepared for the symposium 'Current concepts of somatization'. American Psychiatric Association meetings, San Francisco. 1989. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990
194. ROBINS L: The diagnostic screening procedure writer. A tool to develop individualized screening procedures. *Med Care* 1987; 25: S106-S122.
195. ROBINS L, WING J: The Composite International Diagnostic Interview. An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction With Different Diagnostic Systems and in Different Cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1069 - 1077.
196. ROBINSON J O: The frequent consulter in primary medical care. *J Psychosom Res* 1986; 30: 589-600.
197. ROSCH E: *Principles of categorization in Cognition and Categorization*. Hillsdale, New Jersey. Eds. Rosch E & Lloyd B. Lawrence Erlbaum Associates. 1978. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
198. ROSEN G, KLEINMAN A: Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. *J Family Practice* 1982; 14: 493-502.
199. ROY R, THOMAS M: Chronic pain and depression: a review. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 96-105.
200. SAINSBURY P, GIBSON J G: Symptoms of anxiety and tension and the accompanying physiological changes in the muscular system. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1954; 17: 216-224. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
201. SANDERSON W: Syndrome Comorbidity in Patients With Major Depression or Dysthymia: Prevalence and Temporal Relationships. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1025 - 1028.
202. SCHWAB J J: *Psychosomatic disturbances in Psychiatric in General Medical Practice*. New York. Edited by Usdin G, Lewis J McGraw Hill. 1979. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.

203. SHAGASS C, MALMO R B: Psychodynamic themes and localized muscular tension during psychotherapy. *Psychosom Med* 1954; 16: 295-313. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.

204. SHROUT PE, CANINO GJ, BIRD HR, RUBIOSTIPEC M: Mental Health Status among Puerto-Ricans, Mexican-Americans, and Non-Hispanic Whites. *Am J Commun Psychol* 1992; 20: 729-752.

205. SHROUT P: Quantification of Agreement in Psychiatric Diagnosis Revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 172 -177.

206. SIGVARDSSON S, VON KNORRING A L: An adoption study of somatoform disorders. I. The relationship of somatization to psychiatric disability. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 853-859.

207. SLAVNEY P R & TEITELBAUM M L: Patients with medically unexplained symptoms. DSM III diagnoses and demographic characteristics. *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7: 25-35.

208. SMITH G, FRANK W: Screening Indexes in DSM - III - R Somatization Disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 148 -152.

209. SMITH G, MONSON R: Patients with multiple unexplained symptoms. *Arch Intern Med* 1986; 146: 69-78.

210. SMITH R, MONSON R: Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314: 1407-1413.

211. SOLOMON G F, AMKRAUT A: Immunity, emotions and stress. *Psychother Psychosom* 1974; 23: 209-217. En: FORD C V: *The somatizing disorders*. New York, Elsevier North Holland Inc. 1983.

212. SOKAL R: Classification: purposes, principles, progress, prospects. *Science* 1974; 185: 1115-1123. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.

213. SPITZER R, ENDICOTT J: Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 773-782.

214. STEKEL W: *The interpretation of dreams*. New York: Liveright 1943. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.

215. SPITZNAGEL E: A proposed solution to the base rate problem in the kappa statistic. *Arch Gen Psychiatry* 198; 42: 725 - 728.

216. STENBACK A: Hypochondria in duodenal ulcer. *Adv Psychosom Med* 1960; 1: 307-312. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.

217. STERNBACH R, TURSKY B: Ethnic differences among housewives in Psychophysical and skin potential responses to electric shock. *Psychophysiology* 1965; 1: 241-246. En: MECHANIC D: *Medical Sociology*. New York: The Free Press 1968.
218. SUCHMAN E A: Sociomedical variations among ethnic groups. *Am J Sociol* 1964; 70: 319-331. En: KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.
219. SWARTZ M; BLAZER D: A study of somatization disorder in a community population utilizing grade of membership analysis. *Psychiatric Developments* 1987; 3: 219-237. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
220. SWARTZ M, BLAZER D: Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1403-1408.
221. SWARTZ M, BLAZER D: Somatization disorder in a US Southern community: use of a new procedure for analysis of medical classification. *Psychol Med* 1986; 16: 595-609.
222. SWARTZ M, HUGHES D: Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *J Psychiat Res* 1986; 143: 1403-1408.
223. SWARTZ M, HUGHES D: Somatization disorders in the community. A study of diagnostic systems. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 26-33.
224. TESSLER R, MECHANIC D: The effect of psychological distress on physician utilization: a prospective study. *J Health Soc Behav* 1976; 17: 353-364. En: FORD C V: *The somatizing disorders*. New York, Elsevier North Holland Inc. 1983.
225. THEANDER S: Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiat Scand* 1970; suppl 214. En: KATON W, KLEINMAN A: *Depression and somatization. I. A review*. *Am J Med* 1982; 72: 127-135.
226. THOMPSON W: Statistical Criteria in the Interpretation of Epidemiologic Data. *AJPH* 1987; 77: 191-194.
227. TOOLAN J M: Therapy of depressed and suicidal children. *Am J Psychother* 1978; 32: 243-251.
228. TOOULI J: Sphincter of Oddi motility. *Br J Surg* 1984; 71: 251-256. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
229. TOTMAN R, KIFF J: Predicting experimental colds in volunteers from different measures of recent life stress. *J Psychosom Res* 1980; 24: 155-163.
230. TURK D & SALOVEY P: Chronic pain as a variant of depressive disease: a critical reappraisal. *J Nerv Ment Dis* 1984; 172: 398-404.

231. TYRER P, FOWLER D R: The justification for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *J Psychosom Res* 1990; in press. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
232. TYRER P: *The role of bodily feelings in anxiety*. London. Oxford University Press. 1976. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
233. VAILLANT G: The disadvantages of the DSM III outweigh its advantages. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 542-545.
234. VAILLANT G: What is a case?. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 313 - 319.
235. VERWOERDT A: Clinical geropsychiatry. Baltimore. Williams & Wilkins. 1976. En: KATON W. Depression and somatization. II. *Am J Med* 1982; 72: 241-247.
236. VON KNORRING L: Pain as a symptom in depressive disorders. I. Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology. *Pain* 1983; 15: 19-26.
237. VON KORFF M, SHAPIRO S, BURKE J: Anxiety and depression in a primary care clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and practitioner assessments. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 152 - 156.
238. WALDRON I: Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality. Issues and evidence. *Soc Sci and Med* 1983; 17: 1107-1123. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
239. WARWICK H M & SALKOVSKIS P M: Hypochondriasis, in *Cognitive Therapy: a clinical casebook*. Croom Helm, London. Eds. Scott J, Williams J M & Beck A T). 1988. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
240. WARWICK H & SALKOVSKIS P M: Cognitive therapy of hypochondriasis, in *Cognitive Therapy in Clinical Practice*. Croom Helm, London. Eds. Scott, J Williams J & Beck A. 1989. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
241. WARWICK H & SALKOVSKIS P M: Hypochondriasis. *Behav Res and Therapy* 1990; 28: 105-117. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.
242. WEISMAN A D: Coping with illness. In: HACKETT T P, CASSEM H N: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry*. St Louis. C V Mosby. 1986. Cap 15: p. 297.
243. WHITEHEAD W E, DRESHER V M: Perception of gastric contractions and selfcontrol of gastric motility. *Psychophysiology* 1980; 552-558. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.

244. WIDMER R B, CADORET R J: Depression in primary care. Changes in pattern of patient visits and complaints during a developing depression. *J Fam Pract* 1978; 7: 293-302. En: KIRMAYER L, ROBBINS J: Three forms of Somatization In Primary Care: Prevalence, Co - occurrence, and Sociodemographic Characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647 - 655.

245. WILLIAM J R, BAREFOOT J C: *Health consequences of hostility, in Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*. Washington D.C. Edited by Chesney M A, Rosenman R H. Hemisphere Publishing Corporation. 1985 pp 173-185. En: KELLNER R: *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, London. American Psychiatric Press, Inc, 1991.

246. WILLIAMS J & SPITZER: Ideopathic pain disorder: a critique of pain prone disorder and a proposal for a revision of the DSM III category, psychogenic pain disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 415-419. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.

247. WOODRUFF R, CLAYTON P: Hysteria: studies of diagnosis, outcome, and prevalence. *J Am Med Assoc* 1971; 215: 415-428. En: BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1990.

248. ZBOROWSKI: Cultural components in responses to pain. *J Soc Issues* 1952; 8: 16-30. En: MECHANIC D: *Medical Sociology*. New York: The Free Press 1968.

249. ZOCCOLILLO M, CLONINGER R: Somatization disorder: psychologic symptoms, social disability, and diagnosis. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 65-73.

TABLA 1**LOS CRITERIOS PARA HISTERIA DE PERLEY-GUZE****GRUPO 1**

Dolor de cabeza
Enfermo la mayor parte de la vida

GRUPO 2

Ceguera
Parálisis
Anestesia
Afonía
Desmayos o convulsiones
Inconsciencia
Amnesia
Sordera
Alucinaciones
Retención urinaria
Ataxia
Otros síntomas conversivos

GRUPO 3

Fatiga
Nudo en la garganta
Desvanecimientos
Visión borrosa
Debilidad
Disuria

GRUPO 4

Dificultad para respirar
Palpitaciones
Crisis de angustia
Dolor precordial
Mareo

GRUPO 5

Anorexia
Pérdida de peso
Fluctuaciones marcadas en el peso
Náusea
Inflamación abdominal
Intolerancia a los alimentos
Diarrea
Estreñimiento

GRUPO 6

Dolor abdominal
Vómito

GRUPO 7

Dismenorrea
Irregularidades menstruales
Amenorrea
Sangrado excesivo

GRUPO 8

Indiferencia sexual
Frigidez
Dispareunia
Otras dificultades sexuales
Vómitos durante los 9 meses del embarazo u hospitalizada por hiperemesis gravídica

GRUPO 9

Dolor de espalda
Dolor en las articulaciones
Dolor en las extremidades
Dolor ardoroso en los órganos sexuales, la boca o el recto
Otros dolores corporales

GRUPO 10

Nerviosismo
Sentimientos depresivos
Necesidad de dejar el trabajo o incapacidad para llevar a cabo actividades regulares debido al sentimiento de enfermedad
Llanto fácil
Sentir la vida sin esperanza
Pensar mucho en la muerte
Desear morir
Pensamientos de suicidio
Intentos de suicidio

Tabla 4

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG

AREAS SINTOMATOLOGICAS

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 |
|--------------------|---------------|---------------|
| | Area | Area |
| 1 | A | SS |
| 2 | A | SS |
| 3 | A | SS |
| 4 | A | SS |
| 5 | A | SS |
| 6 | A | SS |
| 7 | A | |
| 8 | B | |
| 9 | B | SS |
| 10 | B | |
| 11 | C | |
| 12 | C | |
| 13 | C | |
| 14 | C | |
| 15 | C | ANS |
| 16 | C | |
| 17 | C | |
| 18 | C | ANS |
| 19 | C | |
| 20 | C | |
| 21 | D | SOC |
| 22 | D | SOC |

Tabla 4 cont.

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 |
|--------------------|---------------|---------------|
| | Area | Area |
| 22 | D | SOC |
| 23 | D | |
| 24 | D | |
| 25 | D | |
| 26 | D | |
| 27 | D | |
| 28 | D | SOC |
| 29 | D | |
| 30 | D | SOC |
| 31 | E | |
| 32 | E | |
| 33 | E | |
| 34 | E | |
| 35 | F | SOC |
| 36 | F | SOC |
| 37 | F | |
| 38 | F | |
| 39 | F | ANS |
| 40 | F | |
| 41 | F | |
| 42 | F | SOC |
| 43 | F | |

Tabla 4 cont.

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 |
|--------------------|---------------|---------------|
| | Area | Area |
| 44 | F | ANS |
| 45 | F | ANS |
| 46 | F | |
| 47 | F | ANS |
| 48 | F | |
| 49 | G | |
| 50 | G | |
| 51 | G | DEP |
| 52 | G | DEP |
| 53 | G | |
| 54 | G | |
| 55 | G | ANS |
| 56 | G | DEP |
| 57 | G | DEP |
| 58 | G | DEP |
| 59 | G | DEP |
| 60 | G | DEP |

AREAS:

- A = Salud general y sistema nervioso central
- B = Cardiovascular, Neuromuscular y Gastrointestinal
- C = Sueño e insomnio
- D = Conducta observable - personal
- E = Conducta observable - relaciones interpersonales
- F = Sentimientos subjetivos - inadecuación, tensión, humor
- G = Sentimientos subjetivos - depresión y ansiedad
- SS = Area de síntomas somáticos
- ANS = Area de ansiedad
- SOC = Area social
- DEP = Area de Depresión

Tabla 5

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA Y EFICIENCIA DE LA C.E.D.

| DSM-III | CED | CHI. | | SENSIBILIDAD % | ESPECIFICIDAD % | K | Y | % V.P.P. | % BAYES' |
|------------------------------|-----|------|-----|----------------|-----------------|--------|------|----------|----------|
| | | + | - | | | | | | |
| EPISODIO DEPRESIVO MAYOR | | 24 | 5 | 40 | 94 | .37(-) | .53 | 83 | 27 |
| | | 36 | 81 | | | | | | |
| DISTIMIA | | 9 | 9 | 23 | 92 | .17(-) | .28 | 50 | 8.2 |
| | | 31 | 97 | | | | | | |
| EPISODIO MANIACO | | 1 | 5 | 8 | 96 | .06 | .21 | 17 | 1.8 |
| | | 11 | 30 | | | | | | |
| OBSESIVO-COMPULSIVO | | 9 | 17 | 50 | 87 | .31 | .44 | 35 | 9 |
| | | 9 | 110 | | | | | | |
| PANICO | | 4 | 3 | 22 | 98 | .27(-) | .55 | 57 | 13 |
| | | 14 | 125 | | | | | | |
| AGORAFOBIA | | 16 | 21 | 53 | 80 | .30 | .37 | 41 | 14 |
| | | 14 | 94 | | | | | | |
| FOBIA SIMPLE | | 23 | 18 | 53 | 83 | .37 | .40 | 56 | 29 |
| | | 20 | 85 | | | | | | |
| FOBIA SOCIAL | | 2 | 12 | 8 | 90 | -.02 | -.05 | 14 | - |
| | | 22 | 108 | | | | | | |
| FOBIAS | | 33 | 19 | 56 | 78 | .34 | .35 | 63 | 28 |
| | | 26 | 66 | | | | | | |
| SOMATIZACION | | 3 | 3 | 14 | 98 | .16(-) | .43 | 50 | 0.7 |
| | | 19 | 118 | | | | | | |
| ESQUITZOFRENIA | | 8 | 17 | 38 | 86 | .22 | .32 | 32 | 4 |
| | | 13 | 105 | | | | | | |
| PERSONALIDAD ANTISOCIAL | | 6 | 1 | 50 | 99 | .60(-) | .81 | 86 | 57 |
| | | 6 | 88 | | | | | | |
| ABUSO/DEPENDENCIA AL ALCOHOL | | 24 | 8 | 63 | 92 | .59 | .63 | 75 | 55 |
| | | 14 | 89 | | | | | | |
| ABUSO/DEPENDENCIA DE DROGAS | | 11 | 1 | 38 | 99 | .46 | .79 | 92 | 44 |
| | | 18 | 119 | | | | | | |

(-) CED Casos negativos subdiagnosticados en relación al clínico (McNemar $\chi^2 \geq 3.84$; $p < .05$)

Fuente: Caraveo, A.J.; González, F.C.; Ramos, L.L.: Validez concurrente del DTS en México.

Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1989.

Tabla 6

**RESULTADOS DE LA CEDULA DE ENTREVISTA DIAGNOSTICA EN TRES GRUPOS DE PACIENTES
PSIQUIATRICOS HISPANOS**

| DIAGNOSTICO | SENSIBILIDAD | | | ESPECIFICIDAD | | | KAPPA | | |
|--------------------------------|--------------|---------|--------------------------------|---------------|---------|--------------------------------|---------|----------------------|----------------------|
| | L.A. | P.R. | MEX | L.A. | P.R. | MEX | L.A. | P.R. | MEX |
| ESQUIZOFRENIA | .47 | .62 | .38 (.43) | .90 | .80 | .86 | .32 | .29 | .22 (.26) |
| DEPRESION MAYOR | .55 | .56 | .40 | .86 | .74 | .94 | .36 | .26 | .37 |
| MANIA | .30 | .50 | .08 (.65) | .94 | .92 | .96 | .23 | .37 | .06 |
| DISTIMIA | .40 | .31 | .23 | .69 | .94 | .92 | .10 | .30 (.46) | .17 |
| PANICO | .25 | .54 | .22 (.61) | .88 | .92 | .98 | .14 | .49 | .27 |
| OBSESIVO-COMPULSIVO | .20 | .69 | .50 (.80) | .87 | .79 | .87 | .05 | .23 | .31 (.82) |
| AGORAFOBIA | .63 | .80 | .53 (.80) | .75 | .77 | .80 | .32 | .52 | .30 (.65) |
| FOBIA SIMPLE | .61 | .71 | .53 (.40) | .76 | .70 | .83 | .27 | .35 | .37 (.80) |
| FOBIA SOCIAL | .50 | .65 | .08 | .89 | .90 | .90 | .32 | .50 | -.02 (.18) |
| ABUSO/DEPENDENCIA AL ALCOHOL | .88 | - | .63 | .82 | - | .92 | .56 | - | .59 |
| ABUSO/DEPENDENCIA A LAS DROGAS | .64 | - | .38 | 1.0 | - | .99 | .75 | - | .46 |
| PERSONALIDAD ANTISOCIAL | 1.0 | - | .50 | .95 | - | .99 | .58 | - | .60 |
| SOMATIZACION | - | .33 | .14 | - | .97 | .98 | - | .36 | .16 |
| \bar{X} | .54±.24 | .57±.16 | .35±.19 (.61±.12) (.41±.21) | .86±.10 | .85±.10 | .92±.06 (.83±.09) (.90±.10) | .33±.07 | .37±.10 (.38±.11) | .30±.19 (.32±.16) |

Fuente: Careveo, A.J.; González, F.C.; Ramos, L.L.: Validez concurrente del DIS en México
Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1989.

Tabla 7

ACUERDO DIAGNOSTICO ENTRE LEGOS Y PSIQUIATRAS SEGUN ORDEN DE ENTREVISTADORES

| DIAGNOSTICO | LEGO-PSIQUIATRA DIS-P | | | | | | PSIQUIATRA-LEGO DIS-P | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----|--------|--------|--------|-----|--------------------------|----|-----|------|-----|-----|
| | DIS-L | | K | Y | S | E | DIS-L | | K | Y | S | E |
| DISFUNCION PSICOSEXUAL | 25 | 6 | | 20 | 6 | | | | | | | |
| | 2 | 19 | .69 | .73 | .71 | .76 | 3 | 16 | .60 | .62 | .87 | .73 |
| DAÑO ORGANICO DIS-m | 5 | 1 | | | | | 3 | 1 | | | | |
| | 0 | 19 | .88* | .82 | 1.0** | .95 | 2 | 16 | .58 | .66 | .60 | .94 |
| PERSONALIDAD ANTISOCIAL DIS-m | 2 | 1 | | | | | 3 | 0 | | | | |
| | 1 | 21 | .62 | .73 | .67 | .96 | 1 | 18 | .65 | .76 | .75 | 1.0 |
| ABUSO/DEP AL. ALCOHOL | 4 | 0 | | | | | 1 | 0 | | | | |
| | 1 | 20 | .86 | .80 | .80 | 1.0 | 21 | 0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| DEPRESION MAYOR | 5 | 3 | | | | | 3 | 0 | | | | |
| | 0 | 19 | .70*** | .69** | 1.0*** | .86 | 6 | 14 | .20 | .36- | .33 | 1.0 |
| DISTIMIA | 3 | 0 | | | | | 0 | 1 | | | | |
| | 6 | 18 | .40 | .41- | .33 | 1.0 | 4 | 18 | - | - | 0 | .95 |
| DEPRESION/DISTIMIA | 9 | 1 | | | | | 4 | 0 | | | | |
| | 1 | 16 | .84*** | .85*** | .90*** | .94 | 7 | 12 | .21 | .37 | .36 | 1.0 |

(-) DIS-L Subdiagnóstico en relación a DIS-P (Prueba de Mc Nemar)

* P < .05
 ** P < .01
 *** P < .001

Fuente: DIS: Validez de procedimiento y adaptaciones al instrumento. Experiencia en México. González FC, Caraveo AJ y cols. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1990.

Tabla 8

MUESTRA

$$n = \frac{N pq}{(N-1) D + pq}$$

$$q = 1 - p$$

$$D = \frac{B^2}{4}$$

$$\frac{p}{q} = \text{variabilidad}$$

B = error máximo aceptado (nivel de precisión)

Scheaffer, Mendenhall: Elementos de Muestreo.
México, Grupo Editorial Iberoamericana 1986.

Tabla 9

PROBLEMA PRINCIPAL POR EL QUE BUSCARON LA 1a. AYUDA EN EL CENTRO DE SALUD Y EL HOSPITAL

| VARIABLES | CENTRO DE SALUD | | HOSPITAL | |
|------------------------------------|-----------------|----|----------|----|
| | F | % | F | % |
| RELACION CON ANSIEDAD | 9 | 14 | 10 | 13 |
| RELACION CON DEPRESION | 5 | 8 | 11 | 15 |
| SINTOMAS NEUROTICOS | 1 | 1 | 12 | 16 |
| ATAQUES | - | - | 6 | 8 |
| COMPORTAMIENTO ALTERADO O VIOLENTO | 11 | 17 | 6 | 8 |
| SINTOMAS PSICOTICOS | 1 | 1 | 2 | 3 |
| SINTOMAS SOMATICOS | 21 | 32 | 13 | 17 |
| ALTERACION DEL DESARROLLO | 14 | 21 | 3 | 4 |

Fuente: Caraveo J: Puntos en el camino a la atención médica. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.

Tabla 10

| VARIABLES | | |
|--|--|---------------------|
| INDEPENDIENTES | INTERVINIENTES | DEPENDIENTE |
| <p>SEXO</p> <p>EDAD</p> <p>TIPO DE VIVIENDA</p> <p>ESCOLARIDAD</p> | <p>TRASTORNO POR SOMATIZACION</p> <p>TRASTORNO POR DOLOR SOMATOFORME</p> <p>DEPRESION MAYOR</p> <p>DISTIMIA</p> <p>TRASTORNO POR ANGUSTIA</p> <p>TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA</p> <p>TRASTORNOS FOBICOS</p> <p>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</p> <p>ABUSO / DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS</p> | <p>SOMATIZACION</p> |

Tabla 11

VALIDEZ DE CRITERIO O CONCURRENTE

| Distribución por diagnóstico (CIDI) y prueba de tamizaje (CGS) | | | |
|--|----------|----------|-------|
| CGS | CIDI | | Total |
| | Positiva | Negativa | |
| Positiva | a | b | a + b |
| Negativa | c | d | c + d |
| Total | a + c | b + d | N |

| Distribución por diagnóstico (CIDI) y prueba de tamizaje (DIS abreviado) | | | |
|--|----------|----------|-------|
| DIS abr. | CIDI | | Total |
| | Positiva | Negativa | |
| Positiva | a | b | a + b |
| Negativa | c | d | c + d |
| Total | a + c | b + d | N |

Tabla 12

| Definición de términos | | | |
|-------------------------------|---|---------------|---------|
| Término | Definición | Cómputo | Símbolo |
| Sensibilidad | Verdaderos + / Todos Dx | $a / (a + c)$ | x |
| Especificidad | Verdaderos - / Todos no Dx | $d / (b + d)$ | y |
| Falsos positivos | Falsos + / Todos no Dx | $b / (b + d)$ | $1 - y$ |
| Falsos negativos | Falsos - / Todos Dx | $c / (a + c)$ | $1 - x$ |
| Valor predictivo positivo | Verdaderos + / Todos + | $a / (a + b)$ | VPP |
| Valor predictivo negativo | Verdaderos - / Todos - | $d / (c + d)$ | VPN |
| Exactitud | Resultados verdaderos / Total de pruebas | $(a + d) / N$ | ... |
| Prevalencia | Total de diagnosticados / Total de sujetos | $(a + c) / N$ | P |
| Proporción de "sanos" | Total de no diagnosticados / Total de sujetos | $(b + d) / N$ | $1 - p$ |
| Tasa de clasificación errónea | (Falsos +) + (Falsos -) / Total de sujetos | $(c + b) / N$ | ... |

Tabla 13

Efectos de la secuencia de las pruebas seriadas:

A → B vs B → A

Número de pacientes estudiados 1 000
 Número de pacientes con la enfermedad 200
 (20 % de prevalencia)

Sensibilidad y especificidad de las pruebas

| Prueba | Sensibilidad | Especificidad |
|--------|--------------|---------------|
| A | 80 | 90 |
| B | 90 | 80 |

Secuencia de las pruebas

Iniciando con A

Iniciando con B

Casos

Casos

| | | | | |
|---|---|-----|-----|------|
| | | + | - | |
| A | + | 160 | 80 | 240 |
| | - | 40 | 720 | 760 |
| | | 200 | 800 | 1000 |

| | | | | |
|---|---|-----|-----|------|
| | | + | - | |
| B | + | 180 | 160 | 340 |
| | - | 20 | 640 | 660 |
| | | 200 | 800 | 1000 |

240 pacientes a quienes se aplica la prueba B

340 pacientes a quienes se aplica la prueba A

Casos

Casos

| | | | | |
|---|---|-----|----|-----|
| | | + | - | |
| B | + | 144 | 16 | 160 |
| | - | 16 | 64 | 80 |
| | | 160 | 80 | 240 |

| | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|
| | | + | - | |
| A | + | 144 | 16 | 160 |
| | - | 46 | 144 | 180 |
| | | 180 | 160 | 340 |

Tabla 14

Cuantificar la consistencia interna: el coeficiente de confiabilidad

Objetivo: Valorar la confiabilidad de un índice de tres ítems para medir somatización. Los ítems son dicotómicos.

- Items: a. Se ha sentido bien y con buena salud?
 b. Ha sentido la necesidad de tomar vitaminas?
 c. Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

Codificación: 0 = No 1 = Sí

Índice: La calificación total (S) para cada sujeto es la suma de los valores de los ítems mencionados.

Datos: n = 6, k = 3

| Sujeto | Item | | | S |
|--------|------|-----|-----|---|
| | a | b | c | |
| 1 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 3 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Pi | 3/6 | 2/6 | 3/6 | |

Coeficiente alfa (alfa de Cronbach)

$$r_{kk} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k V_i}{V_S} \right)$$

dónde V_i = varianza del ítem i-th ($i = 1 \dots k$)

$$V_S = \text{varianza total del índice} = \frac{\sum (S - \bar{S})^2}{n-1}$$

$\bar{S} = \sum S/n$ = promedio de la calificación para todos los sujetos.

Tabla 15

Características Sociodemográficas

Datos Generales

N = 80

| | N | % | \bar{X} | D.E. | Min | Max |
|--|----|-------|-----------|---------|-----|-----|
| Sexo | | | | | | |
| Femenino | 67 | 83.8 | | | | |
| Masculino | 13 | 16.3 | | | | |
| Edad | | | | | | |
| < 25 años | 16 | 20.0 | | | | |
| 25 - 40 años | 29 | 36.25 | 37.74 | + 12.71 | 16 | 65 |
| 41 - 60 años | 32 | 40 | | | | |
| > 60 años | 3 | 3.75 | | | | |
| Tratamiento psiquiátrico en los últimos 6 meses | | | | | | |
| SI | 14 | 17.5 | | | | |
| NO | 66 | 82.5 | | | | |
| Estado Civil | | | | | | |
| Soltero | 18 | 22.5 | | | | |
| Casado | 43 | 53.8 | | | | |
| Unión libre | 10 | 12.5 | | | | |
| Viudo/separado | 9 | 11.3 | | | | |
| ¿Fue el entrevistado el jefe de familia? | | | | | | |
| SI | 23 | 28.8 | | | | |
| NO | 57 | 71.3 | | | | |

Tabla 16

Características Sociodemográficas

Escolaridad
(0 - 7 años)

N = 80

| | N | % | \bar{X} | D.E. |
|------------------------|----|------|-----------|--------|
| Padre | | | | |
| Ninguno | 36 | 42.5 | | |
| 1 - 3 | 23 | 28.8 | 2.61 | + 2.84 |
| 4 - 7 | 18 | 22.6 | | |
| No sabe | 5 | 6.3 | | |
| Madre | | | | |
| Ninguno | 35 | 43.8 | | |
| 1 - 3 | 21 | 25.1 | 2.46 | + 2.64 |
| 4 - 7 | 23 | 28.9 | | |
| No sabe | 2 | 2.5 | | |
| Esposo | | | | |
| Ninguno | 24 | 30.0 | | |
| 1 - 3 | 24 | 30.0 | 3.21 | + 2.55 |
| 4 - 7 | 32 | 40.0 | | |
| Jefe de familia | | | | |
| Ninguno | 9 | 11.3 | | |
| 1 - 3 | 24 | 30.0 | 4.30 | + 2.32 |
| 4 - 7 | 45 | 56.4 | | |
| No sabe | 2 | 2.5 | | |
| Entrevistado | | | | |
| Ninguno | 9 | 11.3 | | |
| 1 - 3 | 31 | 38.8 | 3.86 | + 2.21 |
| 4 - 7 | 40 | 50.2 | | |

Tabla 17

Características Sociodemográficas
Nivel de Escolaridad
N = 80

| | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Padre | | |
| Ninguno | 25 | 31.3 |
| Lee y escribe | 13 | 16.3 |
| Educación especial | 1 | 1.3 |
| Primaria | 29 | 36.3 |
| Secundaria | 2 | 2.5 |
| Técnico postsecundaria | 1 | 1.3 |
| Preparatoria | 2 | 2.5 |
| Licenciatura | 3 | 3.8 |
| No sabe | 4 | 5.0 |
| Madre | | |
| Ninguno | 26 | 35.5 |
| Lee y escribe | 11 | 13.8 |
| Educación especial | 1 | 1.3 |
| Primaria | 36 | 45.0 |
| Técnico postprimaria | 2 | 2.5 |
| Secundaria | 1 | 1.3 |
| Técnico postsecundaria | 1 | 1.3 |
| Licenciatura | 2 | 2.5 |
| Esposo | | |
| Ninguno | 23 | 28.8 |
| Lee y escribe | 2 | 2.5 |
| Primaria | 40 | 50.0 |
| Secundaria | 8 | 10.0 |
| Técnico postsecundaria | 1 | 1.3 |
| Preparatoria | 4 | 5.0 |
| Licenciatura | 2 | 2.5 |
| Jefe de familia | | |
| Ninguno | 8 | 10.0 |
| Lee y escribe | 3 | 3.8 |
| Primaria | 46 | 57.5 |
| Técnico postprimaria | 1 | 1.3 |
| Secundaria | 8 | 10.0 |
| Técnico postsecundaria | 4 | 5.0 |
| Preparatoria | 7 | 8.8 |
| Licenciatura | 3 | 3.8 |
| Entrevistado | | |
| Ninguno | 7 | 8.8 |
| Lee y escribe | 2 | 2.5 |
| Primaria | 48 | 60.0 |
| Técnico postprimaria | 1 | 1.3 |
| Secundaria | 13 | 16.3 |
| Técnico postsecundaria | 3 | 3.8 |
| Preparatoria | 5 | 6.3 |
| Licenciatura | 1 | 1.3 |

Tabla 18

Características Sociodemográficas

Ocupación

N = 80

| | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Entrevistado | | |
| Maestro | 1 | 1.3 |
| Prop. pequeño comercio | 2 | 2.5 |
| Empleado | 4 | 5.0 |
| Obrero calificado | 1 | 1.3 |
| Obrero no calificado | 20 | 25.0 |
| Campesino | 1 | 1.3 |
| Subempleado | 5 | 6.3 |
| Estudiante | 5 | 6.3 |
| Ama de casa | 29 | 36.3 |
| Jubilado | 1 | 1.3 |
| Incapacitado | 5 | 6.3 |
| No trabaja | 6 | 7.5 |
| Jefe de familia | | |
| Maestro | 1 | 1.3 |
| Prop. pequeño comercio | 4 | 5.0 |
| Empleado | 9 | 11.3 |
| Obrero calificado | 13 | 16.3 |
| Obrero no calificado | 39 | 48.8 |
| Artesano | 1 | 1.3 |
| Campesino | 2 | 2.5 |
| Subempleado | 4 | 5.0 |
| Jubilado | 3 | 3.8 |
| Incapacitado | 1 | 1.3 |
| No trabaja | 3 | 3.8 |

Tabla 19

| Características Sociodemográficas | | | |
|--|-----------------------|----|------|
| Ocupación | | | |
| N = 80 | | | |
| | | N | % |
| ¿Trabajó en los últimos 30 días? | | | |
| Entrevistado | | | |
| | SI | 33 | 41.3 |
| | NO | 47 | 58.8 |
| Jefe de familia | | | |
| | SI | 74 | 92.5 |
| | NO | 6 | 7.5 |
| Causa por la cual no trabajó entrevistado | | | |
| | Busca trabajo | 3 | 3.8 |
| | Se dedica al hogar | 30 | 37.5 |
| | Estudia | 5 | 6.3 |
| | Incapacitado | 2 | 2.5 |
| | Otros inactivos | 6 | 7.5 |
| | Problemas del trabajo | 1 | 1.3 |
| Causa por la cual no trabajó el jefe de familia | | | |
| | Jubilado | 3 | 3.8 |
| | Incapacitado | 1 | 1.3 |
| | Otros inactivos | 1 | 1.3 |
| | Problemas del trabajo | 1 | 1.3 |

Tabla 20

Características Sociodemográficas
Vivienda
N = 80

| | N | % | X | D.E. | Min | Max |
|-----------------------------|----|------|------|--------|-----|-----|
| Material de vivienda | | | | | | |
| Lámina | 3 | 3.8 | | | | |
| Carrizo | 2 | 2.5 | | | | |
| Madera | 2 | 2.5 | | | | |
| Adobe | 5 | 6.3 | | | | |
| Tabique | 68 | 85.0 | | | | |
| Material del piso | | | | | | |
| Tierra | 4 | 5.0 | | | | |
| Cemento | 67 | 83.8 | | | | |
| Mosaico | 9 | 11.3 | | | | |
| Agua | | | | | | |
| Dentro | 61 | 76.3 | | | | |
| Fuera | 12 | 15.0 | | | | |
| Llave pública | 2 | 2.5 | | | | |
| Sin entubar | 5 | 6.3 | | | | |
| Drenaje | | | | | | |
| Red pública | 54 | 67.5 | | | | |
| Fosa séptica | 8 | 10.0 | | | | |
| Otros | 2 | 2.5 | | | | |
| Hacia una barranca | 11 | 13.8 | | | | |
| Sin drenaje | 4 | 5.0 | | | | |
| No sabe | 1 | 1.3 | | | | |
| Excusado con agua | | | | | | |
| Excusado con agua | 70 | 87.5 | | | | |
| Letrina | 5 | 6.3 | | | | |
| Hoyo negro | 3 | 3.8 | | | | |
| Suelo | 2 | 2.5 | | | | |
| No. de cuartos | | | | | | |
| 1 | 19 | 23.8 | | | | |
| 2 | 27 | 33.8 | | | | |
| 3 | 19 | 23.8 | | | | |
| 4 | 9 | 11.3 | 2.56 | ± 1.51 | 1 | 8 |
| 5 | 2 | 2.5 | | | | |
| 6 | 1 | 1.3 | | | | |
| 7 | 1 | 1.3 | | | | |
| 8 | 2 | 2.5 | | | | |

Tabla 21

Características Sociodemográficas
 Vivienda
 N = 80

| | N | % | \bar{x} | D.E. | Min | Max |
|----------------------|----|------|-----------|-------|-----|-----|
| No. habitante / casa | | | | | | |
| 1 | 1 | 1.3 | | | | |
| 2 | 8 | 10.0 | | | | |
| 3 | 9 | 11.3 | | | | |
| 4 | 12 | 15.0 | | | | |
| 5 | 15 | 18.8 | | | | |
| 6 | 9 | 11.3 | 6.11 | +4.70 | 1 | 36 |
| 7 | 10 | 12.5 | | | | |
| 8 | 3 | 3.8 | | | | |
| 9 | 4 | 5.0 | | | | |
| 10 | 2 | 5.0 | | | | |
| 12 | 1 | 2.5 | | | | |
| 16 | 1 | 1.3 | | | | |
| 22 | 1 | 1.3 | | | | |
| 36 | 1 | 1.3 | | | | |

TABLA 22

**DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION
CON DOS DE SIETE SINTOMAS
VALORACION DE LA ENTREVISTA DE TRASTORNO POR SOMATIZACION POR SEPARADO**

| Punto de corte 1/2 | | | | Punto de corte 2/3 | | | |
|--|---------|---------|---------|----------------------|---------|---------|---------|
| D S M - III | | | | D S M - III | | | |
| | | Caso | No caso | | | Caso | No caso |
| Calif. Alta 2 + | 25 A | 18 B | 43 | Calif. Alta 2 + | 16 A | 6 B | 22 |
| Calif. Baja 0 - 1 | 8 C | 29 D | 37 | Calif. Baja 0 - 1 | 17 C | 41 D | 58 |
| | 33 | 47 | 80 | | 33 | 47 | 80 |
| Sensibilidad | | | 75.7% | | | | 48.4% |
| Especificidad | | | 61.7% | | | | 87.2% |
| Falsos positivos | | | 38.2% | | | | 12.7% |
| Falsos negativos | | | 24.2% | | | | 51.5% |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | | 58.1% | | | | 72.7% |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | | 78.3% | | | | 70.6% |
| Exactitud | | | 67.5% | | | | 71.2% |
| Prevalencia | | | 41.2% | | | | 41.2% |
| Proporción de "sanos" | | | 58.7% | | | | 58.7% |
| Tasa de error de clasificación | | | 32.5% | | | | 30 % |

TABLA 23

**DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION
CON DOS DE SIETE SINTOMAS
VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN SERIE**

| Punto de corte | | | | Punto de corte | | | |
|---|-------|----------------|----|----------------|----|------------------|--|
| CGS 9/10 | | Somatización 4 | | CGS 9/10 | | Somatización 2/3 | |
| D S M - III | | | | D S M - III | | | |
| Caso | | No caso | | Caso | | No caso | |
| Ambos positivos CGS + SOM | 22 | 15 | 37 | 15 | 6 | 21 | |
| | A | B | | A | B | | |
| Uno o los dos negativos | 11 | 32 | 43 | 18 | 41 | 59 | |
| | C | D | | C | D | | |
| | 33 | 47 | 80 | 33 | 47 | 80 | |
| Sensibilidad | 66.6% | | | 45.4% | | | |
| Especificidad | 68 % | | | 87.2% | | | |
| Falsos positivos | 31.9% | | | 12.7% | | | |
| Falsos negativos | 33.3% | | | 54.5% | | | |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | 59.4% | | | 71.4% | | | |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | 74.4% | | | 69.4% | | | |
| Exactitud | 67.5% | | | 70 % | | | |
| Prevalencia | 41.2% | | | 41.2% | | | |
| Proporción de "sanos" | 58.7% | | | 58.7% | | | |
| Tasa de error de clasificación | 32.5% | | | 30 % | | | |

Tabla 24

**DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION
CON DOS DE SIETE SINTOMAS
VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN SERIE**

| Punto de corte | | | | |
|---|----|------------------|---------|-------|
| CGS - 60 2/3 | | Somatización 1/2 | | |
| D S M - III | | | | |
| | | Caso | No caso | |
| Ambos positivos CGS + SOM | 25 | A | B | 42 |
| | 8 | C | D | |
| Uno o los dos negativos | 33 | 47 | 80 | |
| Sensibilidad | | | | 75.7% |
| Especificidad | | | | 63.8% |
| Falsos positivos | | | | 36.1% |
| Falsos negativos | | | | 24.2% |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | | | 59.5% |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | | | 78.9% |
| Exactitud | | | | 68.7% |
| Prevalencia | | | | 41.2% |
| Proporción de "sanos" | | | | 58.7% |
| Tasa de error de clasificación | | | | 31.2% |

TABLA 25

SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
 VALORACION DE LA ENTREVISTA DE TRASTORNO POR SOMATIZACION POR SEPARADO
 VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA DSM III R

| Punto de corte 4/5 | | | | Punto de corte 5/6 | | | |
|--|---------|---------|---------|----------------------|---------|---------|---------|
| D S M - III | | | | D S M - III | | | |
| | | Caso | No caso | | | Caso | No caso |
| Calif. Alta 5 + | 47 A | 7 B | 54 | Calif. Alta 6 + | 43 A | 7 B | 50 |
| Calif. Baja 0 - 4 | 16 C | 10 D | 26 | Calif. Baja 0 - 5 | 20 C | 10 D | 30 |
| | 63 | 17 | 80 | | 63 | 17 | 80 |
| Sensibilidad | 74 % | | | 68 % | | | |
| Especificidad | 58 % | | | 58 % | | | |
| Falsos positivos | 41 % | | | 41 % | | | |
| Falsos negativos | 25 % | | | 31 % | | | |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | 87 % | | | 86 % | | | |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | 38 % | | | 33 % | | | |
| Exactitud | 71.5% | | | 66 % | | | |
| Prevalencia | 78.7% | | | 78.7% | | | |
| Proporción de "sanos" | 21.2% | | | 21.2% | | | |
| Tasa de error de clasificación | 28.7% | | | 33.7% | | | |

TABLA 26

**SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
VALORACION DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD POR SEPARADO
VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA DSM III R**

| Punto de corte 9/10 | | | | Punto de corte 14/15 | | | | |
|--|---------|--------|---------|-----------------------|---------|---------|---------|--|
| D S M - III | | | | D S M - III | | | | |
| | | Caso | No caso | | | Caso | No caso | |
| Calif. Alta 10 + | 55 A | 9 B | 64 | Calif. Alta 15 + | 44 A | 7 B | 51 | |
| Calif. Baja 0 - 9 | 8 C | 8 D | 16 | Calif. Baja 0 - 14 | 19 C | 10 D | 29 | |
| | | 63 | 80 | | | 63 | 80 | |
| Sensibilidad | | | | 87.3% | 69.8% | | | |
| Especificidad | | | | 47 % | 58.8% | | | |
| Falsos positivos | | | | 52.9% | 41.1% | | | |
| Falsos negativos | | | | 12.6% | 30.1% | | | |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | | | 85 % | 86 % | | | |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | | | 50 % | 34 % | | | |
| Exactitud | | | | 78.7% | 67.5% | | | |
| Prevalencia | | | | 78.7% | 78.7% | | | |
| Proporción de "sanos" | | | | 21.2% | 21.2% | | | |
| Tasa de error de clasificación | | | | 21.2% | 32.5% | | | |

TABLA 27

**SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
VALORACION DE ENTREVISTA DE TRASTORNO POR SOMATIZACION POR SEPARADO
VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA CIE - 10**

| Punto de corte 4/5 | | | | Punto de corte 5/6 | | | |
|--|---------|--------|-------|----------------------|---------|--------|-------|
| C I E - 10 | | | | C I E - 10 | | | |
| Caso No caso | | | | Caso No caso | | | |
| Calif. Alta 5 + | 50 A | 4 B | 54 | Calif. Alta 6 + | 46 A | 4 B | 50 |
| Calif. Baja 0 - 4 | 19 C | 7 D | | Calif. Baja 0 - 5 | 23 C | 7 D | |
| | 69 | 11 | 80 | | 69 | 11 | 80 |
| Sensibilidad | | | 72.4% | | | | 66.6% |
| Especificidad | | | 63.6% | | | | 63.6% |
| Falsos positivos | | | 36.4% | | | | 36.3% |
| Falsos negativos | | | 27.6% | | | | 33.3% |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | | 92.5% | | | | 92 % |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | | 73 % | | | | 23 % |
| Exactitud | | | 71.2% | | | | 66.2% |
| Prevalencia | | | 86.2% | | | | 86.2% |
| Proporción de "sanos" | | | 13.7% | | | | 13.7% |
| Tasa de error de clasificación | | | 28.7% | | | | 33.7% |

TABLA 28

SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
 VALORACION DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD POR SEPARADO
 VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA CIE - 10

| Punto de corte 9/10 | | | | Punto de corte 14/15 | | | |
|--|---------|---------|----|-----------------------|---------|---------|----|
| C I E - 10 | | | | C I E - 10 | | | |
| Caso | | No caso | | Caso | | No caso | |
| Calif. Alta 6 + | 59 A | 5 B | 64 | Calif. Alta 15 + | 48 A | 3 B | 51 |
| Calif. Baja 0 - 9 | 10 C | 6 D | 16 | Calif. Baja 0 - 14 | 21 C | 8 D | 29 |
| | 69 | 11 | 80 | | 69 | 11 | 80 |
| Sensibilidad | 85.5% | | | 69.5% | | | |
| Especificidad | 54.5% | | | 72.7% | | | |
| Falsos positivos | 45.4% | | | 27.2% | | | |
| Falsos negativos | 14.4% | | | 30.4% | | | |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | 92 % | | | 94 % | | | |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | 37 % | | | 27 % | | | |
| Exactitud | 81.2% | | | 13.7% | | | |
| Prevalencia | 86.2% | | | 86.2% | | | |
| Proporción de "sanos" | 13.7% | | | 13.7% | | | |
| Tasa de error de clasificación | 18.7% | | | 30 % | | | |

Tabla 29

VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA DSM - III - R
Y EN EL SISTEMA CIE - 10

DSM - III - R

| | | Caso | No caso | |
|-------------|---------|---------|---------|----|
| C I E | CASO | 63 A | 6 B | 69 |
| | NO CASO | 0 C | 11 D | 11 |
| | | 63 | 17 | 80 |

| | |
|--|-------|
| Kappa | .73% |
| Sensibilidad | 100 % |
| Especificidad | 64.7% |
| Falsos positivos | 35.2% |
| Falsos negativos | 0 % |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | 91 % |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | 100 % |
| Exactitud | 92.5% |
| Prevalencia | 78.7% |
| Proporción de "sanos" | 21.2% |
| Tasa de error de clasificación | 7.5% |

Tabla 30

**SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN PARALELO
VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA DSM - III - R**

| Punto de corte | | | |
|---|-------------|------------------|-------|
| CGS - 60 9/10 | | Somatización 4/5 | |
| D S M - III | | | |
| | Caso | No caso | |
| Uno ó los dos positivos CGS + SOM | 58 A | 10 B | 68 |
| | 5 C | 7 D | |
| Ambos negativos | 63 | 17 | 80 |
| Sensibilidad | | | 92 % |
| Especificidad | | | 41 % |
| Falsos positivos | | | 58.8% |
| Falsos negativos | | | 7 % |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | | 85.2% |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | | 58.3% |
| Exactitud | | | 81.2% |
| Prevalencia | | | 78.7% |
| Proporción de "sanos" | | | 21.2% |
| Tasa de error de clasificación | | | 18.7% |

Tabla 31

**SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN PARALELO
VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA CIE - 10**

| Punto de corte | | | |
|---|-----------|------------------|---------|
| CGS - 60 9/10 | | Somatización 4/5 | |
| C I E - 10 | | | |
| | | Caso | No caso |
| Uno ó los dos positivos | CGS + SOM | 63 | 6 |
| | | A | B |
| | | 69 | 11 |
| Ambos negativos | | 6 | 5 |
| | | 69 | 11 |
| | | 80 | 80 |
| Sensibilidad | | 91.3% | |
| Especificidad | | 45.4% | |
| Falsos positivos | | 54.5% | |
| Falsos negativos | | 8 % | |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | 91.3% | |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | 54.4% | |
| Exactitud | | 85 % | |
| Prevalencia | | 86.2% | |
| Proporción de "sanos" | | 13.7% | |
| Tasa de error de clasificación | | 15 % | |

TABLA 32

SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
 VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN PARALELO
 VALORACION EN EL SISTEMA CIE - 10

| Punto de corte | | | | Punto de corte | | | | | |
|--|------------|------------------|---------|----------------|--------------------------------------|------------------|----|---------|----|
| CGS 9/10 | | Somatización 2/3 | | CGS 9/10 | | Somatización 5/6 | | | |
| Uno ó los dos positivos CGS + SOM | C I E - 10 | | | 75 | Uno ó los dos positivos CGS + SOM | C I E - 10 | | | |
| | Caso | | No caso | | | Caso | | No caso | |
| | 68 | 7 | 71 | | | 64 | 7 | 71 | |
| | A | B | | | | A | B | | |
| Ambos negativos | C I E - 10 | | | 5 | Ambos negativos | C I E - 10 | | | |
| | Caso | | No caso | | | Caso | | No caso | |
| | 1 | 4 | 5 | | | 5 | 4 | 9 | |
| | C | D | | | | C | D | | |
| | | 69 | 11 | 80 | | | 69 | 11 | 80 |
| Sensibilidad | | | | 98.5% | 92.7% | | | | |
| Especificidad | | | | 36.3% | 36.3% | | | | |
| Falsos positivos | | | | 63.6% | 63.6% | | | | |
| Falsos negativos | | | | 1 % | 7 % | | | | |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | | | 90.6% | 90.1% | | | | |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | | | 80 % | 44.4% | | | | |
| Exactitud | | | | 90 % | 85 % | | | | |
| Prevalencia | | | | 86.2% | 86.2% | | | | |
| Proporción de "sanos" | | | | 13.7% | 13.7% | | | | |
| Tasa de error de clasificación | | | | 10 % | 15 % | | | | |

TABLA 33

SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
 VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN PARALELO
 VALORACION EN EL SISTEMA CIE - 10

| Punto de corte | | | | Punto de corte | | | |
|--|-------|------------------|----|-------------------------|----|------------------|-------|
| CGS 14/15 | | Somatización 2/3 | | CGS 14/15 | | Somatización 3/4 | |
| C I E - 10 | | | | C I E - 10 | | | |
| Caso | | No caso | | Caso | | No caso | |
| Uno ó los dos positivos | 66 | 7 | 73 | Uno ó los dos positivos | 66 | 7 | 73 |
| CGS + SOM | A | B | | CGS + SOM | A | B | |
| | 3 | D | 7 | | 3 | D | 7 |
| Ambos negativos | 69 | 11 | 80 | Ambos negativos | 69 | 11 | 80 |
| Sensibilidad | 95.6% | | | 95.6% | | | 95.6% |
| Especificidad | 36.3% | | | 36.3% | | | 36.3% |
| Falsos positivos | 63.6% | | | 63.6% | | | 63.6% |
| Falsos negativos | 4 % | | | 4 % | | | 4 % |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | 90.4% | | | 90.4% | | | 90.4% |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | 57.1% | | | 57.1% | | | 57.1% |
| Exactitud | 87.5% | | | 87.5% | | | 87.5% |
| Prevalencia | 86.2% | | | 86.2% | | | 86.2% |
| Proporción de "sanos" | 13.7% | | | 13.7% | | | 13.7% |
| Tasa de error de clasificación | 12.5% | | | 12.5% | | | 12.5% |

Tabla 34

**SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN SERIE
VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA DSM - III - R**

| Punto de corte | |
|--|--------------------------------|
| CGS - 60 4/5 | Somatización 2/3 |
| D S M - III | |
| | Caso No caso |
| Ambos positivos | 55 8 |
| CGS + SOM | A B 63 |
| Uno o los dos negativos | 8 C D 9 17 |
| | 63 17 80 |
| Sensibilidad | 87.3% |
| Especificidad | 52.9% |
| Falsos positivos | 47 % |
| Falsos negativos | 12.6% |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | 87.3% |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | 52.9% |
| Exactitud | 80 % |
| Prevalencia | 78.7% |
| Proporción de "sanos" | 21.2% |
| Tasa de error de clasificación | 20 % |

Tabla 35

SOMATIZACION - CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG
 VALORACION DE LOS CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE EN SERIE
 VALORACION PSIQUIATRICA DEL CIDI EN EL SISTEMA CIE - 10

| Punto de corte | | | |
|--|---------|------------------|-------|
| CGS - 60 4/5 | | Somatización 2/3 | |
| C I E - 10 | | | |
| | Caso | No caso | |
| Ambos positivos | 57 A | 6 B | 63 |
| CGS + SOM | 12 C | 5 D | 17 |
| Uno o los dos negativos | 69 | 11 | 80 |
| Sensibilidad | | | 82.6% |
| Especificidad | | | 45.4% |
| Falsos positivos | | | 54.5% |
| Falsos negativos | | | 17.3% |
| Valor predictivo que una alta calificación sea caso | | | 90.4% |
| Valor predictivo que una calificación baja sea no caso | | | 29.4% |
| Exactitud | | | 77.5% |
| Prevalencia | | | 86.2% |
| Proporción de "sanos" | | | 13.7% |
| Tasa de error de clasificación | | | 22.5% |

Tabla 36

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG

AREAS SINTOMATOLOGICAS Y RAZON DE MOMIOS PARA DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION CON DOS O MAS DE SIETE SINTOMAS, DSM III - R

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 | RM |
|--------------------|---------------|---------------|-------------------|
| | Area | Area | |
| 1 | A | SS | 0.77 (0.28, 2.11) |
| 2 | A | SS | 0.53 (0.19, 1.43) |
| 3 | A | SS | 1.10 (0.41, 2.97) |
| 4 | A | SS | 0.89 (0.33, 2.40) |
| 5 | A | SS | 1.19 (0.44, 3.23) |
| 6 | A | SS | 2.08 (0.76, 5.70) |
| 7 | A | | 0.84 (0.31, 2.30) |
| 8 | B | | 1.34 (0.49, 3.66) |
| 9 | B | SS | 2.12 (0.78, 5.82) |
| 10 | B | | 2.11 (0.70, 6.44) |
| 11 | C | | 0.98 (0.37, 2.63) |
| 12 | C | | 1.54 (0.57, 4.18) |
| 13 | C | | 1.30 (0.47, 3.57) |
| 14 | C | | 1.52 (0.56, 4.12) |
| 15 | C | ANS | 1.52 (0.56, 4.12) |
| 16 | C | | 1.36 (0.49, 3.82) |
| 17 | C | | 1.52 (0.56, 4.12) |
| 18 | C | ANS | 1.19 (0.43, 3.24) |
| 19 | C | | 1.05 (0.38, 2.88) |
| 20 | C | | 0.96 (0.35, 2.62) |
| 21 | D | SOC | 1.84 (0.58, 5.87) |
| 22 | D | SOC | 0.65 (0.24, 1.75) |

Tabla 36 Cont.

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 | RM |
|--------------------|---------------|---------------|-------------------|
| | Area | Area | |
| 23 | D | | 0.73 (0.27, 1.97) |
| 24 | D | | 0.57 (0.20, 1.57) |
| 25 | D | | 0.68 (0.24, 1.88) |
| 26 | D | | 0.95 (0.35, 2.54) |
| 27 | D | | 1.74 (0.62, 4.90) |
| 28 | D | SOC | 2.41 (0.83, 7.11) |
| 29 | D | | 0.62 (0.22, 1.72) |
| 30 | D | SOC | 1.77 (0.65, 4.81) |
| 31 | E | | 0.88 (0.29, 2.64) |
| 32 | E | | 1.58 (0.49, 5.16) |
| 33 | E | | 1.09 (0.35, 3.35) |
| 34 | E | | 0.92 (0.33, 2.55) |
| 35 | F | SOC | 0.84 (0.29, 2.43) |
| 36 | F | SOC | 1.01 (0.36, 2.81) |
| 37 | F | | 0.68 (0.24, 1.88) |
| 38 | F | | 1.22 (0.43, 3.45) |
| 39 | F | ANS | 0.70 (0.25, 1.93) |
| 40 | F | | 1.68 (0.62, 4.56) |
| 41 | F | | 0.95 (0.35, 2.63) |
| 42 | F | SOC | 2.22 (0.80, 6.23) |
| 43 | F | | 3.28 (1.18, 9.30) |

Tabla 36 Cont.

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 | RM |
|--------------------|---------------|---------------|-------------------|
| | Area | Area | |
| 44 | F | ANS | 0.99 (0.36, 2.77) |
| 45 | F | ANS | 1.39 (0.51, 3.75) |
| 46 | F | | 2.11 (0.70, 6.44) |
| 47 | F | ANS | 0.90 (0.34, 2.41) |
| 48 | F | | 1.70 (0.60, 4.88) |
| 49 | G | | 0.82 (0.29, 2.32) |
| 50 | G | | 0.77 (0.28, 2.12) |
| 51 | G | DEP | 0.77 (0.27, 2.20) |
| 52 | G | DEP | 1.01 (0.36, 2.81) |
| 53 | G | | 1.11 (0.39, 3.11) |
| 54 | G | | 0.84 (0.31, 2.26) |
| 55 | G | ANS | 1.41 (0.52, 3.90) |
| 56 | G | DEP | 0.81 (0.29, 2.26) |
| 57 | G | DEP | 1.46 (0.49, 4.33) |
| 58 | G | DEP | 1.32 (0.49, 3.54) |
| 59 | G | DEP | 0.93 (0.32, 2.70) |
| 60 | G | DEP | 0.75 (0.24, 2.31) |

AREAS

- A = Salud General y Sistema Nervioso Central
- B = Cardiovascular, Neuromuscular y Gastrointestinal
- C = Sueño e Insomnio
- D = Conducta observable - Personal
- E = Conducta observable - Relaciones Interpersonales
- F = Sentimientos subjetivos - Inadecuación, Tensión, Humor
- G = Sentimientos subjetivos - Depresión y Ansiedad
- SS = Area de Síntomas Somáticas
- ANS = Area de Ansiedad
- SOC = Area Social
- DEP = Area de Depresión

Tabla 37

**ENTREVISTA DE TAMIZAJE DE TRASTORNO POR SOMATIZACION DMS III
LISTA DE SINTOMAS Y RAZON DE MOMIOS PARA DIAGNOSTICO
PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION CON DOS O MAS DE
SIETE SINTOMAS DSM III R.**

| SINTOMAS | RM |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. Mareos | 2.41 (0.83, 7.11) |
| 2. Sensación de estar enfermo | 1.93 (0.68, 5.50) |
| 3. Náusea | 1.49 (0.52, 4.32) |
| 4. Distensión abdominal | 2.11 (0.70, 6.44) |
| 5. Dolor durante el coito | 1.16 (0.21, 5.89) |
| 6. Dolor de espalda | 1.32 (0.49, 3.54) |
| 7. Dificultad para orinar | 1.44 (0.02, 115.2) |
| 8. Visión borrosa | 0.87 (0.20, 3.41) |
| 9. Pérdida de la consciencia | 2.25 (0.24, 28.15) |
| 10. Problemas sexuales | 0.93 (0.29, 2.93) |
| 11. Excesivas pérdidas menstruales | 0.84 (0.12, 4.71) |
| 12. Dolor de estómago | 1.58 (0.49, 5.16) |
| 13. Indiferencia sexual | 0.91 (0.34, 2.46) |
| 14. Nudo en la garganta | 4.60 (1.51, 14.47) |
| 15. Debilidad muscular | 3.08 (1.04, 9.25) |
| 16. Dolor articular | 1.35 (0.47, 3.85) |
| 17. Ardor en los órganos sexuales | 1.84 (0.48, 7.10) |
| 18. Pérdida de la voz | 2.97 (0.15, 178.8) |
| 19. Sordera | 6.34 (0.58, 319.09) |
| 20. Amnesia | 5 (0.80, 52.99) |
| 21. Palpitaciones | 2.78 (0.99, 7.91) |
| 22. Problemas en la marcha | 1.50 (0.31, 7.15) |
| 23. Dolor en otras partes del cuerpo | 3.15 (0.82, 13.23) |

Tabla 37 Cont.

| SINTOMAS | RM |
|-------------------------------------|---------------------|
| 24. Dolor en el pecho | 2.73 (0.92, 8.20) |
| 25. Menstruación dolorosa | 2.56 (0.71, 9.42) |
| 26. Desmayos | 2.89 (0.65, 14.64) |
| 27. Falta de aliento | 3.63 (1.29, 10.38) |
| 28. Parálisis | 3.10 (0.41, 35.86) |
| 29. Dolor en extremidades | 3.08 (1.04, 9.25) |
| 30. Visión doble | 1.84 (0.84, 7.10) |
| 31. Ceguera | 2.97 (0.15, 178.82) |
| 32. Intolerancia a alimentos | 0.75 (0.18, 2.85) |
| 33. Menstruación irregular | 1.31 (0.37, 4.64) |
| 34. Vómito durante todo el embarazo | 0.31 (0.03, 1.76) |
| 35. Vómito (no durante el embarazo) | 1.92 (0.37, 10.47) |
| 36. Convulsiones | 3.03 (-----) |
| 37. Diarrea | 2.69 (0.68, 11.52) |

Tabla 38

**CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD
DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION CON DOS ONAS DE SIETE
SINTOMAS, DSM III R.**

ITEMS QUE NO INCLUYEN EL VALOR NULO

| ITEM | RM |
|---|-------------------|
| 43. ¿Le parece todo más difícil? (F) | 3.28 (1.18, 9.30) |

ITEMS QUE INCLUYEN EL VALOR NULO

| | |
|--|-------------------|
| 6. ¿Ha tenido pesades en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar? (A - SS) | 2.08 (0.76, 5.70) |
| 9. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos? (B - SS) | 2.12 (0.78, 5.82) |
| 10. ¿Ha estado sudando mucho? (B) | 2.11 (0.70, 6.44) |
| 28. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien? (D - SOC) | 2.41 (0.83, 7.11) |
| 42. ¿Disfruta sus actividades diarias? (F - SOC) | 2.22 (0.80, 6.23) |
| 46. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas; adecuadamente? (F) | 2.11 (0.70, 6.44) |
| 21. ¿Se las ha ingeniado para mantenerse ocupado? (D - SOC) | 1.84 (0.58, 5.87) |
| 27. ¿Se desenvuelve tan bien como lo haría la mayoría de la gente en su caso? (D) | 1.74 (0.62, 4.90) |
| 30. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? (D - SOC) | 1.77 (0.65, 4.81) |
| 40. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas? (F) | 1.68 (0.62, 4.56) |
| 48. ¿Ha tenido la sensación de que la gente se le queda viendo? (F) | 1.70 (0.60, 4.88) |
| 12. ¿Al despertar se siente cansado? (C) | 1.54 (0.57, 4.18) |

Tabla 39

**ENTREVISTA DE TAMIZAJE DE TRASTORNO POR SOMATIZACION DSM III
DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION CON
DOS O MAS DE SIETE SINTOMAS**

ITEMS QUE NO INCLUYEN EL VALOR NULO

| ITEM | RM |
|---------------------------|--------------------|
| 14. Nudo en la garganta | 4.60 (1.51, 14.47) |
| 15. Debilidad muscular | 3.08 (1.04, 9.25) |
| 27. Falta de aliento | 3.63 (1.29, 10.38) |
| 29. Dolor en extremidades | 3.08 (1.04, 9.25) |

ITEMS QUE INCLUYEN EL VALOR NULO

| ITEM | RM |
|---------------------------|---------------------|
| 19. Sordera | 6.34 (0.58, 319.09) |
| 20. Amnesia | 5 (0.80, 52.99) |
| 23. Dolor en otras partes | 3.15 (0.82, 13.23) |
| 31. Ceguera | 2.97 (0.15, 178.82) |
| 24. Dolor en el pecho | 2.73 (0.92, 8.20) |
| 21. Palpitaciones | 2.78 (0.99, 7.91) |
| 18. Pérdida de la voz | 2.97 (0.15, 178.8) |
| 26. Desmayos | 2.89 (0.65, 14.64) |
| 25. Menstruación dolorosa | 2.56 (0.71, 9.42) |

Tabla 40

**ENTREVISTA DE TAMIZAJE DE TRASTORNO POR SOMATIZACION DSM III
DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION CON
DOS O MAS DE SIETE SINTOMAS**

**ITEMS PROPUESTOS EN EL DSM III R CON EL VALOR DE LA RM
OBTENIDA EN EL PRESENTE ESTUDIO**

| ITEM | RM |
|--|--------------------|
| Vómitos (no durante el embarazo) | 1.92 (0.37, 10.47) |
| Dolor en las extremidades | 3.08 (1.04, 9.25) |
| Falta de aliento (sin hacer esfuerzos) | 3.63 (1.29, 10.38) |
| Amnesia | 5 (0.80, 52.99) |
| Nudo en la garganta | 4.60 (1.51, 14.47) |
| Sensación de quemazón | 1.84 (0.48, 7.10) |
| Menstruación dolorosa | 2.56 (0.71, 9.42) |

Tabla 41

**CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD
DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION CON DOS OMAS DE SIETE
SINTOMAS, DSM III R.**

ITEMS PROPUESTOS:

| ITEM | RM |
|--|-------------------|
| 43. ¿Le parece todo más difícil? (F) | 3.28 (1.18, 9.30) |
| 28. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien? (D - SOC) | 2.41 (0.83, 7.11) |
| 42. ¿Disfruta sus actividades diarias? (F - SOC) | 2.22 (0.80, 6.23) |
| 9. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos? (B - SS) | 2.12 (0.78, 5.82) |
| 10. ¿Ha estado sudando mucho? (B) | 2.11 (0.70, 6.44) |
| 46. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente? (F) | 2.11 (0.70, 6.44) |
| 6. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar? (A - SS) | 2.08 (0.76, 5.70) |
| 30. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? (D - SOC) | 1.77 (0.65, 4.81) |
| 27. ¿Se desenvuelve tan bien como lo haría la mayoría de la gente en su caso? (D) | 1.74 (0.62, 4.90) |
| 40. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas? (F) | 1.68 (0.62, 4.56) |

AREAS

- A = Salud general y Sistema Nervioso Central
- B = Cardiovascular, Neuromuscular y Gastrointestinal
- C = Sueño e Insomnio
- D = Conducta observable - Personal
- E = Conducta observable - Relaciones Interpersonales
- F = Sentimientos subjetivos - Inadecuación, Tensión, Humor
- G = Sentimientos subjetivos - Depresión y Ansiedad
- SS = Area de Síntomas Somáticas
- ANS = Area de Ansiedad
- SOC = Area Social
- DEP = Area de Depresión

Tabla 42

ENTREVISTA DE TAMIZAJE DE TRASTORNO POR SOMATIZACION DSM III
 DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL DE TRASTORNO POR SOMATIZACION CON DOS O MAS DE SIETE
 SINTOMAS

ITEMS PARA EL CUESTIONARIO PROPUESTO

| ITEM | RM |
|--|---------------------|
| 19. ¿Alguna vez se ha quedado completamente sordo(a) por un periodo de tiempo? | 6.34 (0.58, 319.09) |
| 20. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de amnesia, es decir, un periodo de varias horas o días en que no podía recordar nada acerca de lo que había pasado durante ese tiempo? | 5 (0.80, 52.99) |
| 14. ¿Alguna vez ha tenido molestias por sentir como si tuviera un nudo en la garganta? | 4.60 (1.51, 14.47) |
| 28. ¿Algun vez ha estado paralizado(a), es decir, completamente incapacitado(a) para mover alguna parte de su cuerpo por unos minutos? | 3.10 (0.41, 35.86) |
| 27. ¿Alguna vez ha sentido que le faltaba el aire aunque no se estaba esforzando físicamente? | 3.63 (1.29, 10.38) |
| 29. ¿Alguna vez ha tenido dolor en los brazos o en las piernas aparte de las coyunturas? | 3.08 (1.04, 9.25) |
| 15. ¿Alguna vez le han molestado temporadas de debilidad, es decir, temporadas en que no podía levantar o mover cosas que normalmente podía levantar o mover? | 3.08 (1.04, 9.25) |
| 36. ¿Alguna vez ha tenido un ataque o convulsión de cualquier tipo después de los 12 años de edad, durante el cual perdió el conocimiento y su cuerpo se sacudía? | 3.03 (-----) |

Tabla 43

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG

AREAS SINTOMATOLOGICAS Y RAZON DE MOMIOS PARA SOMATIZACION DE
ACUERDO A LOS CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLBERG

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 | RM |
|--------------------|---------------|---------------|----------------------|
| | Area | Area | |
| 1 | A | SS | 1.55 (0.45, 5.21) |
| 2 | A | SS | 2.48 (0.70, 9.26) |
| 3 | A | SS | 4.17 (1.16, 16.81) |
| 4 | A | SS | 2.98 (0.86, 11.03) |
| 5 | A | SS | 5.65 (1.48, 26.06) |
| 6 | A | SS | 11.40 (2.27, 108.17) |
| 7 | A | | 1.96 (0.57, 6.68) |
| 8 | B | | 1.92 (0.54, 7.75) |
| 9 | B | SS | 8.25 (1.66, 78.48) |
| 10 | B | | 3.49 (0.69, 33.91) |
| 11 | C | | 4.06 (1.08, 18.70) |
| 12 | C | | 4.63 (1.22, 21.29) |
| 13 | C | | 3.73 (0.90, 21.92) |
| 14 | C | | 2.05 (0.58, 8.25) |
| 15 | C | ANS | 4.52 (1.09, 26.45) |
| 16 | C | | 3.07 (0.89, 10.89) |
| 17 | C | | 2.95 (0.79, 13.64) |
| 18 | C | ANS | 2.60 (0.69, 12.03) |
| 19 | C | | 2.44 (0.65, 11.30) |
| 20 | C | | 6.82 (1.37, 65.04) |
| 21 | D | SOC | 6.40 (0.85, 283.05) |
| 22 | D | SOC | 4.06 (1.08, 18.70) |

Tabla 43 Cont.

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 | RM |
|--------------------|---------------|---------------|----------------------|
| | Area | Area | |
| 23 | D | | 1.57 (0.47, 5.51) |
| 24 | D | | 4.24 (1.02, 24.85) |
| 25 | D | | 1.69 (0.48, 6.83) |
| 26 | D | | 2.48 (0.70, 9.96) |
| 27 | D | | 12 (1.63, 521.48) |
| 28 | D | SOC | ----- |
| 29 | D | | 3.98 (0.96, 23.34) |
| 30 | D | SOC | 9.38 (1.88, 89.06) |
| 31 | E | | 3.75 (0.75, 36.35) |
| 32 | E | | 5.91 (0.78, 262.31) |
| 33 | E | | 3.24 (0.64, 31.58) |
| 34 | E | | 3.50 (0.84, 20.58) |
| 35 | F | SOC | 1.74 (0.46, 8.18) |
| 36 | F | SOC | 2.14 (0.57, 9.95) |
| 37 | F | | 2.44 (0.65, 11.30) |
| 38 | F | | 2.87 (0.69, 16.99) |
| 39 | F | ANS | 3.07 (0.89, 10.89) |
| 40 | F | | 11.40 (2.27, 108.17) |
| 41 | F | | 1.55 (0.45, 5.21) |
| 42 | F | SOC | ----- |
| 43 | F | | 2.98 (0.86, 11.03) |

Tabla 43 Cont.

| Número de Reactivo | Goldberg 1972 | Goldberg 1979 | RM |
|--------------------|---------------|---------------|----------------------|
| | Area | Area | |
| 44 | F | ANS | 2.42 (0.70, 8.33) |
| 45 | F | ANS | 2.18 (0.62, 8.78) |
| 46 | F | | ----- |
| 47 | F | ANS | 3.00 (0.85, 12.05) |
| 48 | F | | 10.53 (1.42, 458.74) |
| 49 | G | | 2.81 (0.81, 9.76) |
| 50 | G | | 6.82 (1.37, 65.04) |
| 51 | G | DEP | 4.93 (0.99, 47.41) |
| 52 | G | DEP | 5.63 (1.13, 57.87) |
| 53 | G | | 5.27 (1.06, 50.55) |
| 54 | G | | 3.35 (0.89, 15.46) |
| 55 | G | ANS | 6.99 (1.81, 32.33) |
| 56 | G | DEP | 12.80 (1.73, 555.54) |
| 57 | G | DEP | ----- |
| 58 | G | DEP | 3.81 (1.01, 17.54) |
| 59 | G | DEP | 9.85 (1.33, 429.78) |
| 60 | G | DEP | ----- |

AREAS

- A = Salud General y Sistema Nervioso Central
- B = Cardiovascular, Neuromuscular y Gastrointestinal
- C = Sueño e Insomnio
- D = Conducta observable - Personal
- E = Conducta observable - Relaciones Interpersonales
- F = Sentimientos subjetivos - Inadecuación, Tensión, Humor
- G = Sentimientos subjetivos - Depresión y Ansiedad
- SS = Area de Síntomas Somáticas
- ANS = Area de Ansiedad
- SOC = Area Social
- DEP = Area de Depresión

Tabla 44

**ENTREVISTA DE TAMIZAJE DE TRASTORNO POR SOMATIZACION DMS III
LISTA DE SINTOMAS Y RAZON DE MOMIOS PARA CASOS DE
SOMATIZACION DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG**

| SINTOMAS | RM |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. Mareos | 9.85 (1.33, 429.78) |
| 2. Sensación de estar enfermo | 2.87 (0.69, 16.99) |
| 3. Náusea | 2.50 (0.60, 14.88) |
| 4. Distensión abdominal | 1.30 (0.34, 6.19) |
| 5. Dolor durante el coito | 2.33 (0.27, 109.63) |
| 6. Dolor de espalda | 1.89 (0.55, 6.99) |
| 7. Dificultad para orinar | ----- |
| 8. Visión borrosa | ----- |
| 9. Pérdida de la consciencia | ----- |
| 10. Problemas sexuales | 1.72 (0.40, 10.44) |
| 11. Excesivas pérdidas menstruales | 2.00 (0.23, 95.69) |
| 12. Dolor de estómago | 5.91 (0.78, 262.31) |
| 13. Indiferencia sexual | 1.56 (0.46, 5.79) |
| 14. Nudo en la garganta | 1.35 (0.39, 4.54) |
| 15. Debilidad muscular | 4.31 (0.86, 41.60) |
| 16. Dolor articular | 4.62 (0.29, 16.20) |
| 17. Ardor en los órganos sexuales | 1.59 (0.29, 16.20) |
| 18. Pérdida de la voz | ----- |
| 19. Sordera | ----- |
| 20. Amnesia | ----- |
| 21. Palpitaciones | 0.82 (0.24, 2.92) |
| 22. Problemas en la marcha | 2.67 (0.32, 124.08) |
| 23. Dolor en otras partes del cuerpo | ----- |

Tabla 44 Cont.

| | |
|--|-----------------------------|
| 24. Dolor en el pecho | 1.51 (0.40, 7.14) |
| 25. Menstruación dolorosa | ----- |
| 26. Desmayos | ----- |
| 27. Falta de aliento | 4.52 (1.09, 26.45) |
| 28. Parálisis | ----- |
| 29. Dolor en extremidades | 2.50 (0.60, 14.88) |
| 30. Visión doble | ----- |
| 31. Ceguera | ----- |
| 32. Intolerancia a alimentos | 1.76 (0.33, 17.86) |
| 33. Menstruación irregular | 1.10 (0.25, 6.88) |
| 34. Vómito durante todo el embarazo | 1.09 (0.19, 11.60) |
| 35. Vómito (no durante el embarazo) | 0.94 (0.16, 10.17) |
| 36. Convulsiones | ----- |
| 37. Diarrea | 12.80 (1.47, 580.57) |

Tabla 45

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD
 DIAGNOSTICO DE SOMATIZACION DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG.

ITEMS QUE NO INCLUYEN EL VALOR NULO

| ITEM | RM |
|--|----------------------|
| 56. ¿Ha sentido que no vale la pena vivir? (G - DEP) | 12.80 (1.73, 555.54) |
| 27. ¿Se desenvuelve tan bien como lo haría la mayoría de la gente en su caso? (D) | 12 (1.63, 521.48) |
| 6. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar? (A - SS) | 11.40 (2.27, 108.17) |
| 40. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas? (F) | 11.40 (2.27, 108.17) |
| 48. ¿Ha tenido la sensación de que la gente se le queda viendo? (F) | 10.53 (1.42, 458.74) |
| 59. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo? (G - DEP) | 9.85 (1.33, 429.78) |
| 30. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? (D - SOC) | 9.38 (1.88, 89.06) |
| 9. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos? (B - SS) | 8.25 (1.66, 78.48) |
| 55. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente? (G - ANS) | 6.99 (1.81, 32.33) |
| 20. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas? (C) | 6.82 (1.37, 65.04) |
| 50. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo? (G) | 6.82 (1.37, 65.04) |
| 5. ¿Ha tenido dolores de cabeza? (A - SS) | 5.65 (1.48, 26.06) |
| 52. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida? (G - DEP) | 5.63 (1.13, 53.87) |
| 53. ¿Ve su futuro con esperanza? (G) | 5.27 (1.06, 50.55) |

Tabla 45 Cont.

| ITEM | RM |
|--|--------------------|
| 12. ¿Al despertar se siente cansado? (C) | 4.63 (1.22, 21.29) |
| 15. ¿Se ha sentido alerta y bien despierto? (C - ANS) | 4.52 (1.09, 26.65) |
| 24. ¿Ha perdido interés en su arreglo personal? (D) | 4.24 (1.02, 24.85) |
| 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? (A - SS) | 4.17 (1.16, 16.81) |
| 11. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir? (C) | 4.06 (1.08, 18.70) |
| 22. ¿Se tarda más tiempo en hacer las cosas? (D - SOC) | 4.06 (1.08, 18.70) |
| 58. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios? (G - DEP) | 3.81 (1.01, 17.54) |

AREAS

A = Salud General y Sistema Nervioso Central
 B = Cardiovascular, Neuromuscular y Gastrointestinal
 C = Sueño e Insomnio
 D = Conducta observable - Personal
 E = Conducta observable - Relaciones Interpersonales
 F = Sentimientos subjetivos - Inadecuación, Tensión, Humor
 G = Sentimientos subjetivos - Depresión y Ansiedad
 SS = Area de Síntomas Somáticas
 ANS = Area de Ansiedad
 SOC = Area Social
 DEP = Area de Depresión

Tabla 46

**ENTREVISTA DE TAMIZAJE DE TRASTORNO POR SOMATIZACION DSM III
SOMATIZACION DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE BRIDGES Y GOLDBERG**

ITEMS QUE NO INCLUYEN EL VALOR NULO

| ITEM | RM |
|----------------------|----------------------|
| 27. Falta de aliento | 4.52 (1.09, 26.45) |
| 1. Mareos | 9.85 (1.33, 429.78) |
| 37. Diarrea | 12.80 (1.47, 580.57) |

ITEMS CON RM ALTA QUE INCLUYEN EL VALOR NULO

| | |
|------------------------------------|---------------------|
| 12. Dolor de estómago | 5.91 (0.78, 262.31) |
| 16. Dolor articular | 4.62 (0.93, 44.93) |
| 15. Debilidad muscular | 4.31 (0.86, 41.60) |
| 2. Sensación de estar enfermo | 2.87 (0.69, 16.99) |
| 22. Problemas en la marcha | 2.67 (0.32, 124.08) |
| 3. Náusea | 2.50 (0.60, 14.88) |
| 29. Dolor en extremidades | 2.50 (0.60, 14.88) |
| 5. Dolor durante el coito | 2.33 (0.27, 109.63) |
| 11. Excesivas pérdidas menstruales | 2.00 (0.23, 95.69) |

Tabla 47

| CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD | | C. CONSISTENCIA INTERNA |
|-------------------------------|--------|------------------------------|
| AREA | ESCALA | COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH |
| I | A | .8319 |
| I | B | .6809 |
| I | C | .8697 |
| I | D | .8202 |
| I | E | .6834 |
| I | F | .8944 |
| I | G | .8942 |
| II | SS | .8355 |
| II | ANS | .7945 |
| II | SOC | .7581 |
| II | DEP | .8583 |

| CUESTIONARIO DE SOMATIZACION | | C. CONSISTENCIA INTERNA |
|------------------------------|--|------------------------------|
| ESCALA | | COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH |
| I | | .8611 |
| II | | .8242 |

Tabla 48

**SINTOMAS MOTIVO DE CONSULTA
(N = 160)**

| GASTROINTESTINALES | | | DOLOROSOS | | |
|--|----|-----|---|----|-----|
| | N | % | | N | % |
| Dolor abdominal | 15 | 9.3 | Cefalea | 27 | 17 |
| Náuseas | 5 | 3.1 | Dolor de espalda | 16 | 10 |
| Distensión | 1 | 0.6 | Dolor articular | 8 | 5 |
| Intolerancia a los alimentos | 1 | 0.6 | Dolor en las extremidades | 9 | 5.6 |
| Colitis o diarreas | 1 | 0.6 | Otros dolores | 2 | 1.2 |
| CARDIOPULMONARES | | | SINTOMAS DE CONVERSION O SEUDONEUROLOGICOS | | |
| Falta de aliento (sin hacer esfuerzos) | 10 | 6.2 | Dificultad para deglutir | 1 | 0.6 |
| Palpitaciones | 11 | 7 | Visión borrosa | 1 | 0.6 |
| Dolor torácico | 16 | 10 | Debilidad muscular | 5 | 3.1 |
| Mareo | 12 | 7.5 | Parestesias | 8 | 5 |
| SINTOMAS SEXUALES FEMENINOS | | | | | |
| Menstruación dolorosa | 1 | 0.6 | Sensación de estar enfermo crónicamente | 1 | 0.6 |
| Ciclos menstruales irregulares | 3 | 2 | Ideas hipocondriacas | 2 | 1.2 |
| Pérdidas menstruales excesivas | 3 | 2 | | | |
| Vómitos durante el embarazo | 1 | 0.6 | | | |

Tabla 49

**TOTAL DE SINTOMAS REPORTADOS
(N = 615)**

| GASTROINTESTINALES | | N | % | DOLOROSOS | | N | % |
|--|--|----|-----|---|--|----|-----|
| Vómitos | | 5 | 0.8 | Cefalea | | 51 | 8.3 |
| Dolor abdominal | | 35 | 5.7 | Dolor de espalda | | 34 | 5.5 |
| Náuseas | | 27 | 4.4 | Dolor articular | | 27 | 4.4 |
| Distensión | | 23 | 3.7 | Dolor en las extremidades | | 29 | 4.7 |
| Intolerancia a los alimentos | | 12 | 2 | Dolor al orinar | | 5 | 0.8 |
| Colitis o diarreas | | 18 | 3 | Otros dolores | | 11 | 1.8 |
| Mal sabor | | 12 | 2 | | | | |
| CARDIOPULMONARES | | | | SINTOMAS DE CONVERSION O SEUDONEUROLOGICOS | | | |
| Falta de aliento (sin hacer esfuerzos) | | 23 | 3.7 | Dificultad para deglutir | | 30 | 5 |
| Palpitaciones | | 27 | 4.4 | Visión borrosa | | 11 | 1.8 |
| Dolor torácico | | 32 | 5.2 | Debilidad muscular | | 20 | 3.2 |
| Mareo | | 20 | 3.2 | Parestesias | | 40 | 6.5 |
| SINTOMAS EN LA PIEL | | | | Dificultad para orinar | | 1 | 0.8 |
| Manchas en la piel | | 5 | 0.8 | Ceguera | | 4 | 0.6 |
| SINTOMAS SEXUALES | | | | Sordera | | 3 | 0.4 |
| Sensación de ardor en órganos sexuales | | 4 | 0.6 | Dificultad en la marcha | | 8 | 1.3 |
| Indiferencia sexual | | 2 | 0.3 | Parálisis | | 3 | 0.4 |
| Dolor durante el coito | | 2 | 0.3 | Pérdida de la voz | | 6 | 0.9 |
| SINTOMAS SEXUALES FEMENINOS | | | | Convulsiones | | 2 | 0.3 |
| Menstruación dolorosa | | 11 | 1.8 | Pérdida del conocimiento | | 12 | 2 |
| Ciclos menstruales irregulares | | 16 | 2.7 | Amnesia | | 1 | 0.2 |
| Pérdidas menstruales excesivas | | 4 | 0.6 | Visión doble | | 1 | 0.2 |
| Vómitos durante el embarazo | | 10 | 1.8 | Sensación de estar enfermo crónicamente | | 26 | 4.2 |
| | | | | Ideas hipocondríacas | | 2 | 0.3 |

Tabla 50

DIAGNOSTICOS**

| DSM - III - R | | CIE - 10 | | |
|--|-----|----------|--|---------|
| | N | % | N | % |
| DEPRESION MAYOR | | | EPISODIO DEPRESIVO | 41 16.6 |
| EPISODIO UNICO | 31 | 17 | DEPRESION RECURRENTE | 16 6.4 |
| RECURRENTE | 17 | 9.1 | DISTIMIA | 26 10.5 |
| DISTIMIA | 25 | 13.5 | TRASTORNO POR ANGUSTIA | 7 3 |
| TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA | 3 | 1.6 | OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD | 2 0.8 |
| TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA | 6 | 3.2 | AGORAFOBIA | 7 3 |
| AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA | 13 | 7 | FOBIA SOCIAL | 11 4.4 |
| FOBIA SOCIAL | 11 | 6 | FOBIA ESPECIFICA | 16 6.4 |
| FOBIA SIMPLE | 15 | 8 | TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 5 2 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 5 | 2.7 | TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA | 40 16 |
| TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA | 22 | 12 | TRASTORNOS DISOCIATIVOS | 7 3 |
| TRASTORNO POR SOMATIZACION | 5 | 2.7 | TRASTORNO POR SOMATIZACION | 4 1.6 |
| DOLOR SOMATOFORME | 6 | 3.2 | DOLOR SOMATOFORME PERSISTENTE | 37 15 |
| DEPENDENCIA DE ALCOHOL | 9 | 5 | TRASTORNO HIPOCONDRIACO | 3 1.2 |
| DEPENDENCIA DE OPIACEOS | 1 | 0.5 | DEPENDENCIA DE ALCOHOL | 8 3.2 |
| DEPENDENCIA DE SEDANTES | 1 | 0.5 | DEPENDENCIA DE OPIACEOS | 1 0.4 |
| ABUSO DE ALCOHOL | 1 | 0.5 | ABUSO DE ALCOHOL | 2 0.8 |
| TRASTORNO ESQUIZOFRENICO | 1 | 0.5 | TRASTORNO ESQUIZOFRENICO | 1 0.4 |
| SINDROME ORGANICO CEREBRAL | 13 | 7 | SINDROME ORGANICO CEREBRAL | 13 5.3 |
| TOTAL | 185 | 100 | TOTAL | 247 100 |

** Sin criterios de exclusión

Tabla 51

DIAGNOSTICOS

| DSM - III - R* | | CIE - 10* | | | |
|--|-----|-----------|--|-----|-----|
| | N | % | N | % | |
| DEPRESION MAYOR | | | | | |
| EPISODIO UNICO | 30 | 18 | EPISODIO DEPRESIVO | 40 | 25 |
| RECURRENTE | 17 | 10 | DEPRESION RECURRENTE | 16 | 10 |
| DISTIMIA | 24 | 14.3 | DISTIMIA | 1 | 0.6 |
| TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA | 3 | 1.8 | TRASTORNO POR ANGUSTIA | 2 | 1.2 |
| TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA | 6 | 3.6 | OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD | 2 | 1.2 |
| AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA | 13 | 7.7 | AGORAFOBIA | 7 | 4.4 |
| FOBIA SOCIAL | 11 | 6.5 | FOBIA SOCIAL | 11 | 7 |
| FOBIA SIMPLE | 15 | 9 | FOBIA ESPECIFICA | 16 | 10 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 5 | 3 | TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 5 | 3.1 |
| TRASTORNO POR ANSIEDAD ¹ GENERALIZADA | 7 | 4 | TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA | 14 | 8.8 |
| TRASTORNO POR SOMATIZACION | 5 | 3 | TRASTORNOS DISOCIATIVOS | 7 | 4.4 |
| DOLOR SOMATOFORME | 6 | 3.6 | TRASTORNO POR SOMATIZACION | 1 | 0.6 |
| DEPENDENCIA DE ALCOHOL | 9 | 5.4 | DOLOR SOMATOMORFO | 12 | 7.5 |
| DEPENDENCIA DE OPIACEOS | 1 | 0.6 | TRASTORNO HIPOCONDRIACO | 1 | 0.6 |
| DEPENDENCIA DE SEDANTES | 1 | 0.6 | DEPENDENCIA DE ALCOHOL | 8 | 5 |
| ABUSO DE ALCOHOL | 1 | 0.6 | DEPENDENCIA DE OPIACEOS | 1 | 0.6 |
| TRASTORNO ESQUIZOFRENICO | 1 | 0.6 | ABUSO DE ALCOHOL | 2 | 1.2 |
| SINDROME ORGANICO CEREBRAL | 13 | 7.7 | TRASTORNO ESQUIZOFRENICO | 1 | 0.6 |
| | | | SINDROME ORGANICO CEREBRAL | 13 | 8.2 |
| TOTAL | 168 | 100 | | 160 | 100 |

*Con criterios de exclusión

Tabla 52

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL
(DSM - III - R)
PACIENTES SOMATIZADORES
(N = 80)**

| DIAGNOSTICO PRINCIPAL | N | % |
|--|----|-------|
| TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO | 46 | 57.5 |
| DEPRESION MAYOR ^a | 33 | 41.25 |
| DISTIMIA ^a | 13 | 16.25 |
| TRASTORNOS POR ANSIEDAD | 11 | 13.75 |
| TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA ^a | 4 | 5 |
| TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA ^a | 3 | 3.75 |
| AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA ^a | 2 | 2.5 |
| FOBIA SOCIAL ^a | 1 | 1.25 |
| SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO | 1 | 1.25 |
| TRASTORNOS ADAPTATIVOS | 11 | 13.75 |
| CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO | 3 | 3.75 |
| CON ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO | 3 | 3.75 |
| CON SINTOMAS EMOCIONALES MIXTOS | 5 | 6.25 |
| TRASTORNOS SOMATOFORMES | 7 | 8.75 |
| TRASTORNO POR SOMATIZACION ^a | 4 | 5 |
| DOLOR SOMATOFORME ^a | 2 | 2.5 |
| TRASTORNO HIPOCONDRIACO | 1 | 1.25 |
| OTROS DIAGNOSTICOS | 5 | 6.25 |
| FACTORES PSICOLOGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FISICO | 3 | 3.75 |
| DUELO NO COMPLICADO | 1 | 1.25 |
| TRASTORNO MENTAL ORGANICO ASOCIADO A TRASTORNO DEL EJE III O CUYA ETIOLOGIA ES DESCONOCIDA ^a | 1 | 1.25 |

^a Definidos como casos, según los criterios de Bridges y Goldberg

Tabla 53

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

PACIENTES SOMATIZADORES

(N = 80)

| | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | N | % |
|-----------------------|---|----|-------|
| A G U D O | TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO, DEPRIMIDO O MIXTO | 11 | 13.75 |
| S | DEPRESION MAYOR | 33 | 41.2 |
| U | TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA | 4 | 5 |
| B | AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO POR ANGUSTIA | 2 | 2.5 |
| A | FOBIA SOCIAL | 1 | 1.25 |
| G | FACTORES PSICOLOGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FISICO | 3 | 3.75 |
| U | TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO | 1 | 1.25 |
| D | DUELO NO COMPLICADO | 1 | 1.24 |
| C | DISTIMIA | 13 | 16.25 |
| R | TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA | 3 | 3.75 |
| O | TRASTORNO MENTAL ORGANICO ASOCIADO A TRASTORNO DEL EJE III O CUYA ETIOLOGIA ES DESCONOCIDA | 1 | 1.25 |
| N | TRASTORNO POR SOMATIZACION | 4 | 5 |
| I | DOLOR SOMATOMORFO | 2 | 2.25 |
| C | TRASTORNO HIPOCONDRIACO | 1 | 1.25 |

COMORBILIDAD DIAGNOSTICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES SOMATIZADORES DSM - III - R

| Diagnóstico de Comorbilidad | Diagnóstico Principal | | | |
|--|-----------------------|------|--------------------------------|------|
| | Distimia (N = 13) | | Depresión Mayor (N = 33) | |
| | N | % | N | % |
| Trastornos de ansiedad | 10 | 76.9 | 18 | 54.5 |
| Crisis de angustia con agorafobia | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Crisis de angustia sin agorafobia | 0 | 0 | 3 | 9 |
| Agorafobia sin trastorno por angustia | 2 | 15.4 | 5 | 15.1 |
| Fobia social | 5 | 38.4 | 4 | 12.1 |
| Fobia simple | 2 | 15.4 | 6 | 18.2 |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 1 | 7.7 | 2 | 6 |
| Trastorno por ansiedad generalizada* | 7 | 53.8 | 11 | 33.3 |
| Trastornos del estado de ánimo | 10 | 77 | 10 | 30.3 |
| Distimia | - | - | 10 | 30.3 |
| Depresión mayor | 10 | 77 | - | - |
| Trastornos somatoformes | 0 | 0 | 4 | 12.1 |
| Trastorno por somatización | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Dolor somatoforme | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Dependencia/abuso de sustancias psicoactivas | 2 | 15.3 | 7 | 21.2 |
| Dependencia de alcohol | 1 | 7.6 | 4 | 12.1 |
| Dependencia de opiáceos | 1 | 7.6 | 0 | 0 |
| Dependencia de sedantes | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Abuso de alcohol | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total de diagnósticos principales con diagnóstico de comorbilidad | 13 | 100 | 24 | 78 |

* Sin criterios de exclusión

Tabla 55

COMORBILIDAD DIAGNOSTICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES SOMATIZADORES

ICD 10

| Diagnóstico de Comorbilidad | Diagnóstico Principal | | | |
|--|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | Distimia* (N = 13) | | Depresión (N = 39) | |
| | N | % | N | % |
| Trastornos Neuróticos* | 13 | 100 | 22 | 56.4 |
| Crisis de angustia* | 0 | 0 | 4 | 10.2 |
| Agorafobia | 1 | 7.6 | 4 | 10.2 |
| Fobia social | 5 | 38.4 | 4 | 10.2 |
| Fobia específica | 2 | 15.4 | 7 | 18 |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 1 | 7.6 | 3 | 7.7 |
| Trastorno por ansiedad generalizada* | 11 | 84.6 | 18 | 46 |
| Otros trastornos de ansiedad | 0 | 0 | 1 | 2.5 |
| Trastornos disociativos | 1 | 7.6 | 2 | 5 |
| Trastornos del estado de ánimo | 12 | 92.3 | 9 | 23 |
| Distimia* | - | - | 9 | 23 |
| Depresión | 12 | 92.3 | - | - |
| Trastornos somatoformes* | 6 | 46.1 | 15 | 38.4 |
| Trastorno por somatización* | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Dolor somatoforme persistente* | 6 | 46.1 | 15 | 38.4 |
| Trastorno hipocondríaco* | 0 | 0 | 2 | 5.1 |
| Dependencia/abuso de sustancias psicoactivas | 2 | 15.3 | 5 | 13 |
| Dependencia de alcohol | 1 | 7.6 | 4 | 10.2 |
| Dependencia de opiáceos | 1 | 7.6 | 0 | 0 |
| Dependencia de sedantes | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Abuso de alcohol | 0 | 0 | 1 | 2.5 |
| Total de diagnósticos principales con diagnóstico de comorbilidad | 13 | 100 | 29 | 74 |

* Sin criterios de exclusión.

Tabla 56

**DIAGNOSTICOS DE COMORBILIDAD QUE ANTECEDEN AL
DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES
SOMATIZADORES**

DSM - III - R

| Diagnóstico de Comorbilidad | Diagnóstico Principal | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|-----|--------------------------------------|---|-----|
| | Distimia | | | Depresión Mayor | | |
| | Diagnóstico de Comorbilidad Primario | | | Diagnóstico de Comorbilidad Primario | | |
| | N | N | % | N | N | % |
| Crisis de angustia con agorafobia | - | - | - | 2 | 0 | 0 |
| Crisis de angustia sin agorafobia | - | - | - | 3 | 0 | 0 |
| Agorafobia sin trastorno por angustia | 2 | 0 | 0 | 5 | 1 | 20 |
| Fobia social | 5 | 2 | 40 | 4 | 2 | 50 |
| Fobia simple | 2 | 2 | 100 | 6 | 5 | 83 |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 100 |
| Trastorno por ansiedad generalizada* | 7 | 1 | 14 | 11 | 4 | 36 |
| Distimia | - | - | - | 10 | 0 | 0 |
| Depresión mayor | 10 | 0 | 0 | - | - | - |
| Trastorno por somatización | - | - | - | 2 | 1 | 50 |
| Dolor somatoforme | - | - | - | 4 | 2 | 50 |
| Dependencia de alcohol | 1 | 0 | 0 | 4 | 2 | 50 |
| Dependencia de opiáceos | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Dependencia de sedantes | - | - | - | 1 | 0 | 0 |

* Sin criterios de exclusión

Tabla 57

**DIAGNOSTICOS DE COMORBILIDAD QUE ANTECEDEN AL
DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES
SOMATIZADORES**

ICD 10

| Diagnóstico de Comorbilidad | Diagnóstico Principal | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-----|--------------------------------------|---|-----|
| | Distimia* | | | Depresión | | |
| | Diagnóstico de Comorbilidad Primario | | | Diagnóstico de Comorbilidad Primario | | |
| | N | N | % | N | N | % |
| Crisis de angustia* | - | - | - | 4 | 0 | 0 |
| Agorafobia | 1 | 0 | 0 | 4 | 1 | 25 |
| Fobia social | 5 | 2 | 40 | 4 | 2 | 50 |
| Fobia específica | 2 | 2 | 100 | 7 | 5 | 7 |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 1 | 0 | 0 | 3 | 2 | 67 |
| Trastorno por ansiedad generalizada* | 11 | 4 | 36 | 18 | 5 | 28 |
| Otros trastornos de ansiedad | - | - | - | 1 | 0 | 0 |
| Trastornos disociativos | 1 | 1 | 100 | 2 | 0 | 0 |
| Distimia* | - | - | - | 9 | 0 | 0 |
| Depresión | 12 | 4 | 31 | - | - | - |
| Trastorno por somatización* | - | - | - | 2 | 2 | 100 |
| Dolor somatoforme persistente* | 6 | 3 | 50 | 15 | 5 | 33 |
| Trastorno hipocondríaco* | - | - | - | 2 | 1 | 50 |
| Dependencia de alcohol | 1 | 0 | 0 | 4 | 2 | 50 |
| Dependencia de opiáceos | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Abuso de alcohol | - | - | - | 1 | 1 | 100 |

* Sin criterios de exclusión

Tabla 58

**COMPARACION CON OTRAS PRUEBAS DE VALIDEZ
DEL CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA TRASTORNO
POR SOMATIZACION DEL DSM - III - R.**

| Indice | Punto de corte | Sensibilidad | Especificidad | V P + | V P - |
|------------------|----------------|--------------|---------------|-------|-------|
| Othmer - DeSouza | 3/7 | 83 % | 66 % | 79 % | 72 % |
| Swartz | 5/11 | 95 % | 32 % | 68 % | 81 % |
| DSM III R | 6/37 | 95 % | 34 % | 69 % | 81 % |
| Presente Estudio | 2/7 | 76 % | 62 % | 58 % | 78 % |
| | 3/7 | 48 % | 87 % | 73 % | 71 % |

COMPARACION CON OTRAS PRUEBAS DE VALIDEZ
DEL CGS DE 60 REACTIVOS

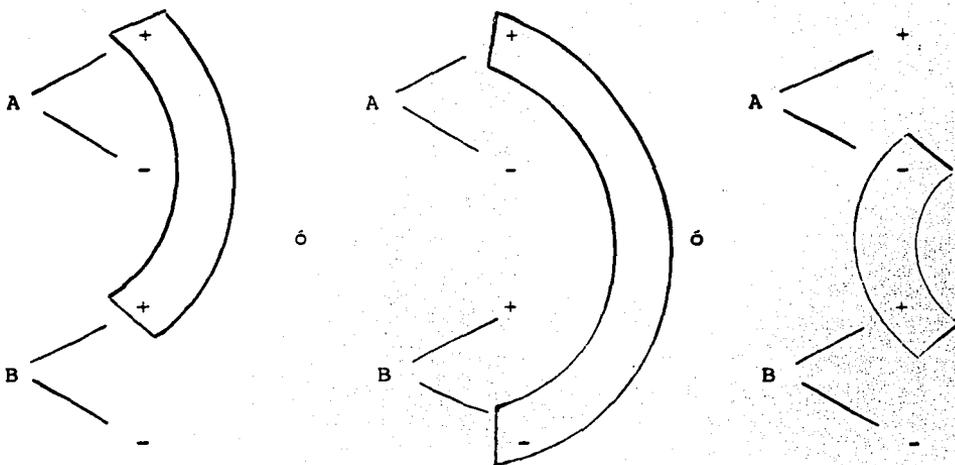
| | Punto de corte | Sensibilidad | Especificidad | Tasa de error de clasif. | % Falsos + | % Falsos - | V P + | V P - |
|-------------------------------|----------------|--------------|---------------|--------------------------|------------|------------|-------|-------|
| Goldberg 1972 | 9/10 | 87 % | 93 % | 9 % | 7 % | 13 % | 80 % | 95 % |
| | 11/12 | 81 % | 93 % | 11 % | 7 % | 22 % | 78 % | 93 % |
| Campillo y cols. 1979 | 5/6 | 91 % | 76 % | 16 % | 24 % | 9 % | 79 % | 10 % |
| | 6/7 | 86 % | 91 % | 10 % | 14 % | 9 % | 87 % | 90 % |
| | 7/8 | 91 % | 89 % | 9 % | 9 % | 11 % | 91 % | 89 % |
| Castro R y cols. 1980 | 15/16 | 80 % | 80 % | 20 % | 20 % | 20 % | 80 % | 20 % |
| | 16/17 | 80 % | 85 % | 18 % | 15 % | 20 % | 84 % | 19 % |
| | 26/27 | 65 % | 90 % | 23 % | 10 % | 35 % | 87 % | 28 % |
| Martínez L y cols. 1983 | 8/9 | 70 % | 81 % | 24 % | 30 % | 19 % | 73 % | 21 % |
| | 10/11 | 72 % | 78 % | 24 % | 28 % | 22 % | 75 % | 22 % |
| | 13/14 | 86 % | 71 % | 21 % | 22 % | 29 % | 84 % | 25 % |
| Padilla y cols. 1984 | 7/8 | 80 % | 75 % | 22 % | 25 % | 20 % | 77 % | 21 % |
| | 8/9 | 79 % | 77 % | 22 % | 23 % | 21 % | 78 % | 22 % |
| | 10/11 | 76 % | 80 % | 22 % | 20 % | 24 % | 80 % | 24 % |
| Romero M 1987 | 4/5 | 71 % | 72 % | 28 % | 28 % | 29 % | 61 % | 80 % |
| Presente estudio 1993 | 2/3 | 97 % | 18 % | 20 % | 82 % | 31 % | 81 % | 60 % |
| | 4/5 | 94 % | 29 % | 20 % | 71 % | 6 % | 83 % | 55 % |
| | 9/10 | 87 % | 47 % | 21 % | 53 % | 13 % | 85 % | 50 % |
| | 14/15 | 70 % | 59 % | 33 % | 41 % | 30 % | 86 % | 34 % |

Figura 1

Posible resultado de las pruebas



Pruebas Paralelas



Pruebas seriadas

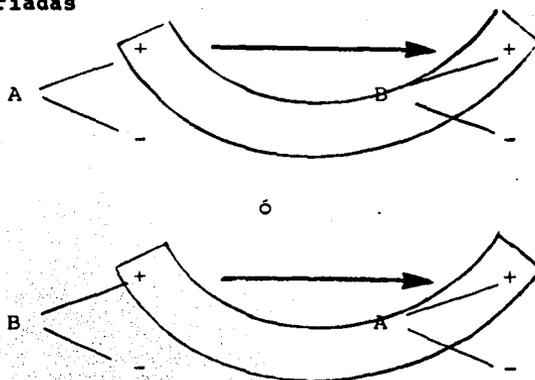


Diagrama 1.

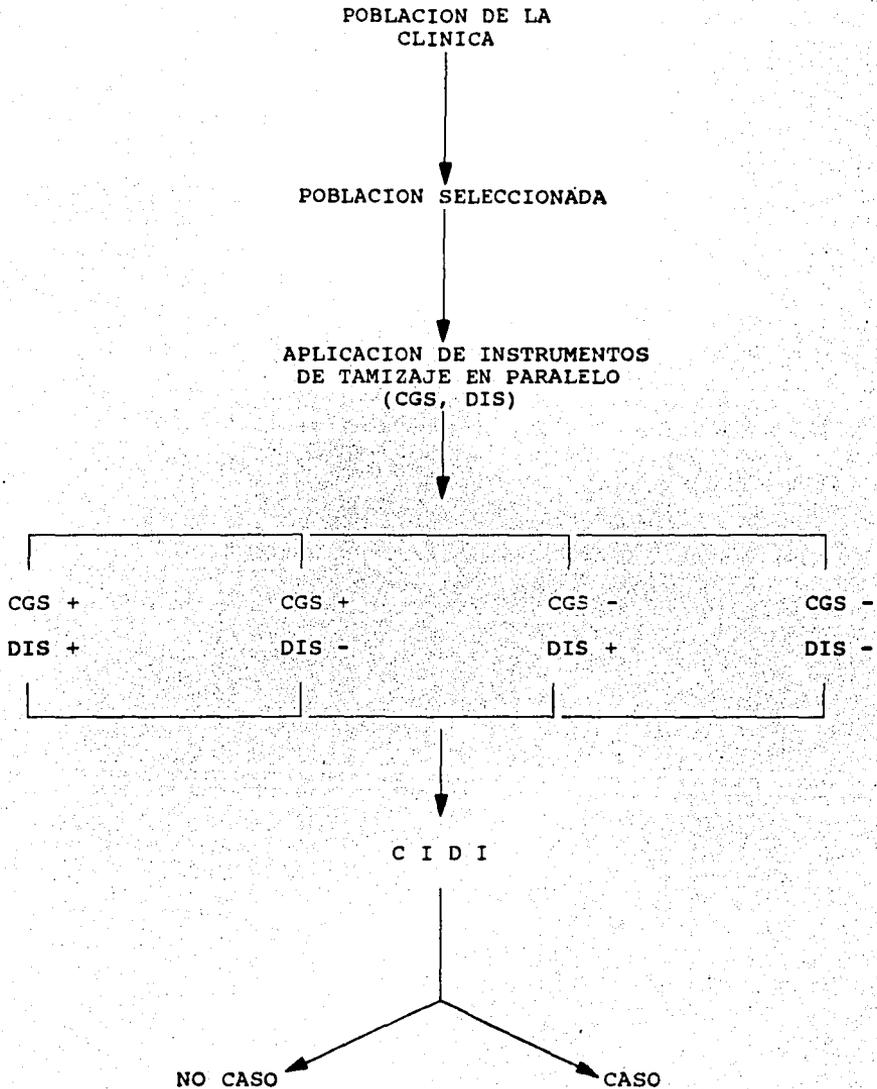
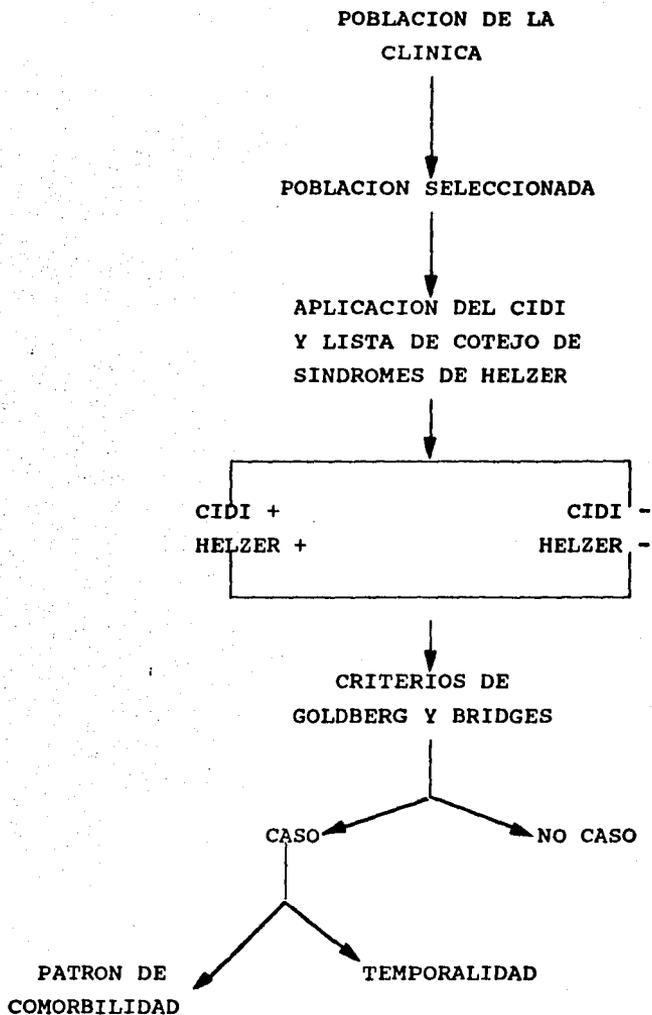
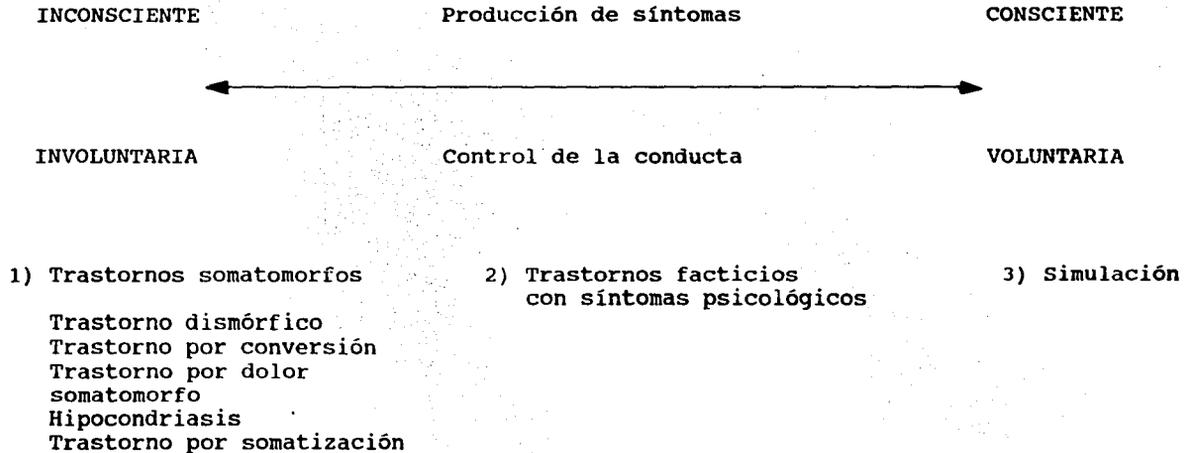


Diagrama 2

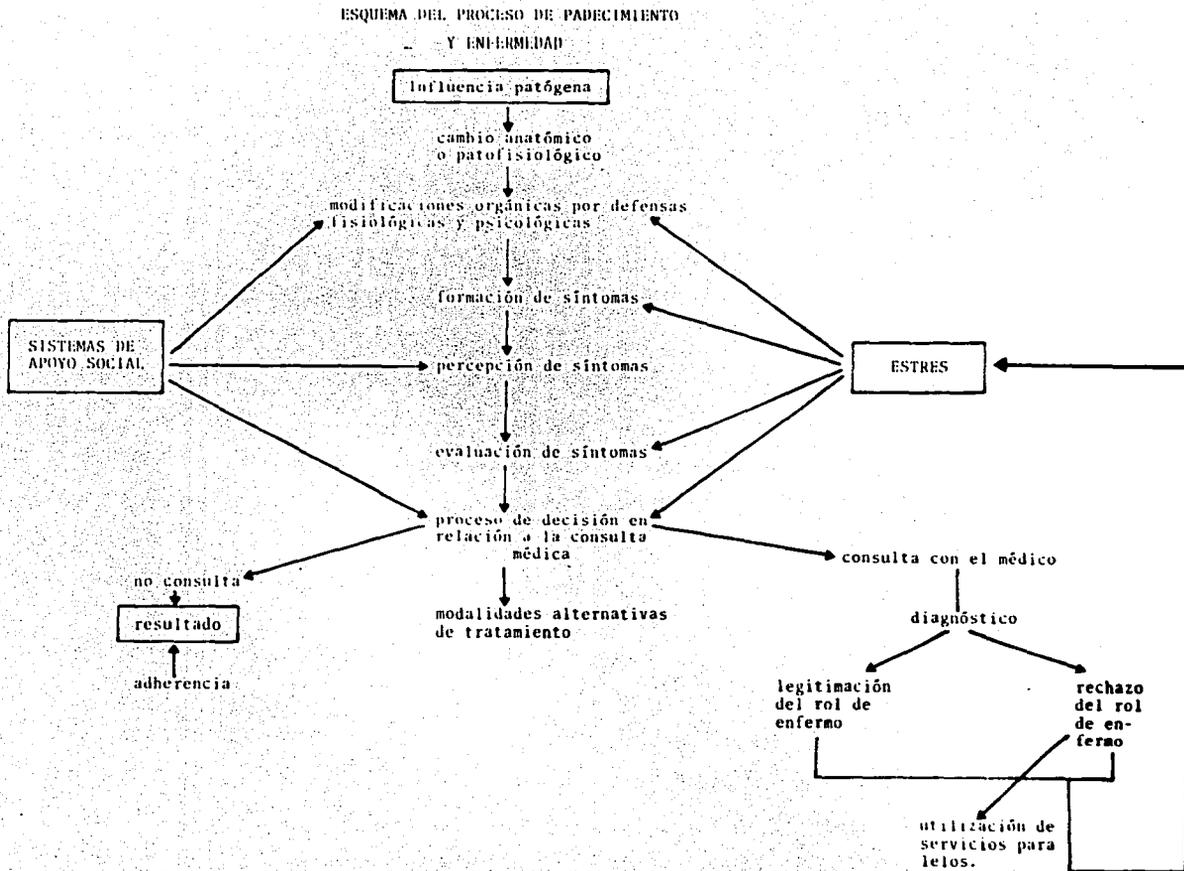


Esquema 1

CLASIFICACION DE TRES CATEGORIAS MAYORES DE PRODUCCION DE SINTOMAS SOMATICOS



Esquema 2.



INDEPENDIENTES

INTERVINIENTES

DEPENDIENT

INDUCTORES

PROMOTORES

DESARROLLO
TECNOLOGICO
CULTURA

REDES
DE
APOYO

CARACTERISTICAS
PERSONALES DE
LA POBLACION EN
RIESGO

EVENTOS
ESTRESANTES

SOMATIZACION

UTILIZACION
DE
SERVICIOS

Tecnología
en salud

Calidad de la
atención

NECESIDADES
NO
SATISFECHAS

(INDICADORES
DE SALUD
MENTAL)



Planeación

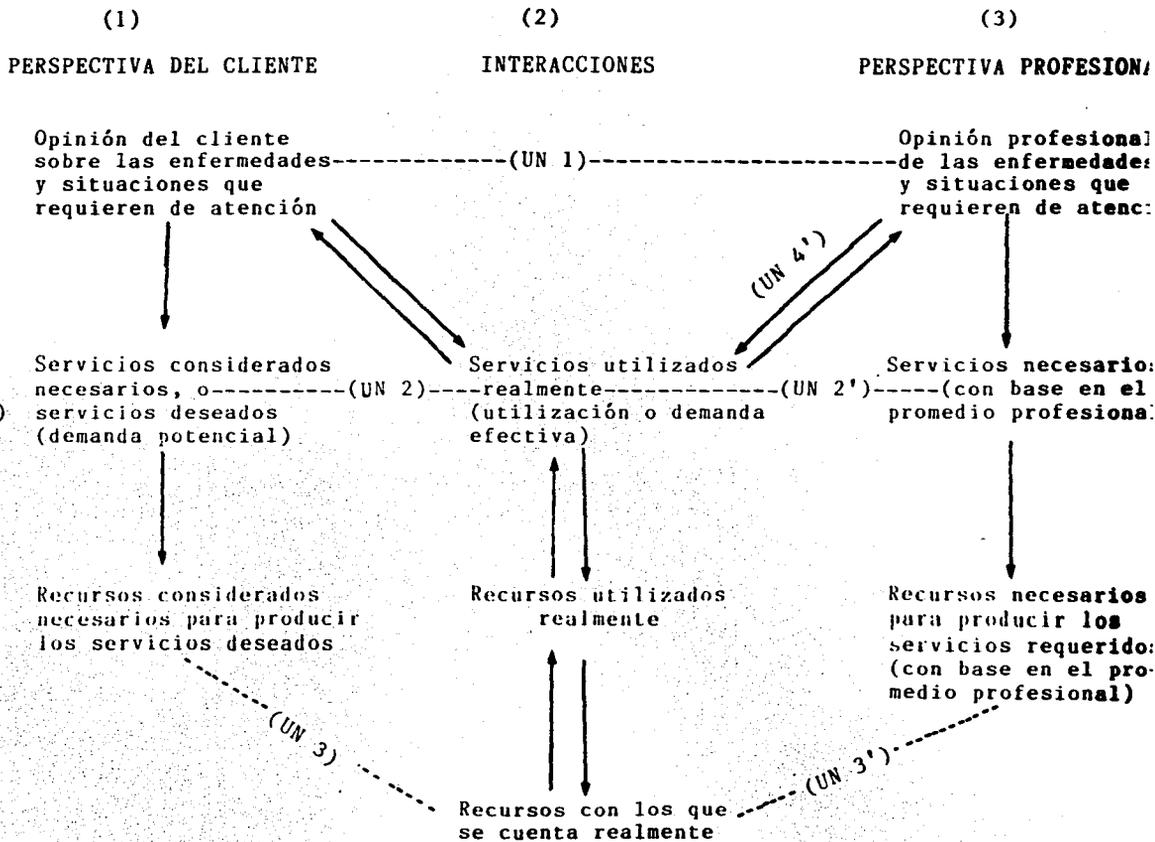


Evaluación



Mediación

Esquema 4



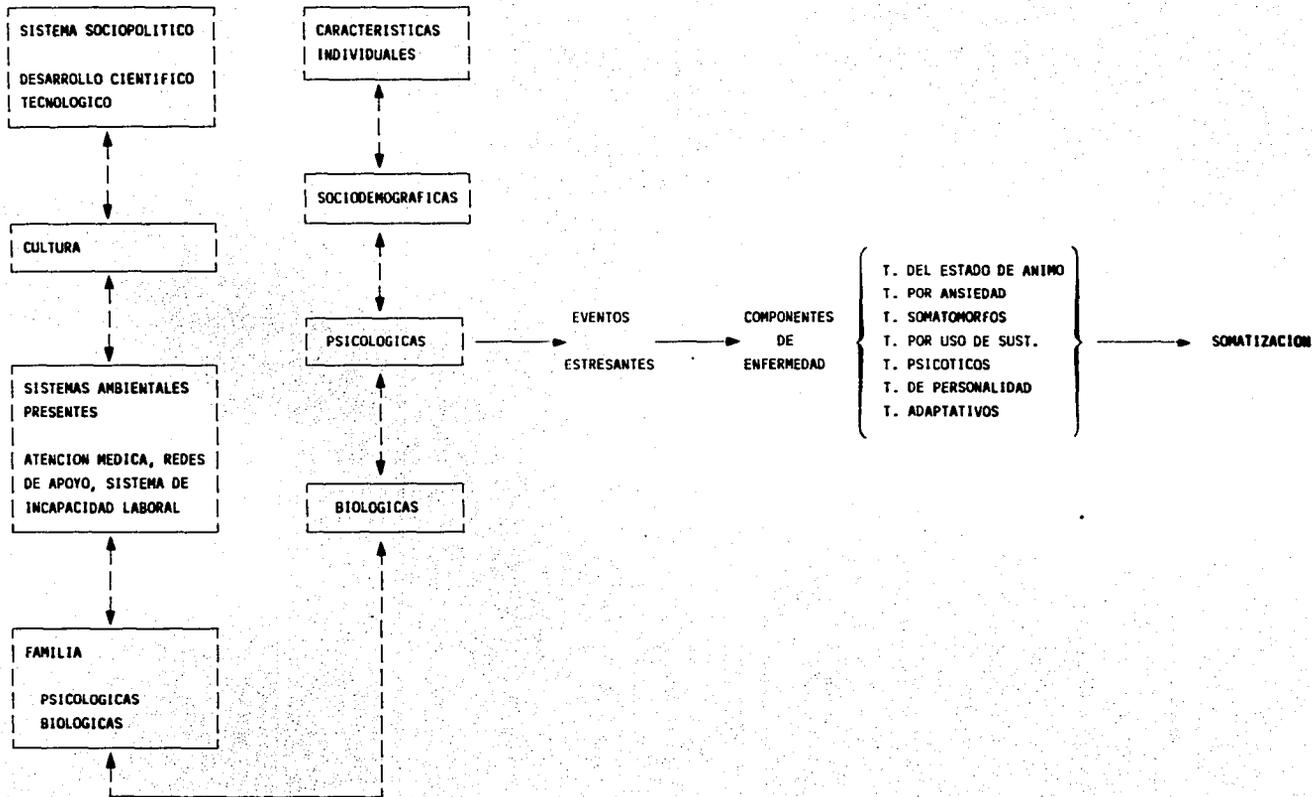
Cuadro 1

MARCO TEORICO GENERAL

INDEPENDIENTES

INTERVINIENTES

DEPENDIENTE



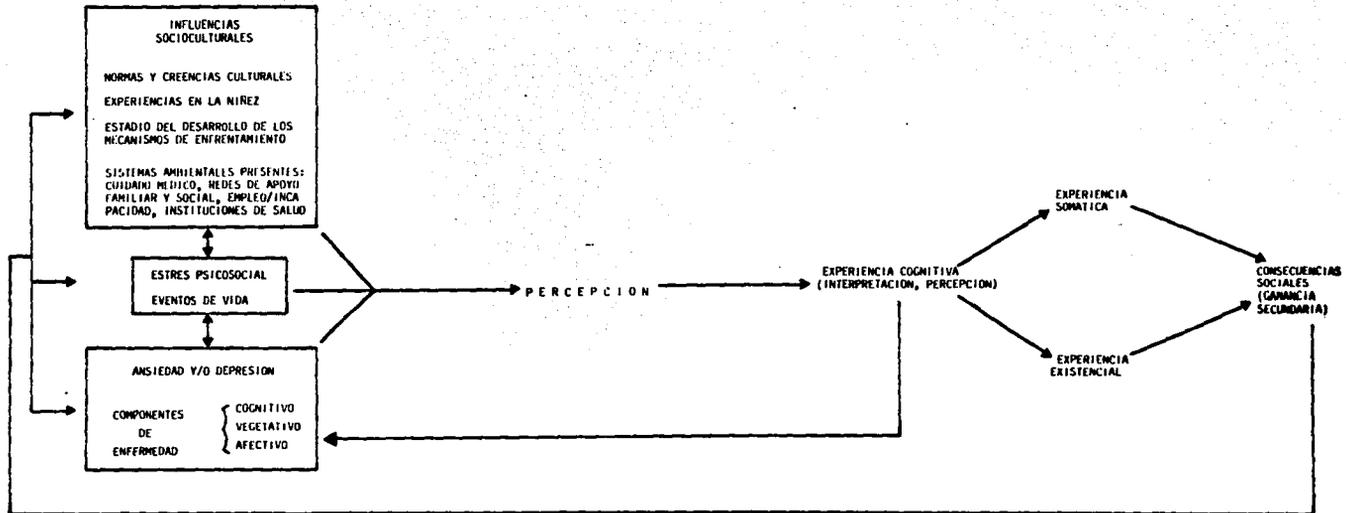
Cuadro 2

DEPRESION ANSIEDAD Y SOMATIZACION

I N D E P E N D I E N T E S

I N T E R V I N I E N T E S

D E P E N D I E N T E S



Cuadro 3

Nivel de precisión

| B | n | + 15 % |
|-----|-----|--------|
| 0.5 | 347 | 399 |
| 0.6 | 241 | 277 |
| 0.7 | 177 | 204 |
| 0.8 | 136 | 156 |
| 0.9 | 107 | 123 |
| 0.1 | 87 | 100 |

$$N = 85.889$$

$$p = .32$$

$$q = .68$$

11278

3

2ej

A N E X O A

1) FOLIO

/ / / / /

2) FECHA ENTREVISTA

/ / / / /
DIA MES AÑO

FICHA DE IDENTIFICACION

DATOS DE LA UNIDAD

3) NOMBRE DE LA UNIDAD

DATOS DEL PACIENTE

4) NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES)

5) DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, COLONIA, FRACC., POBLACION Y ESTADO, C.P.

NUMERO

INTERIOR

6) DOMICILIO DE TRABAJO (CALLE, COLONIA, FRACC., POBLACION Y ESTADO, C.P.

NUMERO

INTERIOR

7) TEL. PARTICULAR

TEL. TRABAJO

8) ACEPTA LA ENTREVISTA

COD

9) EDAD (AÑOS)

10) HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSIQUIATRICO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

[1] NO

[2] SI

COD

[1] NO

[2] SI (SUSPENDE LA ENTREVISTA)

11) LUGAR DE NACIMIENTO (ENTIDAD FEDERATIVA)

12) ESTADO CIVIL

COD

[1] SOLTERO [2] CASADO [3] VIUDO [4] DIVORCIADO [5] SEPARADO [6] UNION LIBRE

13) ¿ES USTED EL ASALARIADO PRINCIPAL O JEFE DE FAMILIA EN SU CASA, O SEA, SUMINISTRA USTED MAS DE LA MITAD DEL INGRESO EN SU CASA?

COD

[1] NO

[2] SI

OCCUPACION

INSTRUCCIONES: EN CASO DE QUE EL JEFE DE FAMILIA Y EL ENTREVISTADO SEAN LA MISMA PERSONA, CODIFIQUE DOS VECES LA CLASIFICACION CORRESPONDIENTE, DE LO CONTRARIO INVESTIGUE LA OCCUPACION DE CADA UNO.

15) ¿TRABAJO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS?

(1) SI (PASE A PREGUNTA 17) (2) NO (9) NS

() 3º ENTREVISTADO () 3ª JEFE DE FAMILIA

16) ¿PORQUE CAUSA NO TRABAJO?

- BUSCA TRABAJO01
- SE DEDICA AL HOGAR02
- ESTUDIA03
- PENSIONADO, JUBILADO04
- RENTISTA05
- INCAPACIDAD PERMANENTE06
- OTROS INACTIVOS07

(PASE AL JEFE DE FAMILIA)

- INCAPACIDAD TEMPORAL08
- VACACIONES09
- PROBLEMAS PROPIOS DEL LUGAR DE TRABAJO10
- OTROS NO DESEMPLEADOS11
- (CONTINUE..)

NS99

(PASE A LA SIGUIENTE PERSONA)

___ / ___ / 3º ENTREVISTADO ___ / ___ / 3ª JEFE DE FAMILIA

17) ¿QUE SE HACE EN EL LUGAR DONDE TRABAJO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS?

ESPECIFIQUE: [99] N.S.

___ / ___ / 3º ENTREVISTADO

___ / ___ / 3ª JEFE DE FAMILIA

18) ¿QUE ES LO QUE HACE EN SU TRABAJO?

ESPECIFIQUE: [99] N.S.

___ / ___ / 3º ENTREVISTADO

___ / ___ / 3ª JEFE DE FAMILIA

OCCUPACION

INSTRUCCIONES: EN CASO DE QUE EL JEFE DE FAMILIA Y EL ENTREVISTADO SEAN LA MISMA PERSONA, CODIFIQUE DOS VECES LA CLASIFICACION CORRESPONDIENTE, DE LO CONTRARIO INVESTIGUE LA OCUPACION DE CADA UNO.

15) ¿TRABAJO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS?

[1] SI (PASE A PREGUNTA 17) [2] NO [9] NS

[] 1º ENTREVISTADO [] 2º JEFE DE FAMILIA

16) ¿PORQUE CAUSA NO TRABAJO?

- BUSCA TRABAJO 01
- SE DEDICA AL HOGAR 02
- ESTUDIA 03
- PENSIONADO, JUBILADO 04
- RENTISTA 05
- INCAPACIDAD PERMANENTE 06
- DTROS INACTIVOS 07

(PASE AL JEFE DE FAMILIA)

- INCAPACIDAD TEMPORAL 08
- VACACIONES 09
- PROBLEMAS PROPIOS DEL LUGAR DE TRABAJO 10
- DTROS NO DESEMPLEADOS 11
- (CONTINUE..)

NS 99

(PASE A LA SIGUIENTE PERSONA)

/ / 1º ENTREVISTADO / / 2º JEFE DE FAMILIA

17) ¿QUE SE HACE EN EL LUGAR DONDE TRABAJO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS?

ESPECIFIQUE: (99) N.S.

/ / 3º ENTREVISTADO

/ / 4º JEFE DE FAMILIA

18) ¿QUE ES LO QUE HACE EN SU TRABAJO?

ESPECIFIQUE: (99) N.S.

/ / 5º ENTREVISTADO

/ / 6º JEFE DE FAMILIA

VIVIENDA

19) ¿DE QUE ESTAN HECHAS LA MAYOR PARTE DE LAS PAREDES O MURD DE SU CASA (DE SU VIVIENDA)?

- LAMINA DE CARTON1
- CARRIZO, BAMBU O PALMA 2
- EMBARRO O BALFAREQUE3
- MADERA 4
- LAMINA DE ASBESTO O METALICA 5
- ADobe6
- TABIQUE, TABICON, BLOCK, PIEDRA, MAPOSTERIA
O CEMENTO7
- OTROS MATERIALES 8

/ __ / 30

20) ¿DE QUE MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DE LOS PISOS DE ESTA VIVIENDA?

- TIERRA 1
- CEMENTO O FIRME 2
- MADERA, MOSAICO U OTROS RECURRIMIENTOS 3

/ __ / 30

21) ¿LOS HABITANTES DE ESTA VIVIENDA DISPONEN DE AGUA ENTUBADA?

- DENTRO DE LA VIVIENDA?1
- FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL
EDIFICIO, VECINDAD O TERRENO?2
- DE LLAVE PUBLICA O HIDRANTE3
- NO DISPONEN DE AGUA ENTUBADA 4

/ __ / 30

22) ¿ESTA VIVIENDA TIENE DRENAJE?

SI --- ¿DONDE DESAGUA?

- A RED PUBLICA1
- A FOSA SEPTICA2
- AL SUELO3
- OTROS 4
- A UNA BARRANCA 5
- NO6
- N.S. N.C. 9

/ __ / 30

23) ¿HAY EN SU VIVIENDA?:

EXCUSADO CON AGUA? 1

LETRINA? 2

NOYO NEGRO? 3

HACEN EN EL SUELO? 4

/ __ / ⁸⁰

24) ¿CUANTOS CUARTOS HAY EN SU VIVIENDA SIN CONTAR COCINA, BAÑOS Y PASILLOS ?

No. DE CUARTOS / __ / __ / ⁸²

25) ¿CUANTOS CUARTOS USAN COMO DORMITORIO?

No. DE CUARTOS / __ / __ / ⁸⁴

26) EN ESTA VIVIENDA HAY: (PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCION)

RADIO? 1 / __ /

TELEVISION? 2 / __ /

REFRIGERADOR? 3 / __ /

TELEFONO 4 / __ /

AUTOMOVIL O CAMIONETA 5 / __ /

NINGUNA 6 / __ / ⁸⁰

27) ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN O RESIDEN PERMANENTEMENTE EN SU VIVIENDA
TOMANDO EN CUENTA A LOS NIÑOS CHIQUITOS Y LOS RECIEN NACIDOS?

No. DE PERSONAS / __ / __ / ⁸²

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello han formulado una serie de preguntas e afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que lo conteste en forma individual.

Por favor, lee con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado --- para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no -- las tome en cuenta.

| | (1) | (2) | (3) | (4) |
|--|------------------|---------------------|------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud? | Mejor que antes. | Igual que antes. | Poor que antes. | Mucho peor - que antes. |
| 2. ¿Ha sentido la necesidad de tomar vitaminas? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más - que antes. |
| 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? | No | Como antes | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 4. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo? | No | No más que - antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 5. ¿Ha tenido dolores de cabeza? | No | Como siempre | Más que siempre. | Mucho más que siempre. |
| 6. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar? | No | Igual que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 7. ¿Siente que puede concentrarse en todo lo que hace? | Mejor que antes. | Igual que antes. | Peor que antes. | Mucho menos - que antes. |
| 8. ¿Ha tenido miedo de desmayarse en un lugar público? | No | No más que - antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 9. ¿Ha tenido escalofríos o bucheos? | No | Igual que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 10. ¿Ha estado nada lo mucho? | No | Como siempre | Más que siempre. | Mucho más que siempre. |
| 11. ¿Se despierta demasiado | No | No más que - | Más que antes | Mucho más que |

| | | | | |
|--|------------------|-------------------|------------------|------------------------|
| 12. ¿Al despertar se siente cansado? | No | Como siempre | Más que siempre. | Mucho más que siempre. |
| 13. ¿Se ha sentido demasiado cansado y agotado aún para comer? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 14. ¿Ha comido menos por tener preocupaciones? | No | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 15. ¿Se ha sentido alerta y bien despierto? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 16. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 17. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 18. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jolón toda la noche? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 19. ¿Ha tenido pesadillas o sueños desagradables? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 20. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 21. ¿Se los ha ingeniado para mantenerse ocupado? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 22. ¿Se tarda más tiempo en hacer las cosas? | Menos que antes. | Igual que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 23. ¿Ha perdido interés en sus actividades diarias? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 24. ¿Ha perdido interés en su arreglo personal? | No | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 25. ¿Se ha preocupado menos en su forma de vestir? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 26. ¿Ha salido de casa tanto como acostumbraba? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |

| | | | | |
|---|-----------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------|
| 27. ¿Se siente mejor como lo sería la mayoría de la gente en su caso? | Mejor que la mayoría. | Igual que la mayoría. | Peor que la mayoría. | Mucho peor que la mayoría. |
| 28. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien? | Mejor que antes. | Igual que antes. | Peor que antes. | Mucho peor que antes. |
| 29. ¿Ha estado llegando tarde a trabajar o está empezando tarde sus quehaceres de la casa? | No, para nada. | Lo más tarde que siempre. | Más tarde que siempre. | Mucho más tarde que siempre. |
| 30. ¿Se ha sentido satisfecho en su manera de hacer las cosas? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 31. ¿Siente cariño y afecto por los que le rodean? | Más que antes. | Como antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 32. ¿Se lleva bien con los demás? | Mejor que antes. | Como antes. | Peor que antes. | Mucho peor que antes. |
| 33. ¿Ha pasado mucho tiempo platicando con los demás? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 34. ¿Ha tenido mucho de ciertas cosas a la gente porque tiene la impresión de que va a hacer el ridículo? | No. | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 35. ¿Ha sentido que está jugando el papel útil en la vida? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos útil que antes. | Mucho menos útil que antes. |
| 36. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 37. ¿Hacer algo difícil iniciar alguna actividad? | No. | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 38. ¿Hacer algo más difícil que lo que tiene que hacer? | No. | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 39. ¿Se ha sentido constantemente aburrido y en tensión? | No. | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 40. ¿Se ha sentido incapaz de tener un plan de vida? | No. | No más que antes. | Más que antes. | Mucho más que antes. |
| 41. ¿Siente que la vida es una lucha constante? | No. | No más que siempre. | Más que siempre. | Mucho más que siempre. |

| | | | | |
|---|----------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 42. ¿Disfruta sus actividades diarias? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 43. ¿Le parece todo más difícil? | No | No más difícil que antes. | Más difícil - que antes. | Mucho más difícil que antes. |
| 44. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor? | No, para nada | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 45. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón? | No | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 46. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente? | Más capaz que antes. | Igual que antes. | Menos capaz - que antes. | Mucho menos capaz que antes. |
| 47. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? | No, para nada | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 48. ¿Ha tenido la sensación de que la gente se le queda viendo? | No | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 49. ¿Se ha sentido triste y deprimido? | No, para nada | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 50. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo? | No | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 51. ¿Ha pensado que usted no vale nada? | No, para nada | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 52. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida? | No | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 53. ¿Ve su futuro con esperanza? | Más que antes. | Igual que antes. | Menos que antes. | Mucho menos que antes. |
| 54. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias? | Más feliz que antes. | Igual que antes. | Menos feliz - que antes. | Mucho menos feliz que antes. |
| 55. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente? | No | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 56. ¿Ha sentido que no vale | No, para nada | No más que an- | Más que antes | Mucho más que |

| | | | | |
|--|---------------|-------------------|---------------|----------------------|
| 57. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida? | No, para nada | No creo | Alguna vez | Si |
| 58. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios? | No | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 59. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo? | No | No más que antes. | Más que antes | Mucho más que antes. |
| 60. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza? | No, para nada | No creo | Alguna vez | Si |
| | | | | |
| | | | | |

SUMA DE LAS COLUMNAS 3 y 4

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

PASA ENTREVISTA DE EPI

| |
|--|
| |
|--|

 NOMBRE DE QUIEN REALIZO LA ENCUESTA

A N E X O B

DSM-III SOMATIZACION 6 + SINTOMAS
 PREGUNTAS DE ENTREVISTA DE TAMIZAJE
 NO ESCRIBIR EN ESTA PAGINA

NOMBRE: _____

ID: / / / / /

- | | | |
|--------------|---|--|
| 1. (46) | ¿Alguna vez ha tenido molestias por <u>mareos</u> | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 2. (49) | ¿Ha sido su salud física más o menos buena o ha sido <u>enfermizo(a)</u> la mayor parte de su vida? | BUENA.....1 ENFERMIZO(A).....5 |
| 3. (29) | ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas con <u>náusea</u> al sentirse mal del estómago pero sin realmente llegar a vomitar? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 4. (31) | ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas con <u>gases</u> excesivos o hinchazón en el estómago o abdomen? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 5. (211) | ¿Alguna vez le han sido físicamente <u>dolorosas</u> las <u>relaciones sexuales</u> ? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 6. (17) | ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas con <u>dolor de espalda</u> ? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 7. (24) | ¿Alguna vez ha estado <u>completamente incapacitado(a)</u> <u>para orinar</u> por 24 horas o más (excepto después de parto o cirugía)? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 8. (34) | ¿Alguna vez se le ha <u>empañado</u> (nublado) <u>la vista</u> por algún tiempo, lo cual no fue debido solamente a falta o cambio de anteojos (lentes)? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 9. (41) | ¿Alguna vez se ha quedado <u>inconsciente</u> (no incluye las veces en que ha tenido una convulsión o desmayos)? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 10. (212) | ¿Alguna vez ha pasado por un período de varios meses en su vida en el cual <u>no disfrutó sus relaciones sexuales</u> aunque no fueran dolorosas? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 11. (51) | PREGUNTAR SOLO SI ES MUJER. OTRO COD 1. ¿Alguna vez ha <u>sangrado excesivamente</u> durante sus períodos menstruales? | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 12. (16) | ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas con <u>dolores de estómago/abdominales</u> ? (no incluyendo dolores debidos a la menstruación) | PRB: 1 2 3 4 5 |
| 13. (210) | En general, ¿ha sido su vida sexual importante para usted o podría haber pasado bien su vida sin ella? | ALGO IMPORTANTE O SIN EXPERIENCIA SEXUAL.....1 PODRIA HABER PASADO SIN ELLA.....5 |
| 14. (48) | ¿Alguna vez ha tenido molestias por sentir como si tuviera un <u>nudo en la garganta</u> ? | NO, O SOLO CUANDO LLORA (CODIFIQUE 1).....1 PRB: 1 4 5 |

SOMATIZACION

PAGINA 2

15. ¿Alguna vez le han molestado temporadas de debilidad
(47) es decir, temporadas en que no podía levantar o mover cosas
que normalmente podía levantar o mover? PRB: 1 2 3 4 5
-
16. ¿Alguna vez ha tenido dolor en las coyunturas
(articulaciones)? PRB: 1 2 3 4 5
-
17. ¿Alguna vez ha tenido dolor ardoroso en la boca
(25) o alrededor de sus partes íntimas? PRB: 1 2 3 4 5
-
18. ¿Alguna vez perdió la voz por 30 minutos o más
(38) sin poder hablar en un tono más alto que un murmullo? PRB: 1 2 3 4 5
-
19. ¿Alguna vez se ha quedado completamente sordo(a)
(35) por un período de tiempo? PRB: 1 2 3 4 5
-
20. ¿Alguna vez ha tenido un período de amnesia, es
(42) decir, un período de varias horas o días en que no podía
recordar nada acerca de lo que había pasado durante ese
tiempo? PRB: 1 2 3 4 5
-
21. Cuando no ha estado haciendo ejercicio, ¿ha tenido
(45A) molestias por palpitaciones, es decir, su corazón
latía tan fuerte que podía sentirlo golpeándole
en el pecho? NUNCA, O SOLO CUANDO
HA HECHO EJERCICIO..
(CODIFIQUE 1).....1
-
22. ¿Alguna vez ha tenido problemas para caminar?
(36) PRB: 1 2 3 4 5
-
23. ¿Alguna vez ha tenido dolor en cualquier otra parte
(26) de su cuerpo además del abdomen, la espalda, coyunturas,
brazos o piernas, el pecho, la cabeza, sus partes íntimas,
o al orinar? PRB: 1 2 3 4 5
-
24. ¿Alguna vez ha tenido dolores en el pecho?
(20) PRB: 1 2 3 4 5
-
25. PREGUNTAR SOLO SI ES MUJER, OTRO CODIFIQUE 1.
(22) ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas con períodos
menstruales excesivamente dolorosos? PRB: 1 2 3 4 5
-
26. ¿Ha tenido más de una vez, desmayos o ataques
(40A) en los que primero se sintió débil o mareado(a) y luego
se desmayó? PRB: 1 2 3 4 5
-
27. ¿Alguna vez ha sentido que le faltaba el aire
(44) aunque no se estaba esforzando físicamente? PRB: 1 2 3 4 5
-
28. ¿Alguna vez ha estado paralizado(a), es decir
(37) completamente incapacitado(a) para mover alguna parte
de su cuerpo por unos minutos? PRB: 1 2 3 4 5
-
29. ¿Alguna vez ha tenido dolor en los brazos o en las
(19) piernas aparte de las coyunturas? PRB: 1 2 3 4 5
-
30. ¿Alguna vez ha tenido problemas de salud que le parecieran
(43) raros, como ver doble o sensaciones extrañas? PRB: 1 2 3 4 5

SOMATIZACION

PAGINA 3

31. ¿Alguna vez se ha quedado completamente ciego(a) de
(33) uno o de los dos ojos por unos segundos o más? PRB: 1 2 3 4 5
-
32. ¿Se ha dado cuenta de que hay muchos alimentos (comidas)
(32) que no puede comer porque le hacen daño? PRB: 1 2 3 4 5
-
- PREGUNTAR SOLO SI ES MUJER, OTROS CODIFIQUE 1.
33. Además de su primer año de menstruación ¿Alguna vez sus
(50) períodos menstruales han sido irregulares? PRB: 1 2 3 4 5
-
- PREGUNTAR SOLO SI ES MUJER, OTROS CODIFIQUE 1.
34. Durante alguno de sus embarazos, tuvo vómitos durante todo
(28) el embarazo, al menos por 7 meses o alguna vez fue hospitalizada durante el embarazo debido a vómitos? PRB: 1 2 3 4 5
-
35. ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por vómito [Si ES
(27) MUJER: no contando las veces en que ha estado embarazada]? PRB: 1 2 3 4 5
-
36. ¿Alguna vez ha tenido un ataque o convulsión de
(39) cualquier tipo después de los 12 años de edad, durante el cuál perdió el conocimiento y su cuerpo se sacudía? PRB: 1 2 3 4 5
-
37. ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por diarrea?
(30) PRB: 1 2 3 4 5
-

SOMATIZACION

HOJA DE CALIFICACION
SI EN CUALQUIER MOMENTO 6
PREGUNTAS SE CODIFICAN CON
5, PASE AL RECUADRO DE
CALIFICACION Y CODIFIQUE 5

| 0 | 1 | 5 | Frases de la última vez |
|-----|-------|-------|--|
| 1. | _____ | _____ | mareo |
| 2. | _____ | _____ | |
| 3. | _____ | _____ | náusea |
| 4. | _____ | _____ | gas |
| 5. | _____ | _____ | |
| 6. | _____ | _____ | dolor de espalda |
| 7. | _____ | _____ | sin poder orinar |
| 8. | _____ | _____ | visión borrosa |
| 9. | _____ | _____ | perder el conocimiento |
| 10. | _____ | _____ | |
| 11. | _____ | _____ | sangrado excesivo |
| 12. | _____ | _____ | dolor abdominal o de estómago |
| 13. | _____ | _____ | |
| 14. | _____ | _____ | nudo en la garganta |
| 15. | _____ | _____ | debilidad |
| 16. | _____ | _____ | dolor en las articulaciones |
| 17. | _____ | _____ | dolor ardoroso |
| 18. | _____ | _____ | pérdida de la voz |
| 19. | _____ | _____ | sordera |
| 20. | _____ | _____ | amnesia |
| 21. | _____ | _____ | palpitaciones |
| 22. | _____ | _____ | problemas para caminar |
| 23. | _____ | _____ | otros dolores |
| 24. | _____ | _____ | dolor en el pecho |
| 25. | _____ | _____ | períodos menstruales dolorosos |
| 26. | _____ | _____ | desmayos |
| 27. | _____ | _____ | falta de aliento |
| 28. | _____ | _____ | parálisis |
| 29. | _____ | _____ | dolores en los brazos o en las piernas |
| 30. | _____ | _____ | sensaciones extrañas |
| 31. | _____ | _____ | ceguera |
| 32. | _____ | _____ | alimentos que le hacen mal |
| 33. | _____ | _____ | períodos menstruales irregulares |
| 34. | _____ | _____ | vómitos durante todo el embarazo |
| 35. | _____ | _____ | vómitos |
| 36. | _____ | _____ | convulsiones |
| 37. | _____ | _____ | diarrea |

RECUADRO DE CALIFICACION

Última vez (rec):

Usted mencionó que había tenido problemas como (LISTE TODOS LOS SX
CODIFICADOS CON 5 ANTERIORMENTE):

NO SOM....(PASE HACIA A)....1
SOM.....(PREG REC).....5

¿Ha tenido cualquiera de estos problemas en los últimos 6 meses?
NO...(PREG B).....1
SI.....5

A. PASE A LA SIGUIENTE
SECCION.

B. ¿Qué edad tenía la última vez que tuvo alguno de estos
problemas? REGISTRE EDAD Y PASE A LA SECCION SIGUIENTE

A N E X O C

C I D I

| | |
|-------------------------------------|-------|
| DATOS DEMOGRAFICOS | 1 |
| TRASTORNOS SOMATOFORMES | 4 |
| TRASTORNO POR ANGUSTIA | 11 |
| TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA | 13 |
| AGORAFOBIA | 15 |
| FOBIA SOCIAL | 17 |
| FOBIA SIMPLE | 19 |
| DEPRESION | 21 |
| MANIA | 33 |
| ESQUIZOFRENIA | 39 |
| ANOREXIA NERVIOSA | 47 |
| DEPENDENCIA/ABUSO DE ALCOHOL | 49-14 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 55 |
| DEPENDENCIA/ABUSO DE DROGAS | 59-1 |
| SINDROME ORGANICO CEREBRAL | 74 |
| DISFUNCIONES SEXUALES | 77 |
| OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR | 79 |
| EVALUACION DEL ENTREVISTADOR | 80 |

DEMOG A3 ¿En qué fecha nació?

____/____/____
MES DIA AÑO

/25

DEMOG A4 En la actualidad ¿está usted casado/, viudo(a), separado/a, divorciado/a, o nunca se ha casado?

- CASADO(A).....(PREGUNTE A).....1
- VIUDO(A).....(PREGUNTE B).....2
- SEPARADO(A).....(PREGUNTE B).....3
- DIVORCIADO(A).....(PREGUNTE B).....4
- NO SE HA CASADO.....(PREGUNTE B).....5

/30

A. ESTA CASADO(A) ACTUALMENTE (A4 = 1), PREGUNTE:

¿Está usted viviendo actualmente con su esposo(a)?

- NO.....1
- SI...(PASE A A5)..5

/31

B. ¿Está usted viviendo actualmente con alguien como si estuvieran casados?

- NO.....1
- SI.....5

/32

DEMOG A5 ¿Cuántos hijos tiene usted, sin contar los adoptados, o que hayan nacido muertos?

____/____/____

/56

DEMOG A6 Ahora deseo preguntarle a Ud. acerca del trabajo. En los últimos doce meses ¿cuántos meses ha estado Ud. trabajando? CONSIDERE INDEPENDIENTES Y ASALARIADOS. SI NO HA TRABAJADO, ANOTE 00 Y SALTE A PREGUNTA A18. MENOS DE UN MES = 01

____/____/____

/58

DEMOG A7 ¿Está usted trabajando en la actualidad?

- SI.....1
- NO...(SALTE A A8).....5

/59

A. ¿Usted trabaja tiempo completo o tiempo parcial?

- TIEMPO COMPLETO.....1
- TIEMPO PARCIAL.....2

/60

B. ¿Qué tipo de trabajo hace?

ANOTE _____

C. ¿En qué tipo de negocio o empresa trabaja Ud?

ANOTE: _____

DEMOG A8 ¿Cuántos años de estudios ha completado usted?

____/____/____

/62

SECCION C: TRASTORNOS SOMATOFORMES

| | | | | |
|--|--|---------------------|----------------|-----|
| SOM3RB2 SMPN3R2 SOMICD1 PPICD | C1 Ahora le voy a preguntar sobre algunos problemas de su salud. ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por dolores de estómago/ abdominales? (no incluya dolores debidos a la menstruación). | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | 165 |
| SOM3RB8 SMPN3R PPICD | C2 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por dolores de espalda? | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | 166 |
| SOM3RB9 SMPN3R SOMICD13 PPICD | C3 ¿Alguna vez ha tenido dolor en las articulaciones (coyunturas)? | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | 167 |
| SOM3RB7 SMPN3R SOMICD13 PPICD | C4 ¿Alguna vez ha tenido dolor en los brazos o en las piernas que no fuera en las coyunturas (articulaciones)? | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | 168 |
| SOM3RB2+14 PPICD SOMICD8 | C5 ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho? | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | 169 |
| SOMP3R PPICD | C6 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por dolores de cabeza? | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | 170 |
| | ENTREVISTADOR: SI TODAS LAS RESPUESTAS EN EL RECUADRO A DEL E.S. SON NEGATIVAS, EXCEPTO PARA MEDICACION, PREGUNTE: ¿Ha tomado alguna vez medicación no recetada 3 veces o más en una sola semana para dolores de cabeza? SI RESPONDE NO, PREGUNTE: ¿Ha tomado usted alguna vez medicamentos recetados para los dolores de cabeza? SI LAS DOS PREGUNTAS SE RESPONDEN NO, CODIFIQUE SON: 2 | | | |
| SOM3RB32 SOMP3R | C7 SOLO PARA MUJERES: ¿Alguna vez ha tenido dolor excesivo en la menstruación (regla) que le haya provocado muchos problemas? | | SON: 1 2 4 5 | 171 |
| | ENTREVISTADOR: SI EL RECUADRO "A" AL SONDEAR RESULTA NEGATIVO, EXCEPTO PARA MEDICACION, PREGUNTE: ¿Tomó medicamentos recetados? SI RESPONDE SI, CONTINUE SONDEANDO, SI RESPONDE NO, CODIFIQUE SON: 2. | NO _____ OTRO _____ | | |
| SOM3RB10 SOMP3R SOMICD PPICD | C8 ¿Alguna vez ha tenido dolor al orinar? | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 2 4 5 | 172 |
| SOM3RB27 SOMICD9 | C9 ¿Alguna vez ha estado completamente incapacitado/a para orinar por 24 horas o más o ha tenido grandes dificultades para orinar sin considerar después de haber dado a luz o haber sido operado/a)? | NO _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | 173 |

EMOG

A9 ¿Está aún estudiando?

NO.....1
SI..(SALTE A C7).....5

763

EMOG

A10 ¿Se graduó de los últimos estudios realizados?

NO.....1
SI.....5

763

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

762

| | | | |
|---|---|--|-------------------------|
| SOM3R828 SOMP3R SOMIC010 PPICD | C10 ¿Alguna vez ha tenido ardor en sus partes íntimas? SI REFIERE DOLOR SOLO AL ORINAR O DURANTE RELACIONES SEXUALES, CODIFIQUE SON 1. | SON: 1 3 4 5 | /74 |
| | NO _____ OTRO _____ | | |
| SOM3R811 SOMP3R SOMIC0 PPICD | C11 ¿Alguna vez ha tenido dolor en algún otro lugar del cuerpo que no hayamos mencionado? | SON: 1 2 3 4 5 | /75 |
| | ENTREVISTADOR: SI DECLARA VOLUNTARIAMENTE DOLOR SOLO EN LOS LUGARES MENCIONADOS EN LAS PREG. C1-C10 O DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES, CODIFIQUE SON 1. (ESTOS DOLORES SE CODIFICAN EN OTRA PARTE). | | |
| | NO _____ OTRO _____ | | |
| | SI NO HAY SON 5'S CODIFICADOS EN C1-C11, SALTE A C15. | | |
| SMP3RA PPICDA | C12 ¿Ha habido en su vida un período de 6 meses o más en que fue intensamente molestado/a por (LEA DOLORES CODIFICADOS CON 5 EN C1-C11) | NO.....1 SI.....5 | /76 |
| SMP3R8 PPICDA | C13 ¿Estuvo sin trabajar o sin ver a sus parientes y amigos por seis meses o más debido a (DOLORES CODIFICADOS SON 5 EN C1-C11)? | NO.....1 SI.....5 | /77 |
| | C14 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/Última) vez que Ud. tuvo muchas molestias por estos dolores? | INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: ____/____ REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ____/____ | FIN 01/80 /01 /03 |
| SOM3R81 SOMIC05 | C15 ¿Alguna vez ha tenido vómitos que le hayan causado muchos problemas (cuando no estaba embarazada)? | SON: 1 2 3 4 5 | /04 |
| | NO _____ OTRO _____ | | |
| | HOMBRES PASE A C17 | | |
| SOM3R835 SOMIC02 | C16 Durante cualquiera de sus embarazos, ¿tuvo vómitos durante todo el embarazo? SI NUNCA ESTUVO EMBARAZADA, CODIFIQUE 1 Y PASE A C17. SI CODIFICO 5, PASE A C17. | SON: 1 5 | /05 |
| | A. ¿Alguna vez fue hospitalizada durante el embarazo debido a los vómitos? | SON: 1 5 | /06 |
| M3R83 SOMIC02 | C17 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por náuseas, es decir sentirse enfermo(a) del estómago, pero sin llegar a vomitar? MAREOS A CAUSA DE MOVIMIENTOS SE CONSIDERA COMO CONDICION FISICA | SON: 1 2 3 4 5 | /07 |
| | NO _____ OTRO _____ | | |
| 43R85 SOMIC06 | C18 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por colitis o diarreas? | SON: 1 2 3 4 5 | /08 |
| | NO _____ OTRO _____ | | |

| | | | | |
|--------------------|--|---------------------|--|-----|
| SOM3RB4 SOM1CD | C19 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por gases excesivos o hinchazón del estómago o abdomen? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | /09 |
| SOM3RB6 SOM1CD3 | C20 ¿Ha encontrado que hay algunos tipos de alimentos que no puede comer porque le hacen mal? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | /10 |
| SOM3RB22 DIS1CD | C21 ¿Alguna vez se ha quedado ciego(a) de uno o los dos ojos, esto es, que no podía ver nada por unos segundos o más? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | /11 |
| SOM3RB21 DIS1CD | C22 ¿Alguna vez se le ha empañado la vista por algún tiempo sin que fuera porque necesitaba lentes o tuviera que cambiar los que ya usaba? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | /12 |
| SOM3RB19 DIS1CD | C23 ¿Alguna vez se ha quedado sordo(a) hasta el punto de no poder oír nada por un periodo de tiempo? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | /13 |
| SOM3RB25 DIS1CD | C24 ¿Alguna vez ha tenido dificultad para caminar? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 2 3 4 5 | /14 |
| DIS1CD | C25 ¿Alguna vez ha perdido la sensibilidad en un brazo o pierna que no sea cuando se le ha dormido por estar en una misma posición por largo tiempo? | | NO.....(PREGUNTE A) SI.....(EMPIECE A SONDEAR) | /15 |
| | A. ¿Ha perdido la sensibilidad en algún otro lugar? | | NO.....(CODIFIQUE SON 1) SI.....(EMPIECE A SONDEAR) | /16 |
| | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | /17 | |
| SOM3RB26 DIS1CD | C26 ¿Alguna vez ha estado paralizado(a), es decir completamente incapaz de mover alguna parte de su cuerpo, por lo menos algunos minutos? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | /18 |
| SOM3RB18 DIS1CD | C27 ¿Hubo alguna vez una ocasión en que perdió la voz por 30 minutos o más y no podía hablar en tono más alto que un murmullo? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 4 5 | /19 |
| SOM3RB24 DIS1CD | C28 ¿Alguna vez ha tenido un ataque o convulsión después de los 12 años de edad, durante el cual perdió el conocimiento y su cuerpo se sacudía? | MD _____ OTRO _____ | SON: 1 3 4 5 | /20 |

SOM3RB23 DISICD C29 ¿Alguna vez ha tenido episodios de desmayos (o desvanecimiento) en los que se sintió débil o mareado(a) y después perdió el conocimiento?
 MD _____ OTRO _____ SON: 1 3 4 5 /21

SOM3RB23 DISICD C30 ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento por alguna otra razón?
 ENTREVISTADOR: SI FUE A CAUSA DE CONVULSIONES, AMNESIA O DESMAYO, CODIFIQUE SON 1. SI A CAUSA DE ANESTESIA, CODIFIQUE SON 3.
 MD _____ OTRO _____ SON: 1 3 4 5 /22

SOM3RB1 DISICD C31 ¿Alguna vez ha tenido un período de amnesia, es decir, un período de varias horas o días en que después no podía recordar nada de lo que había pasado en ese tiempo?
 MD _____ OTRO _____ SON: 1 3 4 5 /23

SI HAY ALGUN SON 5 CODIFICADO EN C21-C31, PREGUNTE C 32, OTROS SALTE A C34.

C32 INI/REC ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. ha estado muy molesto(a) por (MENCIONE SINTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN C21-C31)?
 INI: 1 2 3 4 5 6 /24
 EDAD INI: ____/____ /26
 REC: 1 2 3 4 5 6 /27
 EDAD REC: ____/____ /29

DISICDR C33 Ud. mencionó que había tenido...(LEA TODOS LOS 5'S DE C21-C31) (Estuvo/estuvieron) (ese/alguno de esos) problemas relacionados directamente a alguna experiencia terrible o traumática, como un asalto, un accidente u otro evento terrible?
 NO HAY EVENTO.....1
 INCIERTO.....2
 SI.....5
 EVENTO NO EXTRAORDINARIO 4 /30

SI ES SI ANTE EL EVENTO _____

(SI SOLO FUE UNA ENFERMEDAD, OPERACION COMPLICADA O UN EVENTO NO EXTRAORDINARIO, CODIFIQUE 4).

SOM3RB20 C34 ¿Alguna vez ha tenido problemas con visión doble?
 MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /31

SOM3RB12 DISICD7 C35 ¿Alguna vez se ha quedado corto(a) de respiración sin haber estado haciendo esfuerzo físico?
 MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /32

SOM3R813 C36 ¿Alguna vez su corazón le ha latido tan fuerte que lo sentía
SOM1C0 golpeándole en el pecho?

NO.....CODIFIQUE SON 1
SI.....(PREGUNTE A)

/33

A. ¿Esto le sucedió sólo cuando estaba haciendo
esfuerzo físico o también en otras ocasiones?

SOLO AL HACER ESFUERZO.....(CODIFIQUE SON 1)
OTRAS VECES TAMBIEN (COMIENCE A SONDEAR)

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

/34

SOM3R815 C37 ¿Alguna vez ha tenido mareos que le hayan ocasionado molestias?
SOM1C0

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

/35

SOM3R826 C38 ¿Alguna vez le han molestado períodos de debilidad, en que
SOM1C0 no podía levantar o mover cosas que normalmente podía levantar
o mover?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

/36

SOM1C012 C39 ¿Alguna vez ha tenido mucha molestia por manchas o
decoloración de la piel?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

/37

SOM1C04 C40 ¿Alguna vez ha tenido mucho problema por un mal gusto
(sabor) en la boca o por la lengua excesivamente sucia
(blanquecina)?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

/38

SOM1C09 C41 ¿Alguna vez tuvo muchos problemas por tener que orinar
muy seguido?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

/39

SOM1C014 C42 ¿Alguna vez se ha sentido muy molesto por sensaciones
desagradables de adormecimiento o cosquilleo?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

/40

SOM3R817 C43 ¿Alguna vez sintió como si tuviera un nudo en la
SOM1C0 garganta que le dificultaba tragar?

SI ESPONTANEAMENTE DICE QUE SUCEDIA SOLO CUANDO
SENTIA GANAS DE LLORAR, CODIFIQUE SON 1.

MD _____ OTRO _____ SON: 1 4 5

/41

SOM3RA C44 ¿Ha sido su salud física más o menos buena o ha sido enfermizo(a) durante gran parte de su vida?
 CODIFIQUE SOLO UNO

MAS O MENOS BUENA DURANTE GRAN
 PARTE DE SU VIDA.....1
 UNA SOLA ENFERMEDAD DE LARGA
 DURACION EXPLICA EL CONSIDERARSE
 ENFERMIZO(A).....4
 ENFERMIZO(A) DURANTE GRAN PARTE
 DE SU VIDA.....5

/42

ENTREVISTADOR: SI ES HOMBRE PASE A C47

SOM3R33 C45 ¿Alguna vez ha tenido períodos menstruales (reglas) irregulares, que no fueron durante su primer año de menstruación?

SI ESPONTANEAMENTE DICE SOLO DURANTE EJERCICIO FISICO INTENSO O AL INICIO DE LA MENOPAUSIA CODIFIQUE SON 1.

MD _____ OTRO _____

SON: 1 2 3 4 5

/43

SOM3R34 C46 ¿Alguna vez ha sangrado excesivamente durante su menstruación (regla)?
 SOMICD11 SI DECLARA ESPONTANEAMENTE SOLO DURANTE DOS AÑOS ALREDEDOR DE LA MENOPAUSIA, CODIFIQUE SON 1.

MD _____ OTRO _____

SON: 1 2 3 4 5

/44

SOM35 C47 CONSIDERANDO DESDE C1, ¿HAY MAS DE 5 PREGUNTAS CODIFICADAS SON 5'S?

NO.....(SALTE A C52).....1
 SI.....5

/45

SOMIC08 C48 ¿HAY ALGO ANOTADO EN LA LINEA MD EN 3 O MAS PREGUNTAS CODIFICADAS SON 5'S?

NO.....(SALTE A C51).....1
 SI.....5

/46

SOMICDC C49 Ud. consultó médicos sobre algunos de estos problemas: (LEA ALGUNOS 5'S CON ANOTACIONES EN LA LINEA MD A PARTIR DE C1).
 ¿Piensa que su médico le examinó y trató bien su problema o quedó inconforme con la manera en que esto fue hecho?

BIENTRATADO.....1
 INSATISFECHO.....5

/47

SOMICDC C50 ¿Con frecuencia estuvo usted en desacuerdo con el diagnóstico de su médico, o con lo que le dijo acerca de estos problemas?

NO.....1
 ALGUNAS VECES.....2
 SI.....5

/48

SOMICDA C51 ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. fue molestado por problemas como (MENCIONE TODOS LOS 5'S EN C16, C20-C46)?

INI: 1 2 3 4 5 6
 EDAD INI: / /
 REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: / /

/49

/51

/52

/54

HIPOCONDRIASIS (sólo en los últimos 12 meses)

HYICDA C52 ¿En los últimos 12 meses ha pasado por un período de 6 meses o más en el cual Ud. estuviera preocupado la mayor parte del tiempo acerca de tener una enfermedad física? NO.....(SALTE A D1).....1 /55
 HY3R SI.....5
 HYICDB

PREGUNTE ANTES DE SONDEAR

¿Acerca de cuál enfermedad estaba usted preocupado?

SON: 1 2 3 4 5 /56

(SX = su preocupación acerca de tener esa enfermedad)

(INCLUYA SOLO ENFERMEDADES FISICAS, SI SE MENCIONAN MUCHAS ENFERMEDADES CODIFIQUE 1)

MD _____ OTRO _____

SI SON 1-4 O NO CONSULTO MEDICO EN C52 SALTE A D1.

C53 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que usted estuvo muy preocupado(a) acerca de esa enfermedad? INI: 1 2 3 4 5 6 /57
 EDAD INI: ____/____ /59
 REC: 1 2 3 4 5 6 /60
 EDAD REC: ____/____ /62

HYICDB C54 ¿La preocupación sobre (ENFERMEDAD) interfirió mucho con su vida durante ese período (6 meses)? NO.....1 /63
 SI.....5

HYICDB C55 ¿Consultó a su médico en varias oportunidades (3 ó +) o visitó a varios médicos debido a su (ENFERMEDAD)? NO.....1 /64
 HY3R SI.....5

HYICDB C56 ¿El doctor o los doctores le hicieron diversos exámenes debido a su (ENFERMEDAD)? NO.....1 /65
 SI.....5

HYICDC C57 ¿Sintió que su doctor trató y examinó bien su enfermedad o estuvo usted insatisfecho(a) con el modo que fue examinado(a) o tratado(a)? BIEN TRATADO....1 /66
 INSATISFECHO.....5

HY3R C58 ¿Con frecuencia pensó que sus médicos estaban equivocados acerca de la causa o diagnóstico o de lo que debió haberse hecho? NO.....1 /67
 HYICDC ALGUNAS VECES....2
 SI.....5

SECCION D: ANSIEDAD/PANICO

PAN3RA D1 ¿Alguna vez ha tenido un episodio o ataque en que de repente se sintió asustado, ansioso o muy intranquilo, en situaciones en que la mayoría de las personas no se sentirían asustadas o ansiosas? NO...(SALTE A D11)...1
SI.....5 /68

PAN3RA D2 ¿Sucedio esto en situaciones en las cuales Ud. no estaba en peligro, no era el centro de la atención o algo como eso? SI RESPONDE SI, PREGUNTE ANTES DE SONDEAR.
¿Podría contarme acerca de un episodio o ataque como esos?
EJ: _____ SON: 1 2 3 4 5 /69
NO: _____ OTRO: _____
SI D2 FUE CODIFICADA COMO 1, SALTE A D11

D3 ENTREVISTADOR: ¿CONSULTO R AL MEDICO EN D2? NO.....1
SI.....5 /70

PAN3RC/ PANICO/B D4 Durante uno de sus peores episodios en que se sintió repentinamente muy asustado(a) o muy intranquilo(a) ¿alguna vez notó que tenía cualquiera de los siguientes problemas? Durante este episodio: LEA CADA SINTOMA Y CODIFIQUE SI O NO PARA CADA UNO.
REPITA "durante este episodio" CUANDO SEA NECESARIO.

| | COL | I | | II | | | |
|--------|-----|---|----|----|----|---|-----------|
| | | NO | SI | NO | SI | | |
| D1/86 | 1. | ¿Se le cortó la respiración, no podía respirar bien?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /72 |
| D3/81 | 2. | ¿Le latió fuerte el corazón?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /74 |
| C2/87 | 3. | ¿Se sintió mareado(a) o aturdido(a)?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /76 |
| C11/85 | 4. | ¿Tuvo opresión, dolor o molestia en su pecho/estómago?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /78 |
| C9 | 5. | ¿Sintió como un hormigueo en los dedos de las manos o en los pies?..... | 1 | 5 | | | /79 |
| C6/86 | 6. | ¿Se sintió como si se estuviera asfixiando o con problemas para tragar?..... | 1 | 5 | | | FIN 02/80 |
| C2/88 | 7. | ¿Sintió como que se desmayaba?..... | 1 | 5 | | | /01 |
| C5/82 | 8. | ¿Sudó?..... | 1 | 5 | | | /02 |
| C4/83 | 9. | ¿Tembló?..... | 1 | 5 | | | /03 |
| C10/82 | 10. | ¿Sintió bochornos o escalofríos?..... | 1 | 5 | | | /04 |
| C8/88 | 11. | ¿Le parecieron las cosas irreales a su alrededor o Ud. se sintió irreal?..... | 1 | 5 | | | /05 |
| C12/89 | 12. | ¿Tuvo miedo de que se pudiera morir?..... | 1 | 5 | | | /06 |
| C13/89 | 13. | ¿Tuvo miedo de que pudiera actuar de una manera loca?..... | 1 | 5 | | | /07 |
| C7 | 14. | ¿Sintió náuseas?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /09 |
| C7/85 | 15. | ¿Sintió dolor de estómago?..... | 1 | 5* | 1 | 5 | /11 |
| C1/86 | 16. | ¿Sintió como si se estuviera sofocando?.... | 1 | 5 | | | /12 |
| D1/84 | 17. | ¿Sintió la boca seca?..... | 1 | 5 | | | /13 |

POR CADA 5ª EN LA COLUMNA I, PREGUNTE:
 ¿Alguna vez fue molestado(a) por (SX) en alguna otra
 ocasión que no haya sido durante un episodio o
 ataque?
 CODIFIQUE EN COLUMNA II.

| | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--------------------------|
| PAN3RC | D5 | ¿HAY MAS DE UNA PREGUNTA CODIFICADA 5 O 5ª EN D4? | NO...(SALTE A D11)...1 SI.....5 | /16 |
| PAN3R | D6 | ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo uno de los episodios repentinos en los que se sintió asustado(a) o ansioso(a) y tenía problemas como.... (MENCIONE TODOS LOS ITEMS CODIFICADOS 5/5ª EN D4, 1-17)? | INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: / / REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: / / | /15 /17 /18 /20 |
| PANICDA | D7 | ¿Alguna vez ha pasado por un período de un mes o más en el cual Ud. tuvo al menos 4 de estos ataques a la semana? | NO.....1 SI...(SALTE A D10)...5 | /21 |
| PAN3RB | D8 | ¿Alguna vez ha tenido 4 episodios o ataques dentro de un período de 4 semanas? | NO.....1 SI...(SALTE A D10)...5 | /22 |
| PAN3RB | D9 | Después de haber tenido un ataque, ¿alguna vez ha pasado por un período de un mes o más, durante el cual estaba permanentemente temeroso de presentar otro ataque? | NO.....1 SI.....5 | /23 |
| PAN3RD PANICDB | D10 | Durante varios de sus ataques en los cuales Ud. se sentía muy asustado(a) o ansioso(a), alguno de estos problemas, tales como... (MENCIONE HASTA 4 SINTOMAS CODIFICADOS 5/5ª EN D4) empezó súbitamente y empeoró durante los primeros minutos del ataque? | NO.....1 SI.....5 | /24 |

ANSIEDAD GENERALIZADA

D11 Ahora quisiera preguntarle acerca de periodos de al menos un mes, en que se sintiera preocupado(a) o ansioso(a).

GAD3RA ¿Alguna vez ha tenido un periodo de un mes o más en el cual la mayor parte del tiempo se sintió preocupado(a) o ansioso(a)?

NO...(SALTE A D20)...1
SI.....5

/25

D12 ¿Cuánto duró el periodo más largo en el cual se sentía preocupado(a) o ansioso(a)?

SI NS PREGUNTE: ¿Fue este de 6 meses o más?
SI DICE SI, CODIFIQUE 95, SI DICE NO, CODIFIQUE 01, SI NS, CODIFIQUE 98.

NO. MESES ___/___

/27

ENTREVISTADOR: ¿SE ANOTO EN D12 6 MESES O MAS?

NO...(SALTE A D20)...1
SI.....5

/28

D13 Durante uno de esos periodos de 6 meses o mas, ¿se sentía Ud. preocupado(a) acerca de cosas que eran muy poco probable que sucedieran?

NO.....1
SI...(SALTE A D15)...5

/29

D14 ¿Se sentía Ud. muy preocupado(a) por cosas que no eran realmente serias?

NO.....1
SI.....5

/30

D15 Durante cualquiera de estos periodos, ¿tenía Ud. diferentes preocupaciones en su mente al mismo tiempo?

NO...(SALTE A D18)...1
SI.....5

/31

D16 ¿Fueron algunas de sus preocupaciones en relación a lo que la gente pudiera hacer o lo que les pudiese suceder?

NO.....1
SI...(SALTE A D18)...5

/32

D17 ¿Qué tipo de cosas eran las que le preocupaban?

SOLO ACERCA DE SINTOMAS PROPIOS
U OBESIDAD.....1
CUALQUIER OTRA COSA.....5

/33

EJEMPLO: _____

GAD3RA 018 Me gustaria preguntarle acerca de otros problemas que Ud. pudo haber tenido cuando Ud. estaba preocupado(a) o ansioso(a). Problemas que no se podrian explicar completamente por una enfermedad fisica o algun medicamento, droga o alcohol que Ud. hubiese tomado.
 Cuando estaba preocupado(a) o ansioso(a), se sentia ademas...

NO SI
 ENF. FISICA
 MED/DROG/ALC.

| | | | | |
|---------|--|---|---|-----|
| D4 | 1) Facilmente cansado(a)?..... | 1 | 5 | /34 |
| D15B14 | 2) Asustadizo(a)?..... | 1 | 5 | /35 |
| D1/C3 | 3) Tembloroso(a) o tremulo(a)?..... | 1 | 5 | /36 |
| D3C11 | 4) Inquieto(a)?..... | 1 | 5 | /37 |
| D2/C10 | 5) Con problemas por la tension, malestar o dolor muscular? | 1 | 5 | /38 |
| D16/C15 | 6) Con dificultades para mantener su mente en lo que estaba haciendo?..... | 1 | 5 | /39 |
| D14/C12 | 7) A punto de descontrolarse?..... | 1 | 5 | /40 |
| D18/C16 | 8) Particularmente irritable?..... | 1 | 5 | /41 |
| D7/C2 | 9) Sudando mucho?..... | 1 | 5 | /42 |
| D6/C1 | 10) Con el corazon palpitante o acelerado?..... | 1 | 5 | /43 |
| D7/C2 | 11) Con las manos frias y pegajosas?..... | 1 | 5 | /44 |
| D9/C7 | 12) Aturdido(a) o con mareos?..... | 1 | 5 | /45 |
| D8/C4 | 13) Con la boca seca?..... | 1 | 5 | /46 |
| D10 | 14) Con nauseas o diarrea?..... | 1 | 5 | /47 |
| D12 | 15) Tenia que orinar con frecuencia?..... | 1 | 5 | /48 |
| D11/C2 | 16) Con bochornos o escalofrios?..... | 1 | 5 | /49 |
| D5/C6 | 17) Con falta de respiracion o sintio como si se estuviera sofocando?..... | 1 | 5 | /50 |
| D13/C13 | 18) Con dificultades para tragar?..... | 1 | 5 | /51 |
| D17/C17 | 19) Con problemas para conciliar o mantener el sueño?..... | 1 | 5 | /52 |
| C5 | 20) Con molestia o dolor en el estomago?..... | 1 | 5 | /53 |
| C8 | 21) Con sensacion de mareo o de irrealidad?..... | 1 | 5 | /54 |
| C9 | 22) Con sensacion de perdida del control o de volverse loco?..... | 1 | 5 | /55 |
| C15 | 23) Con dificultades para concentrarse, debido a las preocupaciones?..... | 1 | 5 | /56 |

SI HAY MENOS DE CUATRO SON 5. EN PREGUNTAS 1 A 23.
 SALTE A D20.

D19 INI/REC: ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. estuvo preocupado(a) o ansioso(a) la mayor parte del tiempo o el menos 6 meses y tuvo algunos problemas como (SINTIEMAS CODIFICADOS 5 EN PREGUNTAS 1 A 23)?
 SI R DICE "TODA LA VIDA", CODIFIQUE 02.

INI: 1 2 3 4 5 6 /57
 EDAD INI: ___/___ /59

¿Cuánto tiempo ha pasado desde el ultimo periodo de 6 meses o más en el cual se sintió ansioso y tenía alguno de esos otros problemas?

REC: 1 2 3 4 5 6 /60
 EDAD REC: ___/___ /62

AGORAFOBIA

AGICDA D20 Algunas personas sienten un miedo tan intenso e irracional a estar en un gentío, salir solos de casa, viajar en autobuses, autos o trenes o cruzar un puente, que siempre se sienten muy molestos en tales situaciones o las evitan a todo costa.
AGPHBR ¿Alguna vez tuvo un período en el que siempre sintió un miedo intenso al estar en situaciones como estas?

NO...(SALTEA D32)....1
 SI.....5

/63

AGICDA A. Tuvo este miedo intenso e irracional al:

- 1) Estar en un gentío o en una cola?.....
- 2) Salir de su casa o al estar solo lejos de su hogar?.....
- 3) Estar en un lugar público?.....
- 4) Viajar en auto, trenes, autobuses o aviones?
- 5) Cruzar un puente?.....

| NO | SI |
|----|----|
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |

/64

/65

/66

/67

/68

SI CODIFICO ALGUN 5, PIDA EJEMPLO

EJ: _____

SI TODOS SON CODIFICADOS 1, PREGUNTE D21, OTROS SALTEN A D22.

D21 ¿Qué tipo de situaciones tenía Ud. en mente cuando dijo que algunas situaciones siempre le producían un miedo intenso?

ANOTE EJEMPLO: _____

NINGUNA DE LAS ANTERIORES (SALTE A D32)....1
 OTRAS.....5

/69

AGICDB D22 Cuando estuvo en esa situación, alguna vez:
AGPHSR

- 1) Se mareó?.....
- 2) Sudó?.....
- 3) Tembló?.....
- 4) Sintió la boca seca?.....
- 5) Sintió que su corazón latía demasiado fuerte?

| NO | SI |
|----|----|
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |

/70

/71

/72

/73

/74

AGICDB A. En esa oportunidad tuvo Ud. (también) molestia en su tórax o abdomen, dificultad para respirar, sensación de estar ahogado o que perdía el control de sí mismo o se volvía loco?

NO.....1
 SI.....5

/75

| | | | |
|------------------|--|--|-------------------------|
| AGICDB AGPH3R | D23 Cuando tuvo ese miedo intenso e irracional, temió desmayarse o presentar otro síntoma incapacitante o embarazoso, cuando no había ayuda disponible o escape posible? | NO.....1 SI.....5 | /76 |
| AGICDC AGPH3R | D24 ¿Alguna vez evito (una de) estas situaciones debido a su miedo intenso e irracional? | NO.....1 SI.....5 | /77 |
| AGPH3R AGICD | D25 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo tales miedos irracionales como (MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D20 A (1-5) O MENCIONADOS EN D21)? | INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: / / REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: / / | FIN 03/80 /01 /03 |
| | D26 ¿CODIFICO 5 LAS PREGUNTAS D22, D23 Y D24? | NO...(SALTE A D32)...1 SI.....5 | /04 |
| AGICDC | D27 ¿Consultó a un médico acerca de (ese miedo/ alguno de esos miedos)? | NO.....1 SI...(SALTE A 2)...5 | /05 |
| | 1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de (el/alguno de ellos)? | NO.....1 SI.....5 | /06 |
| | 2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a (este/estos miedo(s))? | NO.....1 SI.....5 | /07 |
| | 3. ¿Interfirió ese/esos miedo(s) con su vida o actividades en gran medida? (CONTABILICE INTERFERENCIA QUE RESULTA DE EVITAR LAS SITUACIONES TEMIDAS) | NO.....1 SI.....5 | /08 |
| AGPH3RA | D28 ¿Ha sido Ud. alguna vez incapaz de viajar a algún lugar al cual deseaba ir, debido a alguno de estos temores? | NO.....1 SI.....5 | /09 |
| AGPH3RA | D29 ¿Ha sido Ud. alguna vez incapaz de salir de su casa por todo un día debido a (este temor/estos temores)? | NO.....1 SI.....5 | /10 |
| AGPH3RA | D30 ¿SE CODIFICO ATADUE DE PANICO (D2) COMO SON 2-5? | NO...(SALTE A D32)...1 SI.....5 | /11 |

PANAG3R 031 Ud. mencionó episodios en los cuales se sintió
 PANAG1CD súbitamente ansioso(a) o intranquilo(a) y tuvo
 AGICDD (ENUMERE HASTA 3 SINTOMAS CODIFICADOS 5 EN D4)?
 ¿Estos episodios ocurrieron sólo cuando Ud. estaba
 (ENUMERE TODOS LOS MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D20 O
 MENCIONADOS EN D21) y ocurrieron también en otras
 ocasiones?

EPISODIOS SOLO EN SITUA-
 CIONES FOBICAS.....1
 EPISODIOS EN OTRAS SI-
 TUACIONES QUE NO SON
 LAS FOBICAS.....5

/12

FOBIA SOCIAL

D32 Algunas personas sienten un miedo tan intenso e
 irracional de hacer cosas delante de otros, como
 hablar en público, que tratan de evitarlas y se
 sienten extremadamente incómodas e inquietas cuando
 deben hacerlas.

SOCPH3RA ¿Ha tenido alguna vez un miedo intenso e irracional a?:
 SOC3CDA

| | NO | SI | |
|--|----|----|-----|
| 1) Hablar en público?..... | 1 | 5 | /13 |
| 2) Usar baños públicos?..... | 1 | 5 | /14 |
| 3) Comer o beber en público?..... | 1 | 5 | /15 |
| 4) Hablar a personas debido a que Ud. podría no tener nada que decir o lo que dijera pudiera parecer muy tonto?..... | 1 | 5 | /16 |
| 5) Escribir mientras alguien le mira?..... | 1 | 5 | /17 |
| 6) Hablar delante de un pequeño grupo de personas? | 1 | 5 | /18 |

SI CODIFICO ALGUN 5, PIDA UN EJEMPLO

EJ: _____

D33 ¿HAY ALGUN 5 CODIFICADO EN D32?

NO... (SALTE A D42)... 1
 SI..... 5 /19

SOCPH3RA D34 ¿Continuó (alguno de estos/este miedo(s) intenso
 SOC1CDA e irracional por meses o aún años?

NO..... 1
 SI..... 5 /20

SOC1CDC D35 ¿Consultó a un médico sobre el miedo a (ENUMERE
 MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32)?

NO..... 1
 SI... (SALTE A 2)... 5 /21

1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de
 (este/estos miedo(s))?

NO..... 1
 SI..... 5 /22

2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a
 (éste/estos miedo(s))?

NO..... 1
 SI..... 5 /23

SOCPH3RE 3. ¿Interfirió (este/estos) miedos) en gran
 medida con su vida o actividades habituales?

NO..... 1
 SI..... 5 /24

SOCPH3RE D36 ¿Se sintió alguna vez muy molesto(a) con Ud.
SOCICDC mismo(a) por tener miedo a (ENUMERE MIEDOS
CODIFICADOS 5 EN D32)?

NO.....1
SI.....5

/25

D37 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez
que Ud. tuvo un miedo irracional como:
(MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32)?

INI: 1 2 3 4 5 6
EDAD INI: ___/___
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ___/___

/26

/28

/29

/31

SI D34, ALGUNO DE D35, (1-3) Y D36 SE CODIFICARON
1, SALTE A D42.

SOCPH3RE D38 ¿Alguna vez un miedo intenso e irracional a (ENUMERE
SOCICDC MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32) lo/a imposibilitó para
SOCPH3RE llevar a cabo alguna tarea en su trabajo, aceptar
SOCPH3RD nuevas responsabilidades, o para aceptar un nuevo
empleo?

SI NUNCA HA TENIDO EMPLEO, CODIFIQUE 1.

NO.....1
SI.....5

/32

SOCICDC D39 ¿Alguna vez un miedo intenso e irracional a (ENUMERE
SOCPH3RE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D32) lo/a imposibilitó para
SOCPH3RD asistir a algún evento social, reunión o fiesta?

NO.....1
SI.....5

/33

SOCPH3RD D40 Cuando Ud. (tuvo que exponerse a/sabía que tenía que)
SOCICDB (MENCIONE TODOS LOS TEMORES CODIFICADOS 5 EN D32) esto
siempre lo hizo ponerse extremadamente nervioso(a) o
asustado(a), lo(a) hizo sudar, que su corazón latiera
fuerte p le faltó el aire?

NO.....1
SI.....5

/34

D41 Cuando Ud. tuvo que (MIEDO)

- 1) Tembló o enrojeció?
- 2) Sintió que vomitaba o temió hacerlo?
- 3) Temió hacer algo muy bochornoso?

| NO | SI |
|----|----|
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |

/35

/36

/37

D42 Hay algunas otras cosas que provocan en algunas personas un miedo tan irracional que tratan de evitarlas a toda costa.

MPH3RA
SIMP3RE
S:MICDA

Alguna vez ha sentido un miedo intenso e irracional a:

| | NO | SI | |
|--|----|----|-----|
| 1) La altura?..... | 1 | 5 | /38 |
| 2) Volar?..... | 1 | 5 | /39 |
| 3) Ver sangre?..... | 1 | 5 | /40 |
| 4) Tormentas, truenos o relámpagos?..... | 1 | 5 | /41 |
| 5) Culebras, pájaros, ratas, insectos y otros animales?..... | 1 | 5 | /42 |
| 6) Espacios cerrados?..... | 1 | 5 | /43 |
| 7) Que le pongan una (vacuna/inyeccion) o ir al dentista? | 1 | 5 | /44 |
| 8) Estar en el agua, como en una alberca o lago? | 1 | 5 | /45 |
| 9) Estar solo..... | 1 | 5 | /46 |
| 10) Alguna otra cosa (tuneles, enfermedades).... | 1 | 5 | /47 |

SI DICE SI, ANOTE EJEMPLO

D43 HAY ALGUN 5 CODIFICADO EN D42 (1-10)?

| | | |
|------------------------|---|-----|
| NO... (SALTE A E1).... | 1 | |
| SI..... | 5 | /48 |

MPH3RA
S:MICDA

D44 ¿Continúa (este/alguno de estos) miedos intensos e irracionales por meses o años?

| | | |
|---------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI..... | 5 | /49 |

S:MICDC

D45 ¿Consultó a un médico sobre el miedo a (ENUMERE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D42)?

| | | |
|-----------------------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI... (SALTE A 2).... | 5 | /50 |

1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de (este/estos miedo(s))?

| | | |
|---------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI..... | 5 | /51 |

2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a (este/estos miedo(s))?

| | | |
|---------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI..... | 5 | /52 |

MPH3RB

3. ¿Interfirió (este/estos) miedo(s) en gran medida con su vida o actividades habituales? CONSIDERE INTERFERENCIAS PRODUCIDAS POR LA EVITACION

| | | |
|---------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI..... | 5 | /53 |

SIMP3RE
S:ICDC

D46 ¿Alguna vez se ha sentido muy molesto(a) con Ud. mismo por haber tenido (este/estos miedo(s) irracionales a (MENCIONE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D42).

| | | |
|---------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI..... | 5 | /54 |

D47 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo un miedo intenso e irracional como: (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D42)?

INI: 1 2 3 4 5 6
EDAD INI: ___/___
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ___/___

/55
/57
/58
/60

SI D44, D45 y D46 SON CODIFICADOS 1, SALTE A E1

SIMPH3RD
SIMPH3RE
SIMICDC

D48 ¿Alguna vez se ha visto imposibilitado(a) de realizar alguna tarea en su trabajo, de aceptar un nuevo empleo a causa de un miedo irracional a (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D42).

SI NUNCA HA TENIDO EMPLEO, CODIFIQUE 1.

NO.....1
SI.....5

/61

SIMICDC
SIMPH3RD
SIMPH3RE

D49 ¿Alguna vez a causa de un temor irracional a (MENCIONE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D42) se ha visto imposibilitado(a) de asistir a algún evento social, reunión o fiesta?

NO.....1
SI.....5

/62

SIMPH3RB
SIMICDB
SIMICDD

D50 Cuando Ud. (tuvo que exponerse a/sabía que tenía que) (MENCIONE TODOS LOS TEMORES CODIFICADOS 5 EN D42) esto siempre lo hizo ponerse extremadamente nervioso(a) o asustado(a), lo(a) hizo sudar, que su corazón latiera fuerte o le faltó el aire?

NO.....1
SI.....5

/63

SECCION E: DEPRESION L1-E49

EP3RA1 E1 Durante su vida, ¿alguna vez ha tenido dos semanas
 JEP3RA2 o mas en las que casi todos los días se sintió
 DEPICDA1 triste, melancólico o deprimido? SON: 1 5 /64

JYS3RA E2 Durante su vida, ¿alguna vez ha tenido un periodo de
 DYSSICDA 2 años o más durante el cual se sintiera deprimido(a)
 o triste la mayoría de los días, aun cuando usted se
 sintiera bien a veces?
 NO....(SALTE A E7)....1
 SI....(PREG. A ANTES
 DE SONDEAR).....5 /65

DYS3RC A. ¿Alguna vez un periodo como ese duro 2 años, sin
 JYSSICDA ser interrumpido por un lapso de 2 meses o más, en
 el cual usted se sintiera bien? SON: 1 2 5 /66

SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E7

INI/REC: ¿Cuándo se inició/finalizó su (primer/ultimo) periodo
 de al menos dos años de sentirse triste la mayor parte de los
 días?

INI: 1 2 3 4 5 6 /67
 EDAD INI: ___/___ /69
 REC: 1 2 3 4 5 6 /70
 EDAD REC: ___/___ /72

YSIC5 E3 Durante este periodo ¿lloró usted frecuentemente?
 NO.....1
 SI.....5 /73

DYSICD7 E4 Durante este periodo ¿se sintió frecuentemente
 desesperanzado? NO.....1
 SI.....5 /74

DYSICD8 E5 Durante este periodo de 2 años o más ¿sintió
 frecuentemente que no era capaz de llevar a cabo
 sus actividades diarias y responsabilidades? NO.....1
 SI.....5 /75

YSICD9 E6 Durante este periodo ¿sintió que su vida había
 sido siempre mala y que no iba a mejorar mucho
 más? NO.....1
 SI.....5 /76

ENTREVISTADOR: PREGUNTE E7-E31,
OMITA PALABRAS EN [], CODIFIQUE
EN COLUMNA 1.

| APETITO | | I ALGUNA VEZ | | | | II PEOR PERIODO NO SI | | | |
|---------------------------------|--|--------------------|---|---|----|--------------------------------|------------|-----------|--|
| DEP3RA3 DYS3RB1 DEPICDB10 | E7 ¿Alguna vez ha tenido un período de dos semanas o más durante el cuál perdió (Perdió Ud) el apetito? PUEDE SER POSITIVO AUNQUE COMA EN FORMA NORMAL. | SON: 1 | 3 | 4 | 5* | 1 | 5 | /78 | |
| | MD: _____ OTRO: _____ | | | | | | | | |
| | SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E 8. | | | | | | | | |
| DEPICDS* DEPICDS6 | A. Durante (este/alguno) de este episodio(s) perdió completamente su apetito? | NO.....1 | | | | | 1 | 5 | |
| | | SI.....5 | | | | | | | |
| DEP3RA3 DEPICDB10 | EB ¿Alguna vez ha perdido (Perdió Ud.) peso sin querer, tanto como un kilo a la semana durante varias semanas o tanto como 4 ó 5 kilos en total? | SON: 1 | 3 | 4 | 5* | 1 | 5 | FIN 04/01 | |
| | MD: _____ OTRO: _____ | | | | | | | | |
| | SI NO CODIFICO 5, SALTE A E9 | | | | | | | | |
| DEPICDS* DEPICDS7 | A. Durante (este/cualquiera de estos) periodos cuanto peso perdió? | KG ___/___ | | | | | KG ___/___ | /05 | |
| DEP3RA3 DYS3RB1 DEICDB10 | E9 ¿Alguna vez ha pasado Ud. por un período de dos semanas o más durante el cual (Ha tenido Ud.) aumentó su apetito sin que Ud. estuviera creciendo (o embarazada)? | SON: 1 | 3 | 4 | 5* | 1 | 5 | /07 | |
| DEICDB10 | MD: _____ OTRO: _____ | | | | | | | | |
| DEP3RA3 DEICDB10 | E10 ¿Alguna vez ha pasado por un período durante el cual comiera tanto que [comió mucho más de lo acostumbrado que] aumentó al menos un kilo por semana durante varias semanas (ó 4 ó 5 kilos en total)? | SON: 1 | 3 | 4 | 5* | 1 | 5 | /09 | |
| | CODIFIQUE 1 SI ES POSTERIOR A MALNUTRICION. | | | | | | | | |
| | MD: _____ OTRO: _____ | | | | | | | | |
| | SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E11 | | | | | | | | |
| DEPICDS* | A. ¿Cuánto es lo máximo que Ud. ha subido de peso en (este/estos) período(s)? | KG ___/___ | | | | | KG ___/___ | /13 | |

SUEÑO

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA4 E11 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DYS3RB2 o más en que tuviera, casi todas las noches [Tuvo Ud.]
DYSICC2 problemas para dormirse? SON: 1 3 4 5* 1 5 /15

MD: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E12

DEPICDS* A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
o más en que casi todas las noches tardó [Tardó Ud.] NO.....1
DYS3RB2 al menos dos horas en quedarse dormido(a)? SI.....5 1 5 /17

DEP3RA4 E12 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICDB9 o más en que casi todas las noches [Ud.] tuvo
DYS3RB2 problemas en permanecer dormido? SON: 1 3 4 5* 1 5 /19

MD: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E13

DEPICDS* A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
o más en que casi todas las noches se mantuvo [Se NO.....1 1 5
DYS3RB2 mantuvo Ud.] despierto más de una hora? SI.....5 /21

DEP3RA4 E13 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICDB9 o más en que casi todas las noches tuvo [Tuvo Ud.]
DYS3RB2 problemas por despertar demasiado temprano? SON: 1 3 4 5* 1 5 /23

MD: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5 SALTE A E14.

DEPICDS* A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICD53 o más en que casi todas las mañanas Ud. [Ud.] se
despertaba al menos 2 horas antes de lo que deseaba? NO.....1 1 5
SI.....5 /25

DEP3RA4 E14 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DYS3RB2 o más en que casi a diario Ud. [Ud] dormía mucho? SON: 1 3 4 5* 1 5 /27

MD: _____ OTRO: _____

CANSANCIO

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA6 E15 ¿Alguna vez ha pasado por un período de 2 semanas o más
DYS3RB3 en que se ha sentido sin energía o [Se sentía Ud] agotado
DEPICDA3 todo el tiempo, aun cuando no hubiese estado trabajando
SZ3RD9 intensamente?
DYSICDC1

SON: 1 3 4 5* 1 5 /29

MD: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5 SALTE A E16

DEPICDS* A. ¿Alguna vez ha estado Ud. [Estuvo Ud.] completamente
sin energía por dos semanas o más?

NO.....1 1 5
SI.....5

/31

MEL3R3 E16 ¿Alguna vez ha pasado Ud. por un período de 2 semanas o más
DEPICDS4 en que se sintió [Se sintió Ud] muy mal al levantarse, pero
mejor durante el día?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /33

MD: _____ OTRO: _____

LENTITUD/INQUIETUD

DEP3RA5 E17 ¿Alguna vez ha pasado por un período de 2 semanas o más
MEL3R5 en que casi a diario hablaba o se movía [Habló o se
DEPICDB8 movió] más lentamente que lo normal para Ud.?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /35

MD: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E18.

DEPICDS5 A. Durante este (uno de estos) período(s) notó [Notó]
DEPICDS* alguien que Ud. hablaba o se movía lentamente?

NO.....1 1 5
SI.....5 /37

DEP3RA5 E18 ¿Alguna vez ha pasado por un período de 2 semanas o más
MEL3R5 en que casi a diario Ud. tenía [Sentía Ud. que tenía]
DEPICDB8 que estar en continuo movimiento, es decir, no podía
MAN3RB6 sentarse tranquilo(a) y tenía que andar de un lado para
DEPICDS otro?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /39

MD: _____ OTRO: _____

INTERES PERDIDO

I
ALGUNA
VEZ

II
POR
PERDIDO
NO SI

7EPICDA2 E19 ¿Ha pasado alguna vez por un periodo de varias
JEP3RA2 semanas en el cual su interés sexual (Su interés
DYSICD6 en el sexo fue mucho menos de lo acostumbrado? SON: 1 3 4 5* 6 1 5 /41

NO: _____ OTRO: _____

SI DECLARA QUE NUNCA HA TENIDO INTERES, CODIFIQUE
SON 6, Y SALTE A E20.
SI NO CODIFICO 5, SALTE A E20.

7EPICDB8 A. ¿Alguna vez perdió (Perdió Ud.) completamente
DEPICD5* el interés en el sexo? NO.....1 1 5
SI.....5 /43

7YSICD6 E20 ¿Ha tenido alguna vez un periodo de dos semanas
NEL3R1 o más en que Ud. perdió (Perdió Ud.) interés en
7EP3RA2 la mayoría de las cosas, tales como el trabajo,
D33RD9 pasatiempos o cosas que a Ud. usualmente le
DEPICDA2 gustaba hacer para entretenerse? SON: 1 3 4 5* 1 5 /48

NO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E21

DEPICD51 A. ¿Alguna vez perdió (Perdió Ud.) completamente
7EPICD5* el interés en todas las cosas que a Ud.
usualmente le gustaba hacer para entretenerse? NO.....1 1 5
SI.....5 /47

7EL3R2 E21 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
7EPICD52 o más en que Ud. perdió (Perdió Ud.) la capacidad
para disfrutar de las cosas buenas que le sucedían,
como por ejemplo ganar algo o ser felicitado(a) ó
alabado(a)? NO.....1 1 5
SI.....5 /49

MINUSVALIA

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA7 E22 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICDB5 o más en que casi a diario se sintió (Se sintió Ud.)

| | NO | SI | NO | SI | |
|----------------------|----|----|----|----|-----|
| 1) que no valía nada | 1 | 5* | 1 | 5 | /51 |
| 2) pecador(a) | 1 | 5* | 1 | 5 | /53 |
| 3) culpable | 1 | 5* | 1 | 5 | /55 |

SI HAY ALGUN 5, PREGUNTE:
¿Hubo alguna razón particular
para sentirse (que no valía
nada, pecador(a), culpable)
ANOTE EJEMPLO

Ej: _____

SI QUE NO VALIA NADA FUE CODIFICADO 1,
SALTE A E23.

DEPICDS° A. ¿Alguna vez sintió (Sintió Ud.)
que no valía nada por una semana o más?

| | | | |
|----------|---|---|-----|
| NO.....1 | 1 | 5 | |
| SI.....5 | | | /57 |

DYS3RB4 E23 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICDB4 o más en que sintió (Sintió Ud.) que no era tan bueno(a)
DYSICDC3 como otras personas o inferior?

| | | | |
|-----------|---|---|-----|
| SON: 1 5* | 1 | 5 | /59 |
|-----------|---|---|-----|

DYS3RB4 E24 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICDB4 o más en que Ud. tenía (Tuvo Ud.) tan poca confianza
DYSICDC3 en sí mismo(a) que ni siquiera se atrevió a expresar sus
deseos sobre cualquier cosa?

| | | | |
|-----------|---|---|-----|
| SON: 1 5* | 1 | 5 | /61 |
|-----------|---|---|-----|

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E25

DEPICDS° A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
o más en que Ud. perdió completamente (Perdió Ud
completamente) la confianza en sí mismo(a)?

| | | | |
|----------|---|---|-----|
| NO.....1 | 1 | 5 | |
| SI.....5 | | | /63 |

DIFICULTAD DE PENSAMIENTO

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RAB E25 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi a diario Ud. tuvo (Tuvo Ud.) mucha más dificultad en concentrarse de lo que es normal para usted?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /65

MD: _____ OTRO: _____

DEPICD5* A. ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que era incapaz (Era incapaz) de leer cosas que habitualmente le interesaban o de ver la televisión o las películas que usualmente le agradaban, debido a que no podía ponerles atención?

NO.....1 1 5 /67
SI.....5

DYSICD4 E26 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi a diario le venían sus pensamientos (Le vinieron sus pensamientos) mucho más lento de lo usual o le parecían confusos?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /69

MD: _____ OTRO: _____

DYS3R85 E27 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas o más en que casi a diario Ud. era (Era Ud.) incapaz de decidir sobre cosas que por lo general le resultaban fáciles de decidir?

SON: 1 3 4 5* 1 5 /71

MD: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E28

DEPICD5* A. ¿Alguna vez ha tenido un período de dos semanas o más en que Ud. era (Era Ud.) completamente incapaz de decidir sobre cosas que por lo general le resultaban fáciles de decidir?

NO.....1 1 5 /73
SI.....5

PENSAMIENTOS SOBRE LA MUERTE

1
ALGUNA
VEZ

11
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA9 E28 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICDB6 o más, en que pensó [Pensó Ud.] mucho en la muerte,
ya sea en la suya, en la de otra persona o en la
muerte en general? SON: 1 5* 1 5 /75

DEP3RA9 E29 ¿Alguna vez ha pasado por un período de dos semanas
DEPICDB6 o más en que sintió (Sintió Ud.) que quería morirse? SON: 1 5* 1 5 /77

DEP3RA9 E30 ¿Alguna vez se ha sentido [Se sintió] tan decaído(a)
DEPICDB6 que pensó en suicidarse? SON: 1 5* 1 5 /79

DEP3RA9 E31 ¿Alguna vez ha intentado [Intentó Ud.] suicidarse?
DEPICDB6 SON: 1 5* 1 5 FIN 05/01

E32 ENTREVISTADOR: HUBO 5'S CODIFICADOS
EN 3 O MAS RECUADROS DESDE E7 NO....(SALTE A F1)....1
SI.....5 /02

E33 SE CODIFICO E1 (TRISTE O DEPRIMIDO
E20 (PERDIDA DE INTERES) COMO SON 5 NO....(SALTE A E36)....1
SI.....5 /03

DEP3R E34 Ud. ha dicho que tuvo un período en el que el
DYS3R sentirse (deprimido(a) o desinteresado(a)/
DEPICDAB EQUIVALENTE PERSONAL) y además dijo haber tenido
DYSICDAB otros problemas como (ENUMERE SON 5'S EN F7-E31)

¿Ha habido alguna vez un período en el que el
sentirse (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y
algunos de estos otros problemas ocurrieron
juntos, es decir en el mismo mes? NO....(PREGUNTE A)....1
SI....(SALTE A E35)....5 /04

A. Si es que nunca ha pasado por un período en
el cual se ha sentido (deprimido(a)/EQUIVALENTE
PERSONAL) y a la vez tuvo alguno de estos
otros problemas? NUNCA TUVO UN PERIODO..
SALTE A F1).....1
TUVO UN PERIODO.....5 /05

E35 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que
usted pasó por un período de dos semanas o más en
el que tuvo alguno de estos otros problemas y
también se sintió deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) INI: 1 2 3 4 5 6 /06
EDAD INI: ___/___ /08
REC: 1 2 3 4 5 6 /09
EDAD REC: ___/___ /11

SALTE A E36

DEP3R E36 Ud. dijo que había tenido períodos en que
 DYS3R (ENUMERE SON 5ºS EN E7-E31).
 DEPICDAB ¿En alguna ocasión le ocurrieron varios de estos
 DYSICDAC problemas juntos, es decir durante el mismo mes?

NO...(SALTE A F1)....1
 SI.....5

/12

A. Al mismo tiempo en que tuvo alguno de estos
 problemas, ¿se sentía bien o se sentía muy
 deprimido(a), decaído(a), triste o
 desinteresado(a) en todo?

BIEN...(SALTE A F1)...1
 DEPRIMIDO(A), DECAIDO(A), ETC...5

/13

E37 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última)
 vez en que Ud. pasó por un período de dos
 semanas o más en el que tuvo alguno de estos
 problemas y también se sintió (triste o
 desinteresado(a) en todo)?

INI: 1 2 3 4 5 6
 EDAD INI: / /
 REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: / /

/14
 /16
 /17
 /19

DEP3R E38 ¿Cuánto ha durado el episodio más largo que
 DYS3R ha tenido en el cual se ha sentido
 DYSICDA (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y tuvo
 varios de estos problemas a la vez? SI TODA
 LA VIDA O MAS DE 19 AÑOS, ANOTE 996.
 AÑOSx52 = No. DE SEMANAS,
 MESES x 4 = No. SEMANAS.

/ / / / /
 No. SEMANAS

/22

SI DE 1 A 13 DÍAS, ANOTE 001, Y SALTE A F1,
 SI MENOS DE 24 SEMANAS, SALTE A E41,
 SI DE 24 A 104 SEMANAS SALTE A E40.
 SI MAS DE 2 AÑOS: PREGUNTE E39 INI/REC.

E39 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última)
 vez que pasó por un período de dos años o
 más en el cual se sintió (deprimido(a)/
 EQUIVALENTE PERSONAL) y tuvo alguno de
 estos problemas a la vez?

INI: 1 2 3 4 5 6
 EDAD INI: / /
 REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: / /

/23
 /25
 /26
 /28

GAB3RC E40 ENTREVISTADOR: SI D15 FUE CODIFICADO 5,
 (PREOCUPACION PERMANENTE ACERCA DE MUCHAS
 COSAS), PREGUNTE E40: OTROS SALTEN A E41.
 Ud. dijo anteriormente que había tenido un
 largo período durante el cual se sentía
 ansioso(a) y preocupado(a) por diversas
 cosas.
 ¿Coincidió ese período en el que estaba
 preocupado(a) y ansioso(a) con un período
 en que Ud. estaba deprimido(a)?

NO.....1
 SI.....5

/29

DEPICDRTB E41 Ahora quisiera preguntarle acerca de episodios
 en los que se ha sentido no sólo (deprimido(a)/
 EQUIVALENTE PERSONAL) sino que también tuvo
 algunos de estos otros problemas como:
 (ENUMERE CUALQUIER ITEM CODIFICADO SON 5º DE
 2 ó 3 RECUADROS DE E7-E31). Durante su vida,
 ¿Cuántos episodios como éste ha tenido que le
 hayan durado dos semanas o más? SI 96 EPISODIOS
 o más, ANOTE 96.
 SI SOLO UN EPISODIO, SALTE A E42

/ / / / /

/31

| | | | |
|---------------------|---|--------------------------------------|-----|
| DEP3RR7 | A. Entre (cualquiera de) estos episodios, ¿Se sintió bien al menos por algunos meses? | NO...(SALTE A E42)...1 BIEN.....5 | /32 |
| DEPICDR7B | B. Entre (cualquiera de) estos episodios ¿Fue Ud. perfectamente capaz de trabajar y disfrutar estando con otras personas? | NO...(SALTE A E42)...1 SI.....5 | /33 |
| DEPICDR7B | C. ¿Duró ese período "normal" al menos 6 meses? | NO.....1 SI...(SALTE A E42)...5 | /34 |
| | D. ¿Duró al menos 2 meses? | NO.....1 SI.....5 | /35 |
| DEP3RSE DEPICD5* | E42 ¿Alguna vez estuvo Ud. hospitalizado(a) debido a (ese episodio/cualquiera de esos episodios) depresivos? | NO.....1 SI...(SALTE A E44)...5 | /36 |
| E43 | ¿Consultó a un médico sobre (ese episodio/ cualquiera de esos episodios)? | NO.....1 SI...(SALTE A 2)...5 | /37 |
| | 1. ¿Consultó a cualquier otro profesional sobre (ese episodio/cualquiera de esos episodios)? | NO.....1 SI.....5 | /38 |
| | 2. ¿Tomó medicina más de una vez a causa de (ese episodio/cualquiera de esos episodios)? | NO.....1 SI.....5 | /39 |
| | 3. ¿(Interfirió ese episodio/interfirieron esos episodios) mucho con su vida, trabajo o actividades? | NO.....1 SI.....5 | /40 |
| DEP3RSEV DEP3RB2 | 4. ¿Fue alguno de estos episodios tan serio que le impidió trabajar o visitar amigos o parientes? | NO.....1 SI.....5 | /41 |

E44 ¿Este episodio ocurrió/cualquiera de estos episodios ocurrieron) poco después que se le murió un ser querido?
 SI DECLARA VOLUNTARIAMENTE QUE COMENZO 2 MESES DESPUES DE UNA MUERTE CODIFIQUE 1 Y SALTE A PREG. (E45)
 NO...(SALTE A E45)....1
 SI.....5 /42

A. ¿Ha tenido algún episodio de (depresión/EQUIVALENTE PERSONAL) al mismo tiempo que tenía estos otros problemas tales como (ENUMERE 3 SX CODIFICADOS (5º) DE LAS PREGUNTAS E7-E31) inmediatamente después de la muerte de alguien?
 NO, SOLO DESPUES DE MUERTE (SALTE A E45)...1
 SI, OTRAS VECES.....5 /43

B. SI EL EPISODIO EN EL ULTIMO AÑO (E35 INI = 1-5 O E37 REC = 1-5), PREGUNTE: ¿El episodio (los episodios) de depresión que tuvo en el último año, se debió (debieron) a que alguien cercano a Ud. murió?
 SI, OCASIONADOS SOLO POR MUERTE.....2
 NO, NO SOLO POR MUERTE.....5 /44

E45 ENTREVISTADOR: ¿HAY MAS DE UN EPISODIO CODIFICADO EN E41?
 NO.....1
 SI...(SALTE A E47)....5 /45

E46 ENTREVISTADOR: ¿EL EPISODIO MAS LARGO DURO MAS DE 52 SEMANAS (E38)?
 NO...(SALTE A E48)...1
 SI.....5 /46

E47 Ahora, me gustaría saber más acerca de la vez en que se sintió (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) al menos por dos semanas y al mismo tiempo tuvo la mayor cantidad de estos otros problemas. ¿Qué edad tenía entonces? (SI NO PUEDE ESCOGER, señale entonces uno de los peores episodios).
 /___/___/ /48

E48 Me gustaría saber cuál de estos otros problemas tuvo usted durante ese episodio de (depresión/ EQUIVALENTE PERSONAL). Durante ese episodio cuando tenía _____ años. VUELVA A E7 Y LEA CADA PREGUNTA CODIFICADA SON (5/5º) EN LAS PREGS. E7-E31), COMENZANDO CON LAS PALABRAS ENTRE [].

SI OCURRIO DURANTE ESTE EPISODIO DE DEPRESION.....CODIFIQUE 5 EN COLUMNA II
 SI NO OCURRIO ENTONCES.....CODIFIQUE 1 EN COLUMNA II

SI MAS DE UN EPISODIO, PREGUNTE E-49
 SI NO, VAYA A F1.

EP38B2

DEP3R

DEP3R
 DEPICDAB

DEPICSR7D E49 Ud. me dijo que había tenido más de un episodio en que se sintió (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL). Durante cualquiera de sus otros episodios ¿tuvo de estos otros problemas tanto como en el episodio que recién describió?

NO.....1
SI...(EN AL MENOS
UNO).....5

SECCION F: MANIA

MAN3RA F1 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de al menos dos
 MANICDA días en que se sintiera demasiado alegre, exaltado/a o
 MPICDA eufórico/a. hasta el punto de meterse en dificultades
 o preocupar a su familia o amigos o que un médico dijera
 que Ud. estaba maniaco/a?

SON: 1 3 5

MED/DROGA/ALC: _____

SI CODIFICO 5, SALTA A F3

MPICDA F2 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de varios días en
 MAN3RA se sintiera tan irritable que rompiera o arrojara cosas,
 MANICDA empezara discusiones, gritara a las personas o le pegara
 a alguien?

SON: 1 3 5

MED/DROGA/ALC: _____

ENTREVISTADOR: PREGUNTE F3-F12 OMITIENDO PALABRAS ENTRE [].
 CODIFIQUE EN COLUMNA I.

| I | ALGUNA | PEOR |
|-----|---------|-------|
| VEZ | PERIODO | NO SI |

MAN3RB6 F3 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo
 MANICDB4 en que estuvo [Estuvo] mucho más
 MPICDB1 activo/a que lo usual, al punto que
 Ud. se preocupó o preocupó a su
 familia o amigos?

SON: 1 3 4 5 1 5

MO: _____ OTRO: _____

A: SI CODIFICO SON 5 PREGUNTE:

¿Era Ud. capaz de estar así de
 activo sin cansarse? NO....1
 SI....5

MAN3RB6 F4 SI E18 ('estar en continuo movimien-
 MPICDB1 to') SE CODIFICO SON '5', CODIFIQUE
 MANICDB1 '5' SIN PREGUNTAR:
 ¿Alguna vez ha psado por un periodo
 de varios días en que no podía
 [Era capaz de] sentarse tranquilo y
 tenía que andar de un lado para otro?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB7 F5 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que (Ud.) despilfarró, o sea gastó tanto dinero que le causó problemas económicos a Ud. o a su familia, o en que tomó decisiones estúpidas en relación al dinero?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB7 F6 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que su interés en el sexo fue (En ese tiempo fue su interés en el sexo) mucho más fuerte que lo usual para Ud. Por ejemplo, un periodo en que quería tener relaciones sexuales con más frecuencia que lo normal o con personas que normalmente no le hubieran interesado?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB3 F7 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que habló (habló Ud.) tan rápido que la gente decía que no podía entenderle o en el que Ud. se mantenía hablando todo el tiempo?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN2RB4 F8 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que sus pensamientos pasaban tan rápido (Pasaron sus pensamientos tan rápido) por su cabeza que no podía seguirlos?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB1 F9 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que sentía (Sintió) que tenía un don especial o poderes especiales para hacer cosas, que otros no podían hacer, o que Ud. era una persona especialmente importante?

SON: 1 3 4 5 1 5

PIDA UN EJEMPLO ANTES DE SONDEAR:

EJEMPLO: -----

SI CALIFICA COMO SON5, PERO ES POSIBLE CODIFIQUE 6

MED/DROGA/ALC: _____

F10 A. ENTREVISTADOR: FUE CODIFICADA F9 COMO SON

5

NO... (SALTE A F11)... 1

SI..... 5

MANICUC1

B. DICE ESPONTANEAMENTE EL ENTREVISTADO SER UNA PERSONA QUE NO PUEDE SER (POR EJ. JESUS O UN CONSEJERO PRESIDENCIAL).

NO..... 1

SI..... 5

MANICDC1

C. DICE ESPONTANEAMENTE EL ENTREVISTADO TEMER PODERES QUE NO PUEDE TENER (POR EJ. CONTROL DE POLITICAS EXTRANJERAS O LEER LA MENTE)

NO..... 1

SI..... 5

| I | | II | |
|------------|--|--------------|----|
| ALGUNA VEZ | | PEOR PERIODO | |
| | | NO | SI |

MAN3RB2
MANICDB5
NPICDB4

F11 ¿Alguna vez ha psado por un periodo en que casi no dormía [Casi no durmió] pero, no se sentía cansado/a ni con sueño?

SON: 1 3 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB5
MANICDB7
NPICDB3

F12 ¿Hubó alguna vez un periodo en que perdía [Perdió] la concentración tan fácilmente que cualquier pequeña interrupción le hacía perder el hilo?

SON: 1 3 5 1 5

MD:----- OTRO: -----

F13 ENTREVISTADOR: SE CODIFICARON 2 O MAS SONS ENTRE F3-F12?

NO... (SALTE A G1)... 1

SI..... 5

F14 ENTREVISTADOR: SE CODIFICARON SONS LAS PRECUNTAS F1 (exaltado/manfaco/excitado) o F2 (irritable)

NO... (SALTE A F17)... 1

SI..... 5

MAN3RB
MANICDAB
HPICBAB

F15 Ud. dijo que había un periodo durante el cual se había sentido (alegre/excitado/manfaco/irritable/EQUIVALENTE PERSONAL) Y también dijo haber tenido algunas sensaciones o experiencias como (ENUMERE SON 5)'S EN F3-F12).

Alguna vez hubo un periodo en el cual se sintió muy exaltado o manfaco o irritable al mismo tiempo que tenía algunas de estas otras experiencias?

NO...(PREG. A).....1
SI...(FALTE A F16)....5

A. Entonces Ud. nunca ha tenido un periodo en el cual se sintiera (muy alegre), excitado, manfaco, irritable/EQUIVALENTE PERSONAL) y al mismo tiempo tuviera alguna de esas otras experiencias?

NUNCA HUBO UN PERIODO.....
... (SALTE A G1).....1
HUBO UN PERIODO5

F16 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo un periodo en el cual se sintiera (exaltado/EQUIVALENTE PERSONAL) y al mismo tiempo tuviera alguna de esas otras experiencias o sensaciones?

INI: 1 2 3 4 5 6
EDAD INI: —/—
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: —/—

(SALTE A F19)

MAN3RB
MANICDAB
HPICDAB

F17 Ud. dijo que había tenido periodos en los cuales (ENUMERE TODOS LOS SON: 5 EN LAS PREGUNTAS F3-F12). Alguna vez hubo un periodo en el cual algunas de estas sensaciones o experiencias ocurrieran juntas?

NO...(SALTE A G1).....1
SI.....5

MAN3RA

A. ¿Cuándo Ud. se sentía de esa manera, estaba mucho más irritable, o excitado, o alegre de lo que es normal para Ud. o con ganas de pelear o discutir?

NO...(SALTE A G1).....1
SI.....5

F18 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. presentó un periodo durante el cual tuvo algunas de estas experiencias y también estaba mucho más irritable o dis-cutidor, alegre o exaltado?

INI: 1 2 3 4 5 6
EDAD INI: —/—
REC: 1 2 3 4 5 6
AD REC: —/—

MANICDA

F19 ¿Cuál ha sido el episodio más largo que Ud. tuvo durante el cual se sintiera (exaltado, irritado/EQUIVALENTE PERSONAL) y tuviera varias de esas otras experiencias como (ENUMERE VARIOS SON [5] CODIFICADOS EN F1-F12).

SI MAS DE TRES AÑOS, CODIFIQUE QUE 996.

□ □ □ □ □

DÍAS

F20 ¿Durante toda su vida, cuántos episodios como ese ha tenido?

SI 96 EPISODIOS o más, ANOTE 96.

□ □ □

EPISODIOS

MAN3RC
MAN3REV

F21 ¿Alguna vez estuvo Ud. hospitalizado debido a (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?

NO...(SALTE A G1).....1
SI.....5

F22 1. ¿Consultó a un médico sobre (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?

NO.....1
SI...(SALTE A 3).....5

2. ¿Consultó a algún otro profesional sobre (ese/cualquiera de esos episodios)?

NO.....1
SI.....5

3. ¿Tomó medicina más de una vez a causa de (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?

NO.....1
SI.....5

MAN3RSEV
MANICDA
HPICDB

4. ¿(Interfirió ese episodio/interfirieron esos episodios) mucho con su vida, trabajo o actividades?

NO.....1
SI.....5

F23 SE CODIFICO MAS DE UN EPISODIO EN F20

NO...(SALTE A F25)....1
SI.....5

MAN3R

F24 Ahora me gustaría saber acerca del tiempo en el cual se sentía (exaltado/irritable/EQUIVALENTE PERSONAL) y tenía el mayor número de esas otras experiencias al mismo tiempo.

¿Qué edad tenía Ud. en esa época?

SI NO PUEDE ESCOGER: Entonces escoja un episodio intenso.

□ □ □

EDAD

MAN3R

F24 Durante ese episodio en el cual estaba
(exaltado irritable/EQUIVALENTE PERSONAL
cuando tenía — años de edad, ¿cuál
de estas experiencias tuvo? VUELVA A F3 Y
LEA CADA PREGUNTA CODIFICADA SON 5 EN
F-3F12), COMENZANDO CON LAS PALABRAS ENTRE
[].

SI OCURRIO DURANTE ESTE EPISODIO
MANIACO CODIFIQUE 5 EN COLUMNA II.
SI NO OCURRIO..... CODIFIQUE 1 EN COLUMNA II.

11-12
11-13
11-14
11-15
11-16
11-17
11-18
11-19
11-20
11-21
11-22
11-23
11-24
11-25
11-26
11-27
11-28
11-29
11-30
11-31
11-32
11-33
11-34
11-35
11-36
11-37
11-38
11-39
11-40
11-41
11-42
11-43
11-44
11-45
11-46
11-47
11-48
11-49
11-50
11-51
11-52
11-53
11-54
11-55
11-56
11-57
11-58
11-59
11-60
11-61
11-62
11-63
11-64
11-65
11-66
11-67
11-68
11-69
11-70
11-71
11-72
11-73
11-74
11-75
11-76
11-77
11-78
11-79
11-80
11-81
11-82
11-83
11-84
11-85
11-86
11-87
11-88
11-89
11-90
11-91
11-92
11-93
11-94
11-95
11-96
11-97
11-98
11-99
11-100

11-101
11-102
11-103
11-104
11-105
11-106
11-107
11-108
11-109
11-110

SECCION G: ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTADOR: ANTES DE SONDEAR G1-G13 Y G15-G21 PREGUNTE:
¿Podría contarme acerca de una vez en que esto sucedió?
A NO SER QUE UN EJEMPLO YA SE HAYA DADO.

G1 Ahora quisiera preguntarle por algunas ideas que Ud. pudiera haber tenido acerca de otras personas:

SC23RA1a
SZICDA1d
DELICDA

¿Alguna vez ha creído que lo(la) estaban espiando?

SON: 1 2 3 4 5 6

/50

A. ¿Cómo supo que lo(la) estaban espiando?

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA [5], PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SON [6].

G2 ¿Hubo alguna ocasión en la cuál Ud. creyó que lo(la) estaban persiguiendo?

SC23RA1a
SZICDA1d
DELICDA

A. ¿Cómo supo que lo(la) estaban persiguiendo?

SON: 1 2 3 4 5 6

/51

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA [5], PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SON [6].

G3 ¿Alguna vez ha creído que estaban secretamente probándolo(la) o experimentando en usted?

SC23RA1a
SZICDA1b

¿Cómo supo que estaba siendo probado(a)?

SON: 1 2 3 4 5 6

/52

ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA [5], PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SON [6].

G4 ¿Alguna vez ha creído que estaban tramando algo contra Ud. o tratando de hacerle daño o envenenarlo(la)?

SC23RA1a
SZICDA1b

A. ¿Cómo supo que esto estaba sucediendo?

SON: 1 2 3 4 5 6

/53

ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA [5], PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SON [6].

SC23RA1a G5 ¿Alguna vez ha creído que le estaban leyendo la mente?
SI NO, CODIFIQUE SON 1, OTROS PREGUNTE A.
SZICDA1b
DELICDA

A. ¿Sabían exactamente lo que Ud. pensaba o solamente lo podían adivinar por los gestos de su cara o porque lo(a) conocían desde hace mucho tiempo?
SI "SOLO ADIVINANDO", CODIFIQUE SON [1], SI NO PIDA UN EJEMPLO Y PREGUNTE B.

B. ¿Cómo supo Ud. que le estaban leyendo la mente?

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SON: 1 2 3 4 5

/56

SC23RA2 G6 ¿Alguna vez ha creído que Ud. realmente podía oír lo
SZICDA1d que otra persona estaba pensando, aún cuando esa
persona no estuviera hablando? SI NO, CODIFIQUE
SON 1, OTROS, PREGUNTE A.

A. ¿Cómo era posible que Ud. oyera lo que esa persona pensaba, si ella no decía nada?
ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SON: 1 2 3 4 5

/55

SC23RA2 G7 ¿Alguna vez creyó que otros podían oír sus
SZICDA1a pensamientos?
SI NO, CODIFIQUE SON 1, OTROS PREGUNTE A.

A. ¿Cómo podían hacer eso? ANOTE ABAJO
Y EMPIECE A SONDEAR.

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SON: 1 2 3 4 5 6

/56

SC23RA2 GB ¿Alguna vez ha estado convencido(a) que estaba
SZICDA1b bajo el control de algún poder o fuerza, de
manera que sus pensamientos y acciones no eran
los suyos?

A. ¿Quién o qué poder o fuerza lo(a) controlaba?

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SON: 1 2 3 4 5 6

/57

SI CALIFICA [5], PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SON [6].

SC23RA2 G9 ¿Alguna vez ha estado convencido que pensamientos
SZ1CDA1a extraños o pensamientos que no eran los suyos,
estaban siendo directamente puestos en su mente?

SON: 1 2 3 4 5

/58

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G10 ¿Alguna vez ha estado convencido de que algo o
SZ1CDA1a alguien podía sacarle o robarle los pensamientos
de su mente?
¿Cómo lo hacían?

SON: 1 2 3 4 5

/59

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G11 ¿Alguna vez ha creído que le estaban enviando
SZ1CDA1d mensajes especiales a través de la televisión o
DELICDA la radio o que un programa había sido preparado
sólo para Ud.?

SON: 1 2 3 4 5 6

/60

A. ¿Cómo hacían eso? ¿Podría contarme acerca de
una vez en que eso sucedió?

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA [5], PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SON [6].

SC23RA2 G12 ¿Alguna vez ha sentido que fuerzas extrañas actúan
SZ1CDA1b en Ud., como si lo estuvieran hipnotizando o le
estuvieran haciendo magia o estuviera siendo atacado
por rayos X ó láser?

SON: 1 2 3 4 5

/61

A. ¿Qué tipo de fuerza fue?

EJ: _____

MD: _____ OTRO: _____

SZ1CDA1d G13 ENTREVISTADOR: ANOTE CUALQUIER IDEA DELIRANTE
SZ1CDA2e ESPONTANEAMENTE REFERIDA Y QUE NO SEA CODIFICABLE
EN G1-G12, NO PREGUNTE. SI NO HAY NINGUNA CODIFIQUE
SON 1, SI HAY ALGUNA, DESCRIBA:

SON: 1 2 3 4 5

/62

MD: _____ OTRO: _____

G14 ENTREVISTADOR: ENTRE LAS PREGUNTAS G1-G13,
EL ENTREVISTADO CONSULTO MEDICO (¿ANOTO EN LA
LINEA MD?)

NO.....1
SI.....5

/63

SC23R1b G15 ¿Alguna vez ha tenido la experiencia de ver algo o alguien que otros que estaban presentes no podían ver, es decir, tuvo una visión cuando estaba completamente despierto(a)?, SI NO, CODIFIQUE SON 1, OTROS PREGUNTE A.

A. ¿Qué vió? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.

SON: 1 2 3 4 5

164

MD: _____ OTRO: _____

SC23R1b G16 ¿Ha tenido más de una vez la experiencia de oír cosas que otras personas no podían oír, tal como una voz?
SI ES "NO", CODIFIQUE SON [1] Y SALTE A G20, SI NO, PREGUNTE A.

A. ¿Qué oyó? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.

SON: 1 2 3 4 5 6

165

SI CALIFICA COMO SON 5, PERO ES PLAUSIBLE, COFIQUE 6

MD: _____ OTRO: _____

SI MENCIONO VOCES, SALTE A G17 A.

G17 ¿Alguna vez escuchó voces que otros no podían oír?

NO...(SALTE A G18)..1

SI.....5

166

SZ1CDA1c A. ¿Esa voz venía de alguna parte de su cuerpo?

NO.....1

SI.....5

167

SC23RA3 B. ¿Alguna vez escuchó voces que comentaban lo que Ud. hacía o pensaba y que otros no podían oír?

NO.....1

SI.....5

168

SC23RA3 C. ¿Alguna vez ha escuchado dos o más voces hablando entre sí que otras personas no podían oír?

NO...(Salte a E)....1

SI.....5

169

SZ1CDA1c D. ¿Estaban esas voces hablando de Ud.?

NO.....1

SI.....5

170

SZ3RA3 E. ¿Alguna vez ha dialogado con las voces del mismo modo que lo haría con alguien que estuviera con Ud.?

NO...(Salte a G12)..1

SI.....5

171

SZ1CDA2e F. ¿Alguna vez vió Ud. realmente a quien le estaba hablando cuando mantenía una conversación con las voces?

NO.....1

SI.....5

172

G18 ¿Cómo explica el hecho de escuchar cosas que otras personas no pueden oír?

ANOTE: _____

SZ1CDA2e G19 ¿Alguna vez escuchó estas cosas, que otros no podían
S21CDA1c oír, durante más de unos minutos? NO.....1
SI.....5 /73
SC23RA1b

G20 ¿Alguna vez le han molestado a su alrededor olores
SC23RA1b extraños, que nadie más que estuviera allí podía oler,
SZ1CDA2e tal vez olores que salen de su propio cuerpo?

SI ES "NO" CODIFIQUE (1) Y SALTE A G21, SI NO, PREGUNTE A

A. ¿Qué olió? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR. SON: 1 2 3 4 5 /74

NO: _____ OTRO: _____

B. SI SON = (5), PREGUNTE

¿De dónde venían esos olores extraños?

ANOTE: _____

SC23RA1b G21 ¿Alguna vez ha tenido sensaciones raras dentro o
SZ1CDA2e fuera de su cuerpo, como si le tocaran aunque no
hubiese nada o como sentir que algo se movía dentro
de su cuerpo?, SI NO, CODIFIQUE SON 1 Y SALTE A G22,
OTROS PREGUNTEN A.

A. ¿Qué sintió? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR. SON: 1 2 3 4 5 /75

NO: _____ OTRO: _____

G22 EN G15-G21, ¿CONSULTO R AL MEDICO NO.....1
(ANOTO EN LA LINEA NO)? SI.....5 /76

G23 ¿SE CODIFICO ALGUN (5) EN LAS PREGUNTAS NO...(SALTE A H1)...1
G1-G13 O G15-G21? SI.....5 /77

G24 ¿Qué edad tenía Ud. la primera vez que tuvo esas INI: 1 2 3 4 5 6 /78
experiencias o creencias? (ENUMERE SINTOMAS EDAD INI: ____/____ FIN 06/80
CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13 Y G15-G21)

¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo alguna REC: 1 2 3 4 5 6 /01
de esas creencias o experiencias? EDAD REC: ____/____ /03

SC23RA G25 Ud. ha hablado de ciertas creencias o experiencias
SC23RD que tuvo como (ENUMERE SINTOMAS CODIFICADOS SON 5
DELICDA EN G1-G13 Y G15-G21). ¿Tuvo cualquiera de esas
creencias o experiencias por un período de 6 meses o más? NO.....1
SI...(SALTE A G27)..5 /04

| | | | | |
|----------|-----|---|-----------------|---|
| SC21CDA | G26 | ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el inicio y el término de esas experiencias o creencias? | < 1 día | 1 |
| DELICDA | | | 1 día-1 semana | 2 |
| SZAFICDB | | ¿Fue tanto como algunos meses, 2-4 semanas o menos? | 1 - 2 semanas | 3 |
| | | | 2 - 3 semanas | 4 |
| | | | 4 - 12 semanas | 5 |
| | | | 12 - 24 semanas | 6 |

SI SOLO UNOS POCOS MOMENTOS EN UNA OCASION, EN UN SOLO DIA, CODIFIQUE 1.
SALTE A H1, OTROS SALTE A G28.

GAD3RC G27 SI D15 ("PREOCUPADO ACERCA DE VARIAS COSAS") FUE CODIFICADA 5, PREGUNTE G27, OTROS SALTEN A G28.
Ud. dijo antes que tuvo un largo periodo en el cual estuvo preocupado por diferentes cosas.
¿Todo el periodo en el cual estuvo preocupado coincidió con el periodo en el que estaba teniendo estas creencias o experiencias?

NO, PREOCUPADO EN OTRAS OCASIONES.....1
SI, SOLO ENTONCES.....5

/06

G28 ¿Cuando tuvo estas creencias o experiencias, se encontraba en estado normal en todo lo demás o se sentía nervioso, perturbado, sin poder trabajar, sin poder salir o divertirse?

NORMAL...(SALTE A G29)...1
ANORMAL.....5

/07

SC23RD A. ¿Le duró 6 meses o más ese periodo en el cual no se sentía o actuaba normalmente?

NO.....1
SI...(SALTE A G29).....5

/08

B. ¿Le duró tanto como 2 semanas?

NO.....1
SI.....5

/09

SC23RD G29 Posteriormente, después que Ud. tuvo esas creencias o experiencias, ¿encontró que Ud. era menos capaz de realizar bien su trabajo, que antes que ellas se hubiesen presentado?

NO.....1
SI.....5

/10

SC23RB G30 Después que tuvo estas experiencias o creencias, ¿le fue más difícil que antes hacerse de amigos o disfrutar de la vida social?

NO.....1
SI.....5

/11

G31 ENTREVISTADOR: ¿ESTUVO R ALGUNA VEZ DEPRIMIDO O MANIACO?
DEPRIMIDO SI, : E34, E34A O E36A FUERON CODIFICADOS 5.

NINGUNO...(SALTE A G37)...1
DEPRIMIDO SOLAMENTE.....2
MANIACO SOLAMENTE.....3
AMBOS.....4

/12

MANIACO: SI F15, F15A, O F17A FUERON CODIFICADOS 5.

| | | | |
|--|--|---|-----|
| SC23RD SZ1CDB DIP3RD MAN3RE DEPICDP MANICDP | G32 Ud. mencionó con anterioridad que había tenido episodios durante los cuales se había sentido (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable). Podría decirme ¿qué fue lo que sucedió primero, aquellos episodios en los cuales se sentía (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable) o las experiencias o creencias tales como (ENUMERE SINTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13, G15-G21)? | PRIMERO PRESENTO IDEAS DELIRANTES/ ALUCINACIONES.....1 PRIMERO PRESENTO SINTOMAS COMO DEPRESION/EXALTACION/IRRITABILIDAD.....2 ESP: EMPEZARON AL MISMO TIEMPO.....3 | /13 |
| DEPICDP DEPICDP | G33 ¿Estuvieron los episodios en los cuales se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable) alguna vez presentes al mismo tiempo en que estaba teniendo estas creencias o experiencias? | NO, NUNCA JUNTOS... ...(SALTE A G37).....1 SI.....5 | /14 |
| SAS1CDB | G34 ¿Se mantuvieron al mismo tiempo por el menos 2 semanas? | NO.....1 SI.....5 | /15 |
| MAN3RD SZAFF3RB DEP3RC MANICDP DEPICDP | G35 ¿Cuándo Ud. no se sentía (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable), presentó alguna vez estas experiencias o creencias durante 2 semanas o más? | NO, SOLO CUANDO ESTABA DEPRIMIDO(A)/ EXALTADO(A)/IRRITABLE (SALTE A G37).....1 SI, TAMBIEN OTRAS VECES.....5 | /16 |
| SZAFF3RC | G36 ¿Cuáles se mantuvieron por más tiempo, esas creencias o experiencias o los períodos de (depresión/exaltación/irritabilidad)? | CREENCIAS, EXPERIENCIAS.....1 HUMOR.....2 LO MISMO.....3 | /17 |
| SC23RD2 | G37 BUSQUE LA EDAD DE COMIENZO CODIFICADA EN G24 Piense acerca de los 2 años previos a que Ud. presentara cualquiera de estas experiencias o creencias, esto es, cuando Ud. tenía entre ____ y ____ años, (DOS AÑOS ANTES DE LA FECHA EN QUE PRESENTO POR PRIMERA VEZ ESTAS EXPERIENCIAS, EN G24). ¿Había Ud. abandonado sus actividades regulares como la escuela o el trabajo (o trabajo doméstico) casi todo el tiempo a través de esos 2 años? | NO.....5 SI...(SALTE A G38)...1 | /18 |
| SC23BD2 | A. ¿Fue esto debido exclusivamente a una enfermedad física o lesión? | NO.....5 SI.....4 | /19 |

SC23RD1 G38 Durante esos mismos 2 años, ¿señala Ud. de su hogar a visitar amigos frecuentemente?

NO.....5
ESP: EXPLICACION MEDICA.....4
ESP: NUNCA TUVO AMIGOS.....2
SI.....1

H. ANOREXIA NERVIOSA

BULIM3RE ANORX3RB BULICDC H1 Ahora quisiera preguntarle acerca de problemas que Ud. pudiera haber tenido con su peso. SON: 1 2 5
 ¿Alguna vez ha estado muy preocupado/a porque comía mucho, subía mucho de peso o se estaba poniendo muy gordo/a?

ANOREX3RA ANOICDA H2 ¿Alguna vez perdió mucho peso ... esto es (6.5 kg) o más, ya se a través de dieta o sin ella (no debido a tener un hijo o una operación? NO...(SALTE A H4)...1
SI.....5

ANOCIBB H3 EMPIECE A SONDEAR/PERO CONSIDERE QUE ALGUNAS SUSTANCIAS SE CODIFICAN CON 5: PILDORAS PARA DIETA, DIURETICOS, LAXANTES, ENEMAS, TAMBIEN CODIFICAN 5 LAS DIETAS, VOMITOS AUTOINDUCIDOS O DIAGNOSTICO DE ANOREXIA O ANOREXIA NERVIOSA SON: 1 3 4 5
 NO: _____ OTRO: _____

ANOICDA H4 ¿Alguna vez, sus amigos o parientes le dijeron que estaba demasiado delgada o que parecía un esqueleto? NO.....1
SI.....5
 ENTREVISTADOR: SI CODIFICO 1 EN H2 Y H4, SALTA A H10.

H5 ¿Cuál es el peso más bajo al cual Ud. ha llegado después de los 15 años? No. Kg. —/—
 A. SI ES MUJER: ES H5 = 56.5 KG. O MENOS
 SI ES HOMBRE: ES H5 = 63.5 KG. O MENOS NO...(PREG. B).....
SI...(SALTE A H10)...
 B. ¿Cuánto medía entonces? CMS. —/—

H6 INI: ¿Qué edad tenía la primera vez que (perdió 6.5 KG)/perdió todo ese peso/que otras personas decían que Ud. estaba muy delgado/a SI NS Y R ES NS Y R TIENE 25 AÑOS O MAS PREGUNTE:
 ¿Cree Ud. que tenía más de 25 años o menos? MENOS DE 25.....ANOTE..01
25 O MAS.....ANOTE..95
AUN NS.....ANOTE. 98
SI.....1

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. perdió tanto peso o la gente pensó que Ud. estaba demasiado delgado?
 EDAD REC: 1 2 3 4 5 —/—

| | | | |
|---------|--|----|-----|
| ANQICDB | N7. Para perder esa gran cantidad de peso o mantener su peso bajo Ud.: | NO | SI |
| | 1. Evitaba alimentos grasos | 1 | 5 |
| | 2. Hacía ejercicios | 1 | 5 |
| | 3. Tomaba medicamentos o píldoras | 1 | 1 5 |
| | 4. Se inducía el vómito | 1 | 5 |
| | 5. Tomaba laxantes o se aplicaba lavabos | 1 | 5 |

| | | | |
|--------------------|---|--------|---|
| ANORX3RC ANDICD | N8. ¿Alguna vez pensó Ud. que estaba gordo/a, cuando otras personas, sus padres o amigos, decían que se había adelgazado mucho? | SON: 1 | 5 |
|--------------------|---|--------|---|

| | | | |
|-------------------|---|--------|---|
| ANPR3RB ANDICD | N9. SOLO PARA MUJERES: ¿Alguna vez dejó de tener menstruaciones seguidas en el tiempo en que estaba perdiendo peso? | SON: 1 | 5 |
|-------------------|---|--------|---|

| | | | |
|---------|---|------------------------|----------|
| BULICDA | N10. ¿Le ha sucedido alguna vez que haya comido cantidades anormalmente grandes de alimentos en pocas horas, es decir, una crisis de ingesta? | NO...(SALTE A 11)....1 | SI.....5 |
|---------|---|------------------------|----------|

| | | | |
|---------------------|--|------------------------|----------|
| BULIN3RA BULICDA | N11. ¿Ha tenido varios periodos como éste? | NO...(SALTE A 11)....1 | SI.....5 |
|---------------------|--|------------------------|----------|

| | | | |
|----------|---|----------|----------|
| BULIN3RD | N12. ¿Alguna vez pasó por periodos de tres meses o más en que tuviera crisis de ingesta por lo menos dos veces a la semana? | NO.....1 | SI.....5 |
|----------|---|----------|----------|

| | | | |
|---------------------|--|----------|----------|
| BULIN3RB BULICDA | N13. ¿Alguna vez se ha asustado por la posibilidad de no ser capaz de parar una de esas crisis de ingesta? | NO.....1 | SI.....5 |
|---------------------|--|----------|----------|

| | | | |
|----------|--|----------|----------|
| BULIN3RB | N14. ¿Cuando come cantidades inusualmente grandes ha tenido alguna vez hacer algo especial para dejar de comer, como irse a dormir, salir de la casa o provocarse el vómito? | NO.....1 | SI.....5 |
|----------|--|----------|----------|

| | | | |
|---------------------|--|----|----|
| BULIN3RC BULICDB | N15. ¿Alguna vez ha hecho algo en forma regular para evitar subir de peso, como... (LEA CADA UNA Y CODIFIQUE) | NO | SI |
| | 1). Hacer mucho ejercicio..... | 1 | 5 |
| | 2). Mantener una dieta estricta..... | 1 | 5 |
| | 3). Tomar diuréticos..... | 1 | 5 |
| | 4). Tomar laxantes o ponerse enemas (lavados)..... | 1 | 5 |
| | 5). Provocarse el vomito..... | 1 | 5 |
| | 6). No comer nada, o tomar solo líquidos..... | 1 | 5 |

| | |
|--|----------------|
| N16. INI/REC: ¿Cuando tuvo su (primera/última crisis de ingesta alimentaria? | INI: 1 2 3 4 5 |
| | EDAD INI: —/— |
| | REC: 1 2 3 4 5 |
| | EDAD REC: —/— |

MNH/MND/90.19

Página 44

SECCION I

I1 Ahora voy a hacerle algunas preguntas respecto de su consumo de bebidas alcoholicas como (BEBIDAS MAS COMUNES EN LA LOCALIDAD: CERVEZA, VINO O LICORES). ¿Alguna vez en su vida ha tomado más de 12 copas de cualquier bebida alcohólica?

NO...(PREGUNTA A).....1

SI...(PASE A 12).....5

A. ¿Ni siquiera contando el vino con la comida, o cerveza en algún evento deportivo, o champaña en una boda?

CORRECTO, NUNCA + DE 12 COPAS

(PASE A K1).....1

MAS DE 12 COPAS.....5

I2 En los últimos 12 meses, ¿consumió cuando menos 12 copas de algún tipo de bebida alcohólica?

NO...(PREGUNTA A).....1

SI...(PASE A I3).....5

A. En alguna otra época de su vida, ¿ingirió cuando menos 12 copas de alguna bebida alcohólica?

NO...(PASE A K1).....1

SI...(PASE A I5A).....5

I3 Si bebió el año pasado, normalmente bebió cuando menos un poco (PRIMERO MARQUE SI ES ASI)...

casi todos los días.....1

3 ó 4 veces por semana.....2

1 ó 2 veces por semana.....3

de 1 a 3 veces al mes.....4

menos de una vez al mes....5

I4 Cuando ingirió bebidas alcohólicas el año pasado, ¿en general, ¿cuántas copas al día tomó? Por favor cuéntelas como indica la tarjeta (MUESTRE TARJETA A)

PROM. DE COPAS EN 24 H../..

I5 ¿En algún momento de su vida bebió más que durante el año pasado?

NO...(PASE A C).....1

SI.....5

A. Piense en la época en que bebía más, ¿con qué frecuencia lo hacía? (PRIMERO MARQUE "SI")

casi todos los días.....1

3 ó 4 veces por semana.....2

1 ó 2 veces por semana.....3

de 1 a 3 veces al mes.....4

menos de una vez al mes....5

B. En la época en que bebió más, ¿como cuántas copas solía tomarse al día?. Por favor cuéntelas como se muestra en ésta tarjeta. (MUESTRE LA TARJETA A)

PROM. DE COPAS EN 24 H../..

C. ¿Más o menos qué edad tenía cuando empezó a beber (esa cantidad/la cantidad que bebió el año pasado)?

ONS: 1 2 3 4 5 6

EDAD ONS: ../..

D. ¿Más o menos qué edad tenía cuando dejó de beber dicha cantidad?

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ../..

| | | | |
|----|--|----|----|
| I6 | Alguna vez <u>objetaron su forma de beber</u> | NO | SI |
| | 1. su <u>familia</u> (sus parientes: esposa, hijo)? | 1 | 5 |
| | 2. <u>amigos</u> , su <u>médico</u> , su <u>párroco</u> | 1 | 5 |
| | 3. ¿Alguna vez tuvo <u>problemas de trabajo o en la escuela</u> a causa de la bebida? | 1 | 5 |
| | 4. ¿Alguna vez <u>se peleó al estar bebiendo</u> ? | 1 | 5 |
| | 5. ¿Lo ha <u>detenido o arrestado la policía o llevado a algún centro de tratamiento a causa de la bebida</u> ? | 1 | 5 |
| | 6. ¿Su forma de beber ha <u>ocasionado algún rompimiento</u> entre usted y algún miembro de la familia o un amigo? | 1 | 5 |

SI NO MARCA EL No. 5 EN LOS ITEMS 1-6, PASE A 17

REC: ¿Cuándo fue la última vez que (ENUMERE LOS
ITEMS MARCADOS CON 5 EN LOS 6 ITEMS ANTERIORES)

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AA3RA1 A. ¿Siguió bebiendo después de darse cuenta de que
AD3RA6 la bebida le causaba alguno de esos problemas?

NO.....1

SI.....5

I7 ¿Alguna vez ha tenido problemas con su forma de
conducir a causa de la bebida, como accidentes, o
que lo arresten por manejar en estado de ebriedad?

AD3RA4 NO.. (PASE A I8).....1

AA3RA2 SI.....5

A. ¿Le ha pasado varias veces?

AD3RB NO.....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:...../..

I8

¿Alguna vez se hirió usted mismo accidentalmente
bajo los efectos del alcohol, por ejemplo, tuvo una
caída o una cortada de consecuencias graves, un
accidente de tránsito, o algo parecido?

AICDHN

NO..(PASE A I9).....1

SI.....5

A. ¿Volvió a beber cuando se dió cuenta de que lo
que lo había provocado a accidentarse?

AD3RA4

NO.....1

AA3RA2

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

I9

¿Con frecuencia se embriaga en situaciones en que se
incrementan las posibilidades de tener un accidente,
como conduciendo un auto o un bote, utilizando
cuchillos, maquinaria o armas, atravesando calles en
contra del tráfico, escalando o nadando?

AD3RA4

NO.....1

AA3RA2

SI.....5

AD3RB

REC: 1 2 3 4 5 6

AA3RB

REC EDAD:/..

I10 ¿La bebida o la cruda, con frecuencia le impiden trabajar, ir a la escuela o atender a los niños?

AD3RA4 NO.....1

AD3RB SI.....5

AA3RB REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD: ../..

AICDD5 I11 ¿Llegó a darse cuenta de que estaba necesitando beber mucho más que antes para lograr el mismo efecto?

NO..(PREGUNTA A).....1

SI..(PASE A REC).....5

A. Llegó a darse cuenta de que la misma cantidad de alcohol producía menos efectos que antes?

NO..(PASE A I12).....1

SI.....5

REC: ¿Aún le lleva más tiempo que antes sentir algún efecto? SI Sí, MARQUE 1,

SI NO, PREGUNTE: ¿Cuándo dejó de necesitar más?

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD: ../..

AICDD1 I12 ¿Alguna vez su deseo o necesidad de beber ha sido irresistible?

NO..(PREGUNTA A2).....1

SI..(PASE A REC).....5

A. ¿Alguna vez necesitó (deseó) tanto una bebida que no podía pensar en otra cosa?

NO..(PASE A I13).....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AD3RA1 I13 ¿Con frecuencia bebe más de lo que esperaba
 AICDD2 antes de empezar, o durante más tiempo del que
 AD3RB pretendía?

NO..(PREGUNTA A)....1

SI..(PASE A REC).....5

A. ¿Con frecuencia empieza a beber y le cuesta trabajo
dejar de hacerlo antes de estar totalmente ebrio
 (intoxicado)?

NO..(PASE A I14).....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD: ../..

AD3RA2 I14 ¿Alguna vez ha deseado dejar de beber o beber
menos y no ha podido?

NO..(PASE A I15).....1

SI.....5

AD3RB A. ¿Más de una vez ha tratado de dejar la bebida o
 AICDD2 beber menos sin lograrlo?

NO, SOLO UNA VEZ.....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD: ../..

AD3RA3 I15 ¿Ha habido alguna época en su vida en la que
pasó mucho tiempo bebiendo alcohol o bajo los
efectos del alcohol?

NO..(PASE A I16).....1

SI.....5

AD3RB A. ¿Dicho periodo duró un mes o más?

NO.....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AD3RAS I16 ¿Alguna vez ha abandonado actividades

AICDD7 importantes o las ha reducido para dedicarse a beber? Por ejemplo; deportes, trabajo o reuniones con amigos o parientes.

NO..(PASE A I17).....1

SI.....5

A. ¿Las abandonó cuando menos durante un mes o varias veces en un período largo?

AD3RB

NO.....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AICDD6 I17 ¿Sus hábitos para beber se hicieron tan regulares que no los modificaba ni siquiera la cantidad, independientemente de lo que estuviera haciendo en el lugar en que estuviera?

NO.....1

SI.....5

REC: ¿Cuándo fue la última vez que bebió con esa regularidad?

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AD3RA8
AICDD4

I18 ¿Dejar de beber o reducir la cantidad llegó a causarle problemas como:

| | NO | SI |
|---|----|----|
| 1. <u>sacudidas</u> (temblor en las manos) | 1 | 5 |
| 2. <u>imposibilidad de dormir</u> | 1 | 5 |
| 3. <u>sensación de ansiedad o depresión</u> | 1 | 5 |
| 4. <u>sudoración</u> | 1 | 5 |
| 5. <u>aceleración, latidos del corazón</u> | 1 | 5 |
| 6. <u>dolor de estómago</u> | 1 | 5 |
| 7. <u>dolores de cabeza</u> | 1 | 5 |
| 8. <u>debilidad</u> | 1 | 5 |
| 9. <u>oír o ver cosas</u> que no existen | 1 | 5 |
| 10. <u>ataques</u> después de reducir la cantidad o dejar de beber? | 1 | 5 |

SI NO HAY CODIGOS 5 DEL 1-10, PASE A I19

REC: ¿Cuándo fue la última vez que (MENCIONE TODOS LOS 5 DEL 1 AL 10 DE LA LISTA DE ARRIBA) después de dejar de beber o de reducir la ingestión?

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AD3RB

B. ¿Se le presentó varias veces alguno de estos problemas cuando dejó de beber o trató de disminuir la cantidad?

NO.....1

SI.....5

AICDD3
AD3RA9

C. ¿Alguna vez ha bebido para tratar de evitar problemas o tratar de olvidar alguno?

NO..(PASE A I19).....1

SI..?.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AICDHM I19 La bebida puede provocar algunos problemas de salud. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes a causa de la bebida?

| | NO | SI |
|---|----|----|
| 1. enfermedades del hígado o <u>ictericia</u> ? | 1 | 5 |
| 2. males del estómago o <u>vómito de sangre</u> ? | 1 | 5 |
| 3. <u>hormigueo</u> o adormecimiento de pies? | 1 | 5 |
| 4. <u>problemas de memoria</u> , aunque no beba? | 1 | 5 |
| 5. <u>pancreatitis</u> | 1 | 5 |

SI DE 1-5 EL CODIGO FUE 1, PASE A I20

REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (ENUMERE LOS CODIGOS 5 DE LA LISTA DEL 1 AL 5 ANTERIOR) a causa de la bebida?

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AD3RA6 A. ¿Siguió bebiendo después de darse cuenta de que
AA3RA1 la bebida le estaba provocando alguno de estos
AICDD8 problemas de salud?

NO..(PASE A I20).....1

SI..(PREGUNTE REC)...5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AD3RB B. ¿Bebió más de una vez después de darse cuenta de que la bebida le provocaba alguno de esos problemas de salud?

AA3RB

NO.....1

SI.....5

AD3RA6
AICDD8
AA3RAI

I20 ¿Siguió bebiendo después de enterarse de que
padecía (otras) enfermedades físicas graves que
podrían empeorar con la bebida?

NO..(PREGUNTA A).....1

SI..(PASE A REC).....5

A. ¿Siguió bebiendo mientras tomaba medicinas
sabiendo que era peligroso mezclar con alcohol?

NO..(PASE A I21).....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AICDHM I21 ¿El alcohol le ha provocado problemas
emocionales o psicológicos como:

| | NO | SI |
|--|----|----|
| 1. <u>desinterés por las cosas</u> | 1 | 5 |
| 2. <u>depresión</u> | 1 | 5 |
| 3. <u>susplicacia</u> con otros o paranoia | 1 | 5 |
| 4. <u>ideas extrañas</u> | 1 | 5 |

SI 1-4 SON 1, PASE A I22

REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo estos problemas (ENUMERE LOS 5 DE LA LISTA ANTERIOR) a causa de la bebida?

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

AD3RA6 A. ¿Siguió bebiendo después de darse cuenta de que

AICDD8 tenía alguno de esos problemas emocionales?

AA3RA1

AD3RB NO..(PASE A I21).....1

AA3RB SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

REC EDAD:/..

I22 ¿DESDE LA PREGUNTA I6, CUANDO MENOS UN PRB SE MARCO COMO 5?

NO..(PASE A I21).....1

SI.....5

I23 Usted dijo que (Enumere los PRB de las preguntas I6-I21). ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo alguno de estos problemas a causa del alcohol?

ONS: 1 2 3 4 5 6

EDAD ONS:/..

SECCION K: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

OBS3R1 K1 Ahora quisiera preguntarle si alguna vez le han
 molestado continuamente ciertos pensamientos
 OBSICDB2 desagradables. Un ejemplo sería la idea
 persistente de que sus manos están sucias o
 tienen gérmenes o que familiares que están lejos
 hayan sido heridos o muertos.
 ¿Alguna vez ha tenido algún tipo de pensamiento
 desagradable como éstos, cuando no era lógico
 tenerlos?

NO..(SALTE A K6).....1
 SI.....5 /72

OBSICDA K2 ¿Esto fue sólo por un período corto o le molestó
 una y otra vez por un período de al menos dos
 semanas?

MENOS DE DOS SEMANAS
 (SALTE A K6).....1
 DOS SEMANAS O MAS.....5 /73

OBS3RA4 K3 ¿Podría darme un ejemplo del tipo de pensamientos
 OBSICDB1 que le molestaban?

EJ: _____

EL EJEMPLO DESCRIBE EXCLUSIVAMENTE

| | NO | SI | |
|---|----|----|-----|
| 1. SENTIMIENTOS DE CULPA? | 1 | 5 | /74 |
| 2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA? | 1 | 5 | /75 |
| 3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION , USO O RECUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS? | 1 | 5 | /76 |
| 4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3 | 1 | 5 | /77 |

ENTREVISTADOR: SI SE CODIFICO ALGUN 5, SALTE A K6.

OBSICDB2 K4 ¿Cree Ud. que esos pensamientos eran irracionales
 o sin sentido?

NO..(SALTE A K6)....1
 SI.....5 /78

OBS3R2 K5 ¿Le seguían viniendo estos pensamientos irracionales
 OBSICDD3 a su mente, una y otra vez a pesar de los esfuerzos
 que Ud. hacía por deshacerse de ellos o ignorarlos?

SON: 1-2 5 /79

SI CODIFICO 5, SALTE A K11

OBS3R1 K6 Otros ejemplos de pensamientos desagradables sería la idea persistente de que Ud. podría hacer daño o causar la muerte de algún ser querido, aún cuando Ud. realmente no quisiera hacerlo. O Ud. pudiera haber tenido pensamientos que lo(a) avergonzaran, pero que no podía sacar de su mente. ¿Alguna vez ha sido molestado(a) por estos o algún otro pensamiento desagradable y persistente?

NO... (SALTE A K14)... 1
 SI..... 5

FIN 08/80

OBSICDA K7 ¿Fue esto por un tiempo corto o le seguían viniendo estos pensamientos a su mente durante un período de al menos dos semanas?

MEMOS DE DOS SEMANAS (SALTE A K14)... 1
 DOS SEMANAS O MAS... 5

/01

OBS3RA6 K8 ¿Podría darme un ejemplo del tipo de pensamientos que le molestaban?

EJ: _____

EL EJEMPLO DESCRIBE EXCLUSIVAMENTE:

| | NO | SI | |
|--|----|----|-----|
| 1. SENTIMIENTOS DE CULPA? | 1 | 5 | /02 |
| 2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA? | 1 | 5 | /03 |
| 3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION, USO O RECUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS? | 1 | 5 | /04 |
| 4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3 | 1 | 5 | /05 |

ENTREVISTADOR: SI CODIFICO 5 EN 1-4 SALTE A K14.

OBSICDB2 K9 ¿Cree Ud. que esos pensamientos eran irracionales o sin sentido?

NO... (SALTE A K14)... 1
 SI..... 5

/06

OBS3RA2 K10 ¿Le seguían viniendo estos pensamientos irracionales a su mente, una y otra vez a pesar de los esfuerzos que Ud. hacía por deshacerse de ellos o ignorarlos?

SON: 1 2 5

SI NO CODIFICO 5, SALTE A K14

/07

OBS3RB K11 ¿Le molestaban a menudo estos pensamientos por más de una hora seguida?

NO..... 1
 SI..... 5

/08

OBS3RB K12 Pensar acerca de estas ideas, ¿interfirió con su vida o trabajo, o le causó problemas con sus familiares o amigos o le molestó en gran medida?

NO..... 1
 SI..... 5

/09

K13 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. fue incapaz de sacar de su mente un pensamiento desagradable como éste?

INI: 1 2 3 4 5 6 /10
EDAD INI: ___/___ /12
REC: 1 2 3 4 5 6 /13
EDAD REC: ___/___ /15

COMP3R1 K14 Algunas personas tienen la desagradable sensación
COMP3R3 de tener que hacer algo una y otra vez, aunque
COMICDB1 saben que en realidad es una tontería, pero no
pueden resistir hacerlo.
Por ejemplo, lavarse las manos repetidas veces
veces para asegurarse que han cerrado la puerta
o apagado la estufa. ¿Alguna vez ha tenido que
hacer algo así una y otra vez?

SON: 1 2 5 /16

SI CODIFICO 5, PREGUNTE POR EJEMPLO.

EJ: _____

COMP3R1 K15 ¿Hubo alguna ocasión en que sintió que tenía que
COMICDB2 tenía que hacer algo en un cierto orden, por ejemplo,
vestirse, y que tenía que empezar todo de nuevo si se
equivocaba en el orden establecido?

SON: 1 2 5 /17

SI CODIFICO SON 5, PIDA UN EJEMPLO.

EJ: _____

COMP3R1 K16 ¿Alguna vez ha habido un período de varias semanas
COMP3R3 en el cual sentía que tenía que contar algo, sin
COMICDB1 poder evitarlo aunque tratara, por ejemplo, contar
los cuadros de un piso de baldosas?

SON: 1 2 5 /18

SI CODIFICO SON 5, PIDA EJEMPLO:

EJ: _____

K17 ENTREVISTADOR: ¿SE CODIFICARON SON 5 LAS PREGUNTAS
K14 O K15 O K16?

NO..(SALTE A L1)...1
SI.....5 /19

COMP3RA K18 Ud. mencionó que (MENCIONE EJEMPLOS K14-K15-K16).
COMICDB2 ¿Piensa Ud. que esa(s) conducta(s) fueron innecesarias
o irracionales?

NO..(SALTE A L1)...1
SI.....5 /20

COMICDB3 K19 ¿Tuvo que hacer esas cosas una y otra vez, a pesar de
sus esfuerzos por deshacerse de ellas, ignorarlas o
resistirlas?

NO..(SALTE A L1)...1
SI.....5 /21

COMP3RB K20 El hacer estas cosas ¿interfirió con su vida o trabajo,
COMICDC o le causó dificultades con familiares o amigos o le
molestó en gran medida?

NO...(SALTE A L1)...1

SI.....5

/22

COMP3RB K21 ¿Tuvo que hacer alguna de esas cosas la mayoría de los
COMICDA días por un período de al menos dos semanas?

NO.....1

SI.....5

/23

COMP3RB K22 ¿Cuándo Ud. hacía esas cosas, le tomaban con frecuencia
COMICDC más de una hora diaria?

NO.....1

SI.....5

/24

K23 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo
que (EJEMPLOS EN K14, K15 ó K16).

INI: 1 2 3 4 5 6

EDAD IN: /

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: /

/25

/27

/28

/30

MH/MD/90.2

Pag. 52

SECCION L

L1 Ahora quisiera preguntarle sobre su experiencia con medicamentos (ENTREGUE AL ENTREVISTADO LA TARJETA B)

Mire los medicamentos anotados en la parte superior, Parte a, de la tarjeta. ¿Alguna vez el médico le ha recetado alguno de ellos?

NO (Pase a L2).....1
SI5

A. De las medicinas que le han recetado, ¿cuáles ha usado todos los días durante 2 semanas o más? ENCIERRE EN CIRCULO LOS NOMBRES EN 2A, 3A o 4A EN L4.

NINGUNA (Pase a L2).....1
ALGUNA5

B. De las medicinas en la Parte A, ¿cuáles ha usado en cantidad mayor o durante un tiempo mayor del que le habían recetado? SI ESTAN ENCERRADOS EN CIRCULO, CODIFIQUE 5 PARA ESA CATEGORIA EN LA COLUMNA A DE L4.

ALGUNA5
NINGUNA (Pase a L2)....1

L2 De las medicinas en la Parte A, ¿hay alguna (s) que usted ha usado más de 5 veces por su cuenta, sin que se la hayan recetado, ya sea para relajarse, sentirse mejor, sentir que se le sube, o sentirse más activo y alerta?

NO (PASE A L3)1
SI5

A. ¿Cuáles? ENCIERRE EN CIRCULO LOS NOMBRES EN 2, 3 o 4 EN L4 Y CODIFIQUE 5 PARA ESA CATEGORIA EN LA COLUMNA A DE L4

L3 Quisiera preguntarle sobre sus experiencias con otras drogas. Mire las que aparecen en la Parte b de la tarjeta. ¿Alguna vez ha usado alguna de ellas más de 5 veces?

NO (PASE A L4).....1
SI5

A. ¿Cuáles?
ENCIERRE EN CIRCULO LOS NOMBRES EN 1-8 (NO EN 2A, 3A, 4A) EN L4, Y CODIFIQUE 5 PARA ESA CATEGORIA EN LA COLUMNA A DE L4

L4 ¿Alguna vez ha usado alguna otra droga más de 5 veces por su cuenta, ya sea para relajarse, sentirse "alegre" porque se le subió, sentirse mejor, más animado o más alerta?

NO (PASE A L5)1
 SI5

A. ¿Cuáles?

ANOTE LOS NOMBRES EN 9 DE L4 Y CODIFIQUE 5 PARA ESA CATEGORIA EN LA COLUMNA A DE L4.

| | A | | C | | | | | |
|--|----|----|------|---|---|---|---|---|
| | NO | SI | RUTA | | | | | |
| 1) Marihuana, hashish, bhang, ganja... | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2) Estimulantes: anfetaminas, khat, nuez de Betel | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2A) Estimulantes de prescripción: anfetaminas | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3) Sedantes: tranquilizantes, somníferos, barbitúricos, seconal, valium, librium, xanax, cualudes..... | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3A) Sedantes de prescripción: tranquilizantes, somníferos, barbitúricos, seconal, valium, librium, xanax, cualudes | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4) Opiáceos: heroína, codeína, demerol, morfina, percodan, metadona, darvon, opio, dilaudid | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4A) Opiáceos de prescripción: codeína, demerol, morfina, percodán, metadona, darvón, opio, dialudid | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5) Cocaína, crack, hojas de coca | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6) PCP | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7) Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocybina, DMT | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8) Inhalantes: cemento tolueno, gasolina, óxido nítrico, amyl nitrato | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9) Otras: especifique:..... | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

L5 ENTREVISTADOR:

CODIFIQUE 1 EN TODAS LAS CATEGORIAS QUE NO SE CODIFICAN 5.

SI NO HAY NINGUN 5 EN LA COLUMNA A, PASE A M1.

SI HAY ALGUNOS 5, EN LAS TARJETAS B Y C ENCIERRE EN CIRCULO

LAS DROGAS CODIFICADAS EN L4 .

DEVUELVA LA TARJETA B AL ENTREVISTADO PARA QUE LA USE DURANTE EL RESTO DE LA SESION.

L6 PARA CADA DROGA CODIFICADA 5 EN LA COLUMNA A, PREGUNTE:

En la Parte c de esa misma hoja de papel, aparece una lista de las diversas formas que la gente usa para consumir medicinas y drogas. ¿Qué formas ha usado usted para consumir (TAL DROGA)?

ENCIERRE EN UN CIRCULO LA FORMA CON EL CODIGO MAS ALTO

| | |
|----------------------------|----|
| Vena, IV | -6 |
| Bajo la piel, músculo | -5 |
| Fumando, base libre | -4 |
| Inhalando por nariz o boca | -3 |
| Ingiriendo píldoras | -2 |
| Otras | -1 |

- L7 INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO EN ESA CATEGORIA CUANDO PREGUNTE LO SIGUIENTE: Piense en el periodo cuando estaba usando (TAL DROGA) más (más fuerte) que nunca. En ese periodo, ¿con qué frecuencia la usaba?, ¿casi todos los días? (PAUSA), ¿3 ó 4 días a la semana? (PAUSA), ¿1 ó 2 días a la semana? (PAUSA), ¿entre 1 y 3 días al mes? (PAUSA), o ¿menos de una vez al mes? (PRIMERO CODIFIQUE LOS "SI")**
- A. ¿Como cuántos años tenía cuando empezó a usar esa cantidad de (TAL DROGA)?**
- B. ¿Como cuántos años tenía cuando dejó de usar esa cantidad de droga?**
- C. ¿Cuando fue la última vez que consumió (TAL DROGA)?**

| | 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes |
|-------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|
| Casi diario | 1 | 1 | 1 |
| 3-4 días por semana... | 2 | 2 | 2 |
| 1-2 días por semana... | 3 | 3 | 3 |
| 1-3 días por mes..... | 4 | 4 | 4 |
| menos de 1 día al mes.. | 5 | 5 | 5 |

| | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| A. INICIO: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE INICIO: | _____ | _____ | _____ |
| B. REC: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE REC: | _____ | _____ | _____ |
| C. REC: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE REC: | _____ | _____ | _____ |

| | 4/4A) Opiáceos | 5) Cocaína | 6) PCP |
|-------------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Casi diario | 1 | 1 | 1 |
| 3-4 días por semana... | 2 | 2 | 2 |
| 1-2 días por semana... | 3 | 3 | 3 |
| 1-3 días por mes..... | 4 | 4 | 4 |
| menos de 1 día al mes.. | 5 | 5 | 5 |

| | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| A. INICIO: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE INICIO: | _____ | _____ | _____ |
| B. REC: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE REC: | _____ | _____ | _____ |
| C. REC: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE REC: | _____ | _____ | _____ |

| | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes | 9) Otros |
|-------------------------|--------------------|------------------|-------------|
| Casi diario | 1 | 1 | 1 |
| 3-4 días por semana... | 2 | 2 | 2 |
| 1-2 días por semana... | 3 | 3 | 3 |
| 1-3 días por mes..... | 4 | 4 | 4 |
| menos de 1 día al mes.. | 5 | 5 | 5 |

| | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| A. INICIO: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE INICIO: | _____ | _____ | _____ |
| B. REC: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE REC: | _____ | _____ | _____ |
| C. REC: | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD DE REC: | _____ | _____ | _____ |



L8 ¿Le ocurre con frecuencia que se pone "pasado" (se le suba), se intoxique o que esté bajo los efectos de alguno de estos medicamentos o drogas, o que sufre "la cruda" (los efectos posteriores), cuando está en el trabajo, en la escuela o cuidando a los niños?

NO (pase a L9).....1
 SI5+

DD3RA4 A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN
 DD3RB CIRCULO EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO HAGA LA PREGUNTA SIGUIENTE: ¿Con frecuencia se ha pasado (TAL DROGA) o ha sufrido sus efectos posteriores estando en el trabajo, en la escuela o cuidando a los niños?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA CON LA SIGUIENTE DROGA ENCERRADA EN CIRCULO. SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

| | | | |
|-----------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiaceos |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

| | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|------------------|
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

9)
Otros

A. NO...1

SI...5

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: _____

L9 ¿El hecho de tomar estos medicamentos le ha causado alguna vez problemas considerables con su familia o amigos, en el trabajo, la escuela o con la policía?

NO (pase a L10....1
SI5+

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO AL HACER LA SIGUIENTE PREGUNTA: ¿Alguna vez le causo (TAL DROGA) problemas considerables con su familia, amigos, en el trabajo o la escuela o con la policía?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE DROGA ENCERRADA EN UN CIRCULO.
SI ES SI CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE CON B.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo este tipo de problemas a causa de (TAL DROGA)?

DD3RA6 B. ¿Continuó usted usando (TAL DROGA) después de darse cuenta de que le estaba causando este tipo de problemas?
DA3RA1
DA3RB

| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiáceos |
|-----------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 | B. NO...1 | NO...1 | NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |

| 5) Cocaína | 6) FCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
|-----------------|-----------------|--------------------|------------------|
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |

9)
Otros

A. NO...1
SI...5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: _____

B. NO...1
SI...5

L10 ¿Con frecuencia ha estado usted bajo los efectos de algun medicamento o droga, o ha sentido la "cruda" (efectos posteriores) estando usted en una situación que aumentaba las posibilidades de que se hiciera daño, por ejemplo, manejando un auto o una lancha, usando un cuchillo, maquinaria o algún arma de fuego, cruzando contra el tránsito pesado, nadando o escalando? NO (Pase a L11)....1
SI5+

DD3RA4 A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO
DA3RA2 CUANDO PREGUNTE: ¿Con frecuencia ha estado bajo
DD3RB los efectos de (TAL DROGA) en una situación que
DA3RB aumentaba sus posibilidades de lastimarse?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA SIGUIENTE DROGA ENCERRADA EN UN CIRCULO.
SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que usó (TAL DROGA) en alguna de estas situaciones?

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiaceos |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 5) Cocaina | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

9)
Otros
A. NO...1
SI...5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: _____



L11 ¿Alguna vez ha sentido usted un deseo tan fuerte o una urgencia tan grande de usar alguno de estos medicamentos o drogas que no ha podido resistirlo? NO (Pregunte A)....1
 SI (Pase a B).....5*

A. ¿Alguna vez ha tenido tal necesidad de alguno de estos medicamentos o drogas que no podía pensar en ninguna otra cosa? NO (Pase a L12)....1
 SI (Pregunte B)....5*

DICDD1 B. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO CUANDO PREGUNTE: ¿Alguna vez ha tenido un deseo tan fuerte/ una necesidad tan grande de (TAL DROGA) que no lo podía resistir/no podía pensar en ninguna otra cosa?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y SIGA CON LA SIGUIENTE DROGA. SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

| | | | |
|-----------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiaceos |
| B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

| | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|------------------|
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

9)
Otros

B. NO...1

SI...5

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: _____



L12 ¿Alguna vez la forma como usaba cualquiera de estas drogas o medicamentos se hizo tan regular que no podía usted cambiar ni la hora de consumirla ni la cantidad que consumía sin importar dónde estuviera o lo qué estuviera haciendo? NO (Pase a L13)....1
SI.....5*

DICDD6 A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO PREGUNTE: ¿Alguna vez ha usado (TAL DROGA) con regularidad?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y SIGA A LA SIGUIENTE DROGA EN CIRCULO. SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que usó esta droga con regularidad?

| | | | |
|------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiáceos |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| 9) Otros | | | |
| A. NO...1 | | | |
| SI...5 | | | |
| REC: 1 2 3 4 5 6 | | | |
| EDAD REC: _____ | | | |

L13 ¿Alguna vez ha deseado o intentado reducir o dejar de usar alguno de estos medicamentos o drogas pero no ha podido?

NO (Pase a L14)...1
SI5*

DD3RA2 A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO PREGUNTE:¿Alguna vez ha deseado o intentado reducir o dejar de usar (TAL DROGA) sin lograrlo?

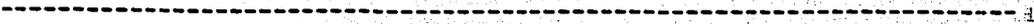
SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PASE A LA SIGUIENTE DROGA ENCERRADA EN CIRCULO. SI ES SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y SIGA CON B.

DD3RB B. ¿Más de una vez intentó dejar o reducir el uso de (TAL DROGA) sin lograrlo?

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiaceos |
| A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 |

9)
Otros
A. NO...1
SI...5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: _____
B: NO...1
SI...5



L14 ¿Ha tenido usted algún periodo en el que pasaba gran parte de su tiempo usando medicamentos o drogas, consiguiéndolas o reponiéndose de sus efectos? NO (Pase a L15).....1
 SI5*

DD3RA3 A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO PREGUNTE: ¿Alguna vez ha pasado gran parte de su tiempo usando o consiguiendo (TAL DROGA) o reponiéndose de sus efectos?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y SIGA A LA SIGUIENTE DROGA EN CIRCULO. SI ES SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y SIGA CON B.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que (TAL DROGA) ocupó gran parte de su tiempo?

DD3RB B. ¿Ese periodo duró al menos un mes?

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| | 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiáceos |
| A. | NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. | NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| | 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. | NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. | NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 |

9)
Otros

A. NO...1
SI...5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: _____

B. NO...1
SI...5

L15 ¿Con frecuencia ha usado cantidades mucho mayores de algún medicamento o droga de lo que se proponía al empezar, o lo ha usado durante un periodo más largo de lo que se había propuesto? NO (Pregunte A)...1
SI (Pase a B)...5*

A. ¿Con frecuencia ha empezado a usar una medicina o droga y se le ha dificultado dejar de usarlo antes de que se le suba o de estar completamente intoxicado? NO (Pase a L16)...1
SI (Pregunte B)...5*

DD3RA1 B. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN ALGUNA
DICDD2 CATEGORIA CUANDO PREGUNTE: ¿Con frecuencia ha usado usted (TAL DROGA) en cantidades mayores o durante periodos más largos de lo que pretendía/o se encontró con que se le dificultaba dejar de usar (TAL DROGA) antes de que se le subiera o de estar completamente intoxicado?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que eso le ocurrió con (TAL DROGA)?

| | | | |
|--|---|---|---|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiáceos |
| B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| 9) Otros | | | |
| B. NO...1 SI...5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | | | |

L16 ¿Alguna vez se dio cuenta de que empezaba a necesitar alguno de estos medicamentos o drogas mucho más que antes para conseguir el mismo efecto? NO (Pregunte A)...1
SI (Pase a B).....5*

A. ¿Alguna vez se dio cuenta de que la misma cantidad de alguno de estos medicamentos o drogas le hacían menos efecto que antes? NO (pase L17)...1
si (PREGUNTE B).5+

DD3RA7
DICDD5

B. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO PREGUNTE: ¿Alguna vez se dio cuenta de que empezaba a necesitar mucho más de (TAL DROGA) para conseguir el mismo efecto y/o que la misma cantidad de (TAL DROGA) le hacía menos efecto que antes?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI LA RESPUESTA ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

REC: ¿Todavía le ocurre que necesita usar (TAL DROGA) en una cantidad mayor de la que antes le bastaba para sentir sus efectos?

SI LA RESPUESTA ES SI, CODIFIQUE REC=1; SI ES NO, PREGUNTE:¿Cuándo dejó de ocurrirle?

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiáceos |
| B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |

9)
Otros
B. NO...1
SI...5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: _____

L17 ¿Alguna vez el hecho de dejar de consumir o reducir su consumo lo enfermó o le causó problemas como los que aparecen en la tarjeta D? ENTREGUE LA TARJETA D AL ENTREVISTADO.

NO (Pase a L18)....1
SI5*

DD3RA8 A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN ALGUNA
DICDD4 CATEGORIA CUANDO PREGUNTE: ¿Le ocurrió alguna vez que dejar de usar o reducir el consumo de (TAL DROGA) lo enfermó o le causó alguno de esos problemas de salud?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI ES SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC, Y CONTINUE CON B.

DD3RB B. ¿Ha tenido este tipo de problemas varias veces cuando ha dejado de usar o reducido el consumo de (TAL DROGA)?

DD3RA9 C. ¿Alguna vez ha usado (TAL DROGA) para quitarse
DICDD3 estos síntomas de abstinencia o para evitar tenerlos?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiaceos |
| A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 |
| C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 |
| C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |

| | | | |
|--|---|--|--|
| 9) Otros | | | |
| A. NO...1 SI...5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | B. NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 |
| B. NO...1 SI...5 | C. NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 | NO...1 SI...5 |
| C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | C. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |

L18 ¿Alguna vez ha tenido problemas de salud, tales como una sobredosis accidental, un tos persistente, un ataque, una infección, hepatitis, absesos, SIDA, cortadas, torceduras o alguna otra lesión como resultado de usar alguno de estos medicamentos o drogas? NO (Pase a L19)..1
SI.....5*

DICDHM A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO PREGUNTE: ¿(TAL DROGA) le causó alguna vez alguno de estos problemas de salud?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI ES SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC, Y CONTINUE CON B.

DD3RA6 B. ¿Continuó usted usando (TAL DROGA) después de
DA3RA1 que se dio cuenta de que le causaba alguno de
DICDD8 estos problemas de salud?
DICDHM

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE C.

DD3RB C. ¿En más de una ocasión volvió usted a usar (TAL
DA3RB DROGA) después de haberse dado cuenta de que le
DICDHM causaba alguno de estos problemas de salud?

| | | | |
|------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| 1) | 2/2A) | 3/3A) | 4/4A) |
| Marihuana | Estimulantes | Sedantes | Opiaceos |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| C. NO...1 | C. NO...1 | NO...1 | C. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| 5) | 6) | 7) | 8) |
| Cocaína | PCP | Psicodélicos | Inhalantes |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 | B. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| C. NO...1 | C. NO...1 | C. NO...1 | C. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |
| 9) | | | |
| Otros | | | |
| A. NO...1 | | | |
| SI...5 | | | |
| REC: 1 2 3 4 5 6 | | | |
| EDAD REC: _____ | | | |
| B. NO...1 | B. NO...1 | NO...1 | NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| C. NO...1 | C. NO...1 | NO...1 | NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 | REC:1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

L19 ¿Alguna vez ha tenido problemas emocionales o psicológicos como resultado de usar alguna de estas medicinas o drogas, como serían sentirse sin interés en las cosas, deprimido, que sospecha de las personas, paranoide o con ideas extrañas?

NO (Pase a L20)....1
SI.....5*

DICDHM A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA:
¿(TAL DROGA) le causó alguna vez algún problema emocional o psicológico?

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI LA RESPUESTA ES SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC, Y CONTINUE CON B.

DD3RA6 B. ¿Continuó usted usando (TAL DROGA) después de haberse dado cuenta de que le causaba alguno de esos problemas emocionales?
DA3RA1
DICDD8
DICDHM

SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI LA RESPUESTA ES SI, CODIFIQUE 5 Y CONTINUE CON C.

DD3RB C. ¿En más de una ocasión volvió usted a usar (TAL DROGA) después de haberse dado cuenta de que le causaba alguno de esos problemas emocionales?
DA3RB
DICDHM

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiaceos |
| A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 |
| C. NO...1 SI...5 | C. NO...1 SI...5 | C. NO...1 SI...5 | C. NO...1 SI...5 |
-
- | | | | |
|---|---|---|---|
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ | A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____ |
| B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 | B. NO...1 SI...5 |
| C. NO...1 SI...5 | C. NO...1 SI...5 | C. NO...1 SI...5 | C. NO...1 SI...5 |
-
- 9)**
Otros
- A. NO...1
SI...5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: _____
- B. NO...1
SI...5
- C. NO...1
SI...5

L20 ¿Alguna vez ha dejado de hacer sus actividades o las ha reducido de manera importante para dedicarse a conseguir o usar algún medicamento o droga, como sus actividades de deporte, de trabajo o sus reuniones con familiares o amigos? NO (Pase a L21)....1
SI.....5*

DD3RA5 A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS ENCERRADAS EN CIRCULO
DICDD7 EN ALGUNA CATEGORIA CUANDO PREGUNTE: ¿Por usar (TAL DROGA), alguna vez ha dejado de hacer sus actividades o las ha reducido de manera importante al menos durante un mes o ha hecho esto varias veces durante un periodo más prolongado?
SI LA RESPUESTA ES NO, CODIFIQUE 1 Y PROSIGA A LA SIGUIENTE DROGA. SI ES SI, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 1) Marihuana | 2/2A) Estimulantes | 3/3A) Sedantes | 4/4A) Opiaceos |
| A. NO...1 SI...5 REC:1 2 3 4 5 6 |

EDAD REC: _____ EDAD REC: _____ EDAD REC: _____ EDAD REC: _____

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 5) Cocaína | 6) PCP | 7) Psicodélicos | 8) Inhalantes |
| A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 | A. NO...1 |
| SI...5 | SI...5 | SI...5 | SI...5 |
| REC: 1 2 3 4 5 6 | REC: 1 2 3 4 5 6 | REC: 1 2 3 4 5 6 | REC: 1 2 3 4 5 6 |
| EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ | EDAD REC: _____ |

9)
Otros
A. NO...1
SI...5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: _____

L21 ¿SE HA CODIFICADO AL MENOS UN PRB 5* NO (Pase a M)...1
DESDE L8? SI (Pase a L22)..5

L22 Usted dijo que (ENUMERE TODOS LOS 5* DE LAS RESPUESTAS DE L8 A L20). ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo alguno de estos problemas con alguna de estas medicinas o drogas? INICIO: 1 2 3 4 5 6
EDAD DE INICIO

GUIA DE IDENTIFICACION DE DROGAS

ANALGESICOS NARCOTICOS

| Nombre Comercial | Nombre Químico |
|------------------|---------------------------|
| 1.- Darvon | * Dextropropofixeno |
| 2.- Demarol | * Meperidina |
| 3.- Fentanex | * Fentanil |
| 4.- Lomotil | * Difenoxilato |
| 5.- Metadona | * Otros |
| 6.- Morfina | * Morfina |
| 7.- Ketalar | * Clorhidrato de Ketamina |

OTROS OPIACEOS

| Nombre Comercial | Nombre Químico |
|------------------|----------------|
| 1.- Codeina | * Codeina |
| 2.- Histiacial | * Codeina |
| 3.- Mercodol | * Codeina |
| 4.- Talwin | * Pentazocina |
| 5.- Nubain | * Nalbufina |
| 6.- Nalorfina | * Nalorfina |

TRANQUILIZANTES

| Nombre Comercial | Nombre Químico |
|-----------------------|----------------|
| 1.- Alboral 24 AP | Diacepam |
| 2.- Alboral Diet | Diacepam |
| 3.- Alboral | Diacepam |
| 4.- Ativan | Loracepam |
| 5.- Aurodin | Diacepam |
| 6.- Barpan | Diacepam |
| 7.- Bonare 15/30 | Oxacepam |
| 8.- Britazepam | Diacepam |
| 9.- Bruzapam | Diacepam |
| 10.- Buscopax | Oxacepam |
| 11.- Compensol 100/80 | Diacepam |

| | Nombre Comercial | | Nombre Químico |
|------|----------------------|---|-------------------|
| 9.- | fenobarbital Euronex | * | Fenobarbital |
| 10.- | Luminal | * | Fenobarbital |
| 11.- | Mandrax | * | Metacualona |
| 12.- | Nembutal | * | Pentobarbital |
| 13.- | Neurinasses | * | Barbital |
| 14.- | Noctec | * | Hidrato de Cloral |
| 15.- | Nubarene | * | Metacualona |
| 16.- | Optanox | * | Butilvinal |
| 17.- | Qualude 150/300 | * | Metacualona |
| 18.- | Kevonal | * | Metacualona |
| 19.- | Seconal | * | Secobarbital |
| 20.- | Seconal Sódico | * | Secobarbital |
| 21.- | Sedilin | * | Fenobarbital |
| 22.- | Sepadin | * | Metacualona |
| 23.- | Tuinai | * | Secobarbital |

ESTIMULANTES

* Anfetaminas

| | | |
|------|-----------------|-------------------------------|
| 1.- | Akledron | Clorhidrato de Fenproporex |
| 2.- | Benzedrina | Sulfato de Anfetamina |
| 3.- | Dexedrina | Sulfato de Dextroanfetamina |
| 4.- | Estelcaps | Fenproporex + Diacepam |
| 5.- | Exedrina | Sulfato de Dextroanfetamina |
| 6.- | fenisec | Clorhidrato de Fenproporex |
| 7.- | lonamin | Clorhidrato de Fenproporex |
| 8.- | Lévil | Clorhidrato de Fenproporex |
| 9.- | Neobex | Clorhidrato de Dietil Propion |
| 10.- | Pesex | Clorhidrato de Fenproporex |
| 11.- | Pesex A.P. | Clorhidrato de Fenproporex |
| 12.- | Pondinil | Clorhidrato de Mefenorex |
| 13.- | Redotex | Sulfato de Dextroanfetamina |
| 14.- | Ritalin | Metil Fenidato |
| 15.- | Tenuante Dospan | Anfepramona |

* Otros Estimulantes

| | | |
|------|----------|--------------|
| 16.- | Preludin | Fenmetracina |
| 17.- | Captagon | |
| 18.- | Mazendol | |

| Nombre Comercial | Nombre Quimico |
|----------------------------|--------------------|
| 64.- Sedalpan | Diacepam |
| 65.- Sedaner | Diacepam |
| 66.- Seredyn | Diacepam |
| 67.- Simpro | Clordiacepóxido |
| 68.- Sinestron | Loracepam |
| 69.- Taffil | Alprazolam |
| 70.- Tazonal 5/10 | Temacepam |
| 71.- Tencepam | Fracepam |
| 72.- Trakyl | Diacepam |
| 73.- Trandyn | Diacepam |
| 74.- Urbadan | Clobazam |
| 75.- Valium 2/5/10 | Diacepam |
| 76.- Valium CR | Diacepam |
| * Cloracepato Dipotásico - | |
| 77.- Balserene | Directo |
| 78.- Fakiral | Directo |
| 79.- Nevaotren | Directo |
| 80.- Noctran | Directo |
| 81.- Tranxene | Directo |
| 82.- Verax | Directo |
| * Otros Tranquilizantes | |
| 83.- Apascil | Meprobamato |
| 84.- Atarax | Hidroxicina |
| 85.- Azepyl | Hidroxicina |
| 86.- Baredan | Nombre desconocido |
| 87.- Carbagretil | Carbamacepina |
| 88.- Carbaxep | Carbamacepina |
| 89.- Equanil | Meprobamato |
| 90.- Insidon | Opipramol |
| 91.- Meprospan | Meprobamato |
| 92.- Milprem | Meprobamato |
| 93.- Miltown 200/400 | Meprobamato |
| 94.- Tacitin | Benzocetamina |
| 95.- Tegretol | Carbamacepina |
| 96.- Vistaril | Nombre Desconocido |

SEDANTES/BARBITURICOS

| | |
|-----------------------|----------------|
| 1.- Alepsal Compuesto | * Fenobarbital |
| 2.- Alepsal Genevrier | * Fenobarbital |
| 3.- Amytal | * Fenobarbital |
| 4.- Calmogen | * Metacualona |
| 5.- Doriden | * Glutetimida |
| 6.- Eskabarb | * Fenobarbital |
| 7.- Fenobarbital | * Fenobarbital |
| 8.- Fenobarbital | * Fenobarbital |

| Nombre Comercial | Nombre Quimico |
|--------------------------|---------------------|
| 9.- Fenobarbital Euromex | * Fenobarbital |
| 10.- Luminal | * Fenobarbital |
| 11.- Mandrax | * Metacualona |
| 12.- Nembutal | * Pentobarbital |
| 13.- Neurinasses | * Barbital |
| 14.- Noctec | * Hidrato de Cloral |
| 15.- Nuobarene | * Metacualona |
| 16.- Optanox | * Butilvinal |
| 17.- Qualude 150/300 | * Metacualona |
| 18.- Revonal | * Metacualona |
| 19.- Seconal | * Secobarbital |
| 20.- Seconal Sodico | * Secobarbital |
| 21.- Sedilin | * Fenobarbital |
| 22.- Sepadin | * Metacualona |
| 23.- Tuinal | * Secobarbital |

ESTIMULANTES

* Anfetaminas

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| 1.- Aktedron | Clorhidrato de Fenproporex |
| 2.- Dexedrina | Sulfato de Anfetamina |
| 3.- Dexedrina | Sulfato de Dextroanfetamina |
| 4.- Esbelcaps | Fenproporex + Diacepam |
| 5.- Exedrina | Sulfato de Dextroanfetamina |
| 6.- Fenisec | Clorhidrato de Fenproporex |
| 7.- Ionamin | Clorhidrato de Fenproporex |
| 8.- Levil | Clorhidrato de Fenproporex |
| 9.- Neobex | Clorhidrato de Dietil Propion |
| 10.- Pesex | Clorhidrato de Fenproporex |
| 11.- Pesex A.P. | Clorhidrato de Fenproporex |
| 12.- Pondinil | Clorhidrato de Mefenorex |
| 13.- Redotex | Sulfato de Dextroanfetamina |
| 14.- Ritalin | Metil Fenidato |
| 15.- Tenuante Dospan | Anfepramona |

* Otros Estimulantes

| | |
|---------------|--------------|
| 16.- Preludin | Fenmetracina |
| 17.- Captagon | |
| 18.- Mazendol | |

SECCION M: MEMORIA

M1 Ahora quisiera preguntarle acerca de su memoria.
 ¿Ha consultado en alguna ocasión al médico sobre
 problemas con su memoria? NO.....1
 SI.....5 /69

DSMORGBR Déjeme hacerle ahora algunas preguntas para evaluar
 su concentración y memoria (casi todas son fáciles)
 ANOTE LA RESPUESTA Y LUEGO CODIFIQUE.

| | | CORRECTA | ERROR | |
|------|---|----------|-------|-----|
| M2 | ¿En qué año estamos? AÑO _____ | 1 | 5 | /70 |
| M3 | ¿En qué estación del año estamos? ESTACION _____ | 1 | 5 | /71 |
| M4 | ¿En qué fecha estamos? FECHA _____ | 1 | 5 | /72 |
| M5 | ¿Qué día de la semana es hoy? DIA _____ | 1 | 5 | /73 |
| M6 | ¿En qué mes estamos? MES _____ | 1 | 5 | /74 |
| M7 | ¿Podría decirme en qué lugar estamos ahora? Por ejemplo en qué (Estado/provincia) estamos? ESTADO _____ | 1 | 5 | /75 |
| M8 | ¿En qué colonia estamos? COLONIA _____ | 1 | 5 | /76 |
| M9 | ¿En qué ciudad estamos? CIUDAD _____ | 1 | 5 | /77 |
| M10A | ¿En qué piso del edificio estamos? PISO _____ | 1 | 5 | /78 |
| B | ¿Cuál es la dirección de este lugar? (SI INSTITUCIONALIZADO: nombre del lugar) DIRECCION _____ | 1 | 5 | /79 |

DSHORBR M11 Le voy a nombrar tres cosas. Después de que yo
 las diga quiero que Ud. las repita. Acuérdesse
 cuáles son, porque dentro de unos minutos le
 voy a pedir que las nombre otra vez.

"Pera" "Mesa" "Peso"

¿Podría repetir las tres cosas que le nombré?
 CODIFIQUE EL PRIMER INTENTO

| | CORRECTA | ERROR | |
|--------------|----------|-------|-----------|
| 1. Pera..... | 1 | 5 | FIN 18/80 |
| 2. Mesa..... | 1 | 5 | /01 |
| 3. Peso..... | 1 | 5 | /02 |

ENTREVISTADOR: REPITA LAS TRES PALABRAS
 HASTA QUE LAS APRENDA BIEN.

DSMDRDBR M12 ¿Podría Ud. empezando con 100, restarle 7, luego seguir restando 7 del resultado que obtenga, hasta que yo le diga que pare?

CUENTE SOLO UN ERROR SI EL SUJETO HACE UNA RESTA EQUIVOCADA, DESPUES LAS RESPUESTAS SON EL ERROR MENOS 7.

| | CORRECTO | ERROR | DICE NO SABE | OTRA RAZON PARA NEGARSE | |
|--------------|----------|-------|-----------------|----------------------------|-----|
| 1. (93)..... | 1 | 5 | 7 | 9 | /03 |
| 2. (86)..... | 1 | 5 | 7 | 9 | /04 |
| 3. (79)..... | 1 | 5 | 7 | 9 | /05 |
| 4. (72)..... | 1 | 5 | 7 | 9 | /06 |
| 5. (65)..... | 1 | 5 | 7 | 9 | /07 |
| PARE | | | | | |

DSMDRDBR M13 Ahora le voy a deletrear una palabra y quiero que Ud. me la deletree al revés. La palabra es MUNDO., M-U-N-D-O. Deletree mundo al revés. REPITA DELETREO SI ES NECESARIO.

| | No. DE ERRORES | | | | | SE NIEGA | |
|-----------|----------------|---|---|---|---|----------|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
| O D N U M | | | | | | | |

DSMDRDBR M14 Ahora, ¿cuáles fueron las 3 cosas que le pedí que recordara?

| | CORRECTO | ERROR | |
|--------------|----------|-------|-----|
| 1. Pera..... | 1 | 5 | /09 |
| 2. Mesa..... | 1 | 5 | /10 |
| 3. Peso..... | 1 | 5 | /11 |

DSMDRDBR M15 ENTREVISTADOR: MUESTRE RELOJ

A. ¿Cómo se llama esto? 1 5 /12

ENTREVISTADOR: MUESTRE LAPIZ.

B. ¿Cómo se llama esto? 1 5 /13

DSMDRDBR M16 Quisiera que repitiera esta expresión después que yo la diga "Pancha plancha con 4 planchas" PERMITA SOLO UN INTENTO, CODIFICAR 1 REQUIERE UNA REPETICION PERFECTAMENTE ARTICULADA

1 5 /14

DSMDRDBR M17 Lea las palabras en esta página y luego haga lo que dice. ENTREVISTADOR: MUESTRA CARTULINA B ("CIERRE LOS OJOS").

CODIFIQUE 1 SI EL R CIERRA LOS OJOS.

| | CORRECTO | ERROR | NO PUEDE LEER | |
|--|----------|-------|------------------|-----|
| | 1 | 5 | 7 | /15 |

DSMORGBR M18 ENTREVISTADOR: LEA LA ASEVERACION COMPLETA QUE SIGUE Y LUEGO ENTREGUE A R UNA HOJA DE PAPEL EN BLANCO, NO REPITA INSTRUCCIONES NI LO AYUDE.

Le voy a dar un papel. Cuando se lo dé tome el papel en la mano derecha, doble el papel una vez por la mitad con las dos manos, y luego ponga el papel en sus piernas?

| | CORRECTO | ERROR | |
|--|----------|-------|-----|
| a. Toma el papel con la mano derecha..... | 1 | 5 | /16 |
| b. Doble el papel por la mitad con las dos manos | 1 | 5 | /17 |
| c. Pone el papel sobre sus piernas..... | 1 | 5 | /18 |

DSMORGBR M19 Escribame cualquier oración completa en este papel. LA ORACION DEBE TENER SUJETO, VERBO Y SENTIDO. ERRORES DE ORTOGRAFIA O GRAMATICA NO CUENTAN.

| | CORRECTO | ERROR | NO PUEDE ESCRIBIR | |
|--|----------|-------|----------------------|-----|
| | 1 | 5 | 7 | /19 |

DSMORGBR M20 Aquí hay un dibujo. Haga el favor de copiar el dibujo en el mismo papel que usó antes.
ENTREVISTADOR: ENTREGUE LA CARTULINA F.
ESTARA CORRECTO SI FORMA 2 FIGURAS CONVEXAS DE 5 LADOS Y LA INTERSECCION FORMA UNA FIGURA DE 4 LADOS.

| | CORRECTO | ERROR | |
|--|----------|-------|-----|
| | 1 | 5 | /20 |

M21 ENTREVISTADOR: ¿SALTO A ESTA SECCION (EMPEZANDO CON M1) DESDE C1 U OTRA PREGUNTA POSTERIOR?

| | | | |
|-----------------------|---|--|-----|
| NO....(SALTE A N1)... | 1 | | |
| SI..... | 5 | | /21 |

M22 ¿HAY 42 O MAS 5'S CODIFICADOS EN M2-M11 Y M14-M20?

| | | | |
|---|---|--|-----|
| NO....(VUELVA A LA ULTIMA PREGUNTA HECHA ANTES DE SALTAR Y CONTINUE.....) | 1 | | |
| SI.....(SALTE A P)..... | 5 | | /22 |

SECCION N: DISFUNCIONES SEXUALES

SOM3R29 N1 Ahora le voy a preguntar acerca de su experiencia sexual.
 En general ¿ha sido su vida sexual importante para Ud. o
 podría haber pasado bien su vida sin ella?

HA TENIDO IMPORTANCIA.....1
 PODRIA HABER PASADO BIEN LA VIDA
 SIN ELLA.....5
 NINGUNA EXPERIENCIA SEXUAL.....8 /23

N2 REFIERE R ESPONTANEAMENTE NO TENER EXPERIENCIA SEXUAL

NO.....1
 SI.....(SALTE A SECCION SIGUIENTE).....5 /24

N3 ¿REHUSA R RESPONDER PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL SEXO?

NO.....1
 SI.....(SALTE A SECCION SIGUIENTE).....5 /25

SOM3R30 N4 ¿Han sido alguna vez las relaciones sexuales físicamente
 dolorosas para usted?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 4 5 /26

N5 ¿Ha habido alguna vez un período de varios meses en su vida
 en el cual tener relaciones sexuales no fue agradable para
 usted (aún cuando no fueron dolorosas)?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /27

SOM2R31 N6 ¿Ha tenido algún (otro) tipo de dificultad sexual
 (PARA HOMBRES: Como un período de dos meses o más
 en que tuvo dificultad en tener una erección)?

MD _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /28

Si no codificó ningún 5 en N1, N4 a N6, salte a la página
 siguiente.

N7 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que tuvo (esta (L5))
 Experiencias sexuales?

INI: 1 2 3 4 5
 EDAD INI: —/—
 REC: 1 2 3 4 5
 EDAD REC: —/—

SECCION P: OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR: ENT: CODIFIQUE P1-P8 SIN PREGUNTAR.

| | | | | |
|----------------------|----|---|--|-----|
| SCZ3RA1C SZICDA2f | P1 | NEOLOGISMOS (USO DE PALABRAS INVENTADAS O SIN SENTIDO) | NO.....1 SI...(ANOTE ABAJO EJEMPLO).....5 | /29 |
| EJEMPLO: _____ | | | | |
| SCZ3RA1C SZICDA2f | P2 | DESORDEN DEL PENSAMIENTO (QUE DIFICULTA LA COMUNICACION DEBIDO A UNA FALTA DE ESTRUCTURA LOGICA O COMPRESIBLE) | NO.....1 SI...(ANOTE ABAJO EJEMPLO).....5 | /30 |
| SCZ3RA1E SCICDA2 | P3 | APLANAMIENTO AFECTIVO: (PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EMOCIONAL TAL COMO LA SONRISA, LA TRISTEZA, LA IRRITABILIDAD, ETC. P.EJ: LA PERDIDA TOTAL DE LA EXPRESION FACIAL DEBE SER PERSISTENTE A TRAVES DE LA ENTREVISTA PARA SER CODIFICADA 5) | NO.....1 SI.....5 | /31 |
| | P4 | CONDUCTA ALUCINATORIA (ACTUA COMO SI ESCUCHARA VOCES O VIERA VISIONES, MUEVE LOS LABIOS LENTAMENTE Y MURMURA, NO COMO SI ESTUVIERA TRISTE O AVERGONZADO. MIRA SOBRE EL HOMBRO COMO SI LO DISTRAJERA UNA VOZ. | NO.....1 SI.....5 | /32 |
| | P5 | LENGUAJE ENLETECIDO: LARGAS LATENCIAS ANTES DE RESPONDER. | NO.....1 SI.....5 | /33 |
| | P6 | MOVIMIENTOS LENTOS: SIN GESTOS, SE SIENTA INMOVIL | NO.....1 SI.....5 | /34 |
| | P7 | ¿ESTUVO EL ENTREVISTADO BEBIENDO ALCOHOL DURANTE LA ENTREVISTA? | NO.....1 SI.....5 | /35 |
| | P8 | ¿ESTABA EL ENTREVISTADO EMBRIAGADO CON ALCOHOL O INTOXICADO POR DROGAS DURANTE LA ENTREVISTA? ¿ERA EL DISCURSO ININTELIGIBLE, ERA SU CAMINAR INESTABLE O SU RESPIRACION OLIA A ALCOHOL? | NO.....1 SI.....5 | /36 |

SECCION X: EVALUACION DEL ENTREVISTADOR

X1 ¿TIENE R ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ANORMALIDADES?
CODIFIQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.

| | | |
|---|---|-----|
| A. MUY OBESO..... | 1 | /37 |
| B. MUY DELGADO, COMO ESQUELETO..... | 2 | /38 |
| C. DIFICULTAD EN EL LENGUAJE (SUFICIENTE COMO PARA DIFICULTAR LA COMUNICACION)..... | 3 | /39 |
| D. INVALIDO....(RESPONDA D1 Y D2)..... | 4 | /40 |
| 1. PARTE DEL CUERPO: _____ | | |
| 2. GRADO DE SEVERIDAD: (CODIFIQUE UNA) | | |
| MUY SEVERO..... | 1 | |
| MODERADAMENTE SEVERO..... | 2 | |
| NO SEVERO..... | 3 | /41 |
| E. OTRA ENFERMEDAD APARENTE (RESPONDA E1)..... | 5 | /42 |
| 1. TIPO DE ENFERMEDAD: _____ | | |
| F. DESFIGURADO....(RESPONDA F1 Y F2)..... | 6 | /43 |
| 1. TIPO: _____ | | |
| 2. GRADO DE SEVERIDAD: (CODIFIQUE UNA) | | |
| MUY SEVERO..... | 1 | |
| MODERADAMENTE SEVERO..... | 2 | |
| NO SEVERO..... | 3 | /44 |
| G. CIEGO..... | 7 | /45 |
| H. SORDO..... | 8 | /46 |

PSE140 X2 ¿COMO ESTIMARIA UD. EL CI DEL R?

| | | |
|--|---|-----|
| ALTO..... | 1 | |
| PROMEDIO..... | 2 | |
| BAJO, PERO SUFICIENTE..... | 3 | |
| MUY BAJO PARA ASEGURAR COMPRESION..... | 4 | /47 |

X3 ¿RESPONDIO R TODAS LAS PREGUNTAS QUE LE ERAN ATINGENTES?

| | | |
|--|---|-----|
| NO RESPONDIO 1 O MAS PREGUNTAS..... | 1 | |
| RESPONDIO TODAS LAS QUE CORRESPONDIAN..(SALTE A X8)... | 5 | /48 |

PSE140 X5 ¿REHUSO R RESPONDER ALGUNA PREGUNTA?

| | | |
|--|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI.....(VAYA A X7)..... | 5 | /49 |
| A. ¿CUANTAS PREGUNTAS SE NEGÓ A RESPONDER? | | |
| _____ | | /52 |
| PREGUNTAS | | |
| REHUSADAS | | |

B. ¿CUALES PREGUNTAS REHUSO CONTESTAR?

| | |
|-------------------------|------|
| P. _____ P. _____ | /58 |
| P. _____ P. _____ | /64 |
| P. _____ P. _____ | /70 |
| P. _____ P. _____ | /76 |
| P. _____ P. _____ | /82 |
| P. _____ P. _____ | /88 |
| P. _____ P. _____ | /94 |
| P. _____ HASTA P. _____ | /100 |

X6 ¿ENTENDIO R TODAS LAS PREGUNTAS?

| | | |
|-------------------------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI.....(VAYA A X7)..... | 5 | /15 |

B. ¿QUE PREGUNTAS NO ENTENDIO?

| | | |
|----------|----------------|-----|
| P. _____ | P. _____ | /21 |
| P. _____ | P. _____ | /27 |
| P. _____ | P. _____ | /33 |
| P. _____ | P. _____ | /39 |
| P. _____ | P. _____ | /45 |
| P. _____ | P. _____ | /51 |
| P. _____ | HASTA P. _____ | /57 |

X7 ¿Es el idioma de las entrevistas el único idioma que R utiliza en su casa?

| | | |
|---|---|-----|
| SI.....(SALTE A X8)..... | 1 | |
| HABLA ESTE MAS OTRO..... | 2 | |
| HABLA UN DIALECTO DEL IDIOMA DE LA ENTREVISTA..... | 3 | |
| HABLA UN IDIOMA DIFERENTE..... | 5 | /58 |

A. ¿El idioma de la entrevista es fluido para el entrevistado?

| | | |
|------------------------------|---|-----|
| Mucho..... | 1 | |
| Moderado..... | 3 | |
| Dificultad considerable..... | 5 | /59 |

B. ¿Tuvo el entrevistador dificultad para entender las respuestas del entrevistado?

| | | |
|---------------------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| OCASIONALMENTE..... | 3 | |
| SI..... | 5 | /60 |

X8 ¿FUE LA ENTREVISTA INTERRUPTIDA?

| | | |
|------------------------|---|-----|
| NO... (VAYA A X9)..... | 1 | |
| SI..... | 5 | /61 |

A. ¿CUALES FUERON LAS RAZONES DE LA INTERRUPTCION? (CODIFIQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

| | | |
|---|---|-----|
| EMERGENCIA ENTREVISTADOR..... | 1 | |
| EMERGENCIA ENTREVISTADO..... | 2 | |
| ENTREVISTADO CANSADO O ABURRIDO..... | 3 | |
| ENTREVISTADO ENOJADO CON PREGUNTAS..... | 4 | |
| ENTREVISTADO MOLESTO CON PREGUNTAS..... | 5 | |
| OTRA..... | 6 | /62 |
| ESPECIFIQUE: _____ | | |

B. ¿CUAL FUE LA ULTIMA PREGUNTA RESPONDIDA POR R?

P. _____ /63

X9 ¿CUAL FUE LA REACCION DE R ANTE LA POSIBILIDAD DE OTRA FUTURA ENTREVISTA?

| | | |
|-------------------|---|-----|
| DESEOSO..... | 1 | |
| RECEPTIVO..... | 2 | |
| SIN REACCION..... | 3 | |
| RETICENTE..... | 4 | |
| RECHAZO..... | 5 | /64 |

X10 ¿SE PASO LA ENTREVISTA EN MAS DE UNA SESION?

| | | |
|---------|---|-----|
| NO..... | 1 | |
| SI..... | 5 | /65 |

A. ¿CUANTO HABIA DURADO LA ENTREVISTA ANTES QUE FUERA INTERRUMPIDA?

HRS ___/___ MIN ___/___

/69

B. ¿DESPUES DE CUAL PREGUNTA SE PRODUJO LA INTERRUPCION?

P. _____

/72

X11 EL ENTREVISTADO ERA:

ESENCIALMENTE NORMAL.....1
UN POCO ANORMAL.....2
MUY ANORMAL.....3

/73

X12 ¿ES ESTA UNA ENTREVISTA A TERCEROS?

NO...(FIN).....1
SI.....5

/74

A. ¿CUAL ES EL PARENTESCO DEL REEMPLAZANTE CON R?

B. RAZONES PARA EL REEMPLAZO

ESTADO DE COMA.....01
CONVALESCENCIA QUIRURGICA.....02
HOSPITALIZADO POR OTRA RAZON.....03
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....04
CEGUERA.....05
SORDERA.....06
FALLO MINI MENTAL.....07
MUERTE.....08
AUSENTE POR EL RESTO DEL TIEMPO QUE DURA EL ESTUDIO Y NO ES POSIBLE ENTREVISTARLO POR TELEFONO.....09
OTRO: ANOTE: _____ 10

/75

X13 DESCRIPCION DEL ENTREVISTADOR DE LA ENTREVISTA Y DEL ENTREVISTADO

HORA TERMINO /___/___/___/___/___/___

/79

HORA MIN

AM.....1

PM.....2

FIN 20/80

FECHA /___/___/___/___/___/___

/06

MES DIA AÑO

ENTREVISTADOR: /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

/13

CARTULINA A

EQUIVALENTES DE ALCOHOL

LICORES (APROX. 40 %)

1 Medida = 1 TRAGO
1/2 botellas de licor = 12 TRAGOS
1 botella de licor = 24 TRAGOS

VINO (APROX. 10%)

1 vaso de vino = 1 TRAGO
1 caña = 2 TRAGOS
1 botella de vino = 6 TRAGOS
3 botellas de vino = 20 TRAGOS
1 litro de vino = 18 TRAGOS

CERVEZA (APROX. 5%)

1 botella chica de cerveza = 1 TRAGO
1 caja de cervezas chicas = 24 TRAGOS
1 botella grande de cerveza = 2 TRAGOS

1 TRAGO = 9 GRMS. ALCOHOL ABSOLUTO (APROX.)

L: DROGA

CARTULINA B (ENTREVISTADO)

a) Medicamentos

| | | |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|
| PILDORAS PARA DORMIR | SEDANTES | ANFETAMINAS |
| ESTIMULANTES | BARBITURICOS | DEMEROL |
| TRANQUILIZANTES | SECONAL | MORFINA |
| DIAZEPAM (VALIUM) | CODEINA | METADONA |
| CLORDIAZEPOLIDO (LIBRIUM) | DARVON | |
| LORAZEPAM (AMPARAX) | | |

b) Drogas

| | | |
|----------------------|---------------------|-----------------------------|
| MARIHUANA | GASOLINA | CRACK |
| HOJAS DE COCA | TOLUENO | HEROINA |
| HASHISH | PEYOTE | OXIDO NITROSO |
| INHALABLES | MESCALINA | PCP |
| POLVO BLANCO | LSA | PEGAMENTOS (NEOPREN) |
| | PSILOSCIBINA | |
| | OPIO | |
| | COCAINA | |

c) Cómo las usa

- 1. Por boca (píldoras), tomadas, masticadas**
 - 2. Fumadas, restregadas**
 - 3. Aspiradas. inhaladas (jalada)**
 - 4. EV, a través de la vena**
 - 5. Inyección bajo la piel**
 - 6. Otros métodos**
-

L: DROGA

CARTOLA C (ENTREVISTADO)

a) Medicamentos

PILDORAS PARA DORMIR
ESTIMULANTES
TRANQUILIZANTES
DIAZEPAM (VALIUM)
CLORODIAZEPOXIDO (LIBRIUM)
LORASEPAM (AMPARAX)

SEDANTES
BARBITURICOS
SECONAL
CODEINA
DARVON

ANFETAMINAS
DEMEROL
MORFINA
METADONA

b) Drogas

MARIHUANA
HOJAS DE COCA
HASHISH
INHALABLES
POLVO BLANCO

GASOLINA
TOLUENO
PEYOTE
MESCALINA
LSD
PSILOSCIBINA
OPIO
COCAINA

CRACK
HEROINA
OXIDO NITROSO
PCP
PEGAMENTOS (NEOPREN)

c) Cómo las usa

1. Por boca (píldoras), tomadas, mascadas
 2. Fumadas, restregadas
 3. Aspiradas. inhaladas (jalada)
 4. EV, a través de la vena
 5. Inyección bajo la piel
 6. Otros métodos
-

CARTULINA D

Fatiga (quedar exhausto)

Sudoración

Diarrea

Ansiedad

Depresión

Irritabilidad

Inquietud

Problemas para dormir

Temblores (manos temblorosas)

Dolor de estómago

Dolor de cabeza

Debilidad

Náuseas o vómitos

Ataques o convulsiones

Dolor muscular o calambres

Lagrimeo

Bostezos

Búsqueda desesperada

Ver o escuchar cosas que no están realmente

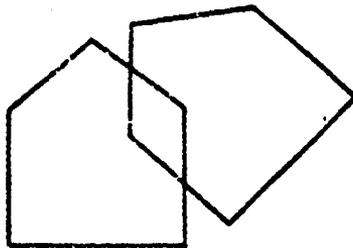
Taquicardia (corazón acelerado)

Cambios en el apetito

Fiebre

CARTULINA E

CIERRE LOS OJOS



HAGA LA PREGUNTA

NO → CODIFIQUE 1

SI

1 5 → CODIFIQUE 5

1 3 5 → PASE A C

• "¿Consultó (le preguntó) a un médico** sobre (Sx)?"

NO

SI

1 2 5 → CODIFIQUE 5

SIN "2" → PASE AL B

A

1. ¿Consultó a algún otro profesional sobre (Sx)?
 2. ¿Tomó medicinas más de una vez para el (Sx)?
 3. ¿El (Sx) interfirió mucho con su vida o actividades?

TODOS NO → CODIFIQUE 2
 PRIMER SI → 1 2 5 → CODIFIQUE 5

B

SIN "4" → PASE AL C

¿Fue el (Sx) alguna vez el resultado de una enfermedad física o lesión?

SI → PASE AL 4D
 NO → []

C

SIN "3" → CODIFIQUE 5

1. ¿Fue el (Sx) alguna vez el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?

NO → CODIFIQUE 5
 SI ↓

2. ¿Fue el (Sx) siempre el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?

NO → CODIFIQUE 5
 SI → ¿Qué causó el (Sx)?
 ANOTE ALC/MED Y CODIFIQUE 3

* Otros profesionales incluyen: trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, ministros, sacerdotes, farmacéuticos, dentistas, quiroprácticos, curanderos y pedicuristas.

INI/REC

A. ¿Cuándo fue la (primer/última) vez que presento (tuvo) el Sx?

SI NO SABE, pregunte antes de codificar:

¿Ocurrió en los últimos 12 meses?

CODIGOS INI/REC

- 1 = En las últimas 2 semanas
- 2 = De 2 semanas a 1 mes
- 3 = De 1 a 6 meses
- 4 = De 6 meses a 1 año
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = Hace más de 1 año

PREG. INI/REC: ¿Que edad tenía ud. cuando tuvo (primera/última) vez el Sx?

1. Cuando se lo dijo al médico, ¿cuál fue el diagnóstico del médico? (¿Qué le dijo que causaba el (Sx)?)

| | | | |
|--|---|---|---|
| NERVIOS ESTRES TENSION ANSIEDAD DEPRESION ENFERMEDAD MENTAL ANOTE DX Y CODIFIQUE 5 | DROGAS ALCOHOL MEDICINAS SIN "3" → CODIFIQUE 5 | ENFERMEDAD FISICA/LESION SI ANOTE ENFERMEDAD Y CODIFIQUE 4 NO SIN "3" → CODIFIQUE 5 | NINGUNO DIAGNOSTICO 2. ¿Encontró algo anormal cuando le examinó, le hizo pruebas o tomó placas? NO, NO EXAMINO, NS → CODIFIQUE 5 SI ↓ |
|--|---|---|---|

3. ¿Fue el (Sx) siempre el resultado de medicinas, drogas o alcohol?
 SI → ANOTE ALC/MED Y CODIFIQUE 3
 NO ↓

5. Cuando el (Sx) no fue debido a medicinas, drogas o alcohol, ¿fue siempre el resultado de una lesión o enfermedad física?
 NO, → CODIFIQUE 5
 SI ↓

4. ¿Fue el (Sx) siempre el resultado de enfermedad física o lesión (tal como _____)?
 SI ANOTE ENFERMEDAD Y CODIFIQUE 4
 NO
 SIN "3" → CODIFIQUE 5

6. Cuando el (Sx) no se debió a enfermedad física o lesión, ¿fue siempre el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?
 NO → CODIFIQUE 5
 SI ↓

7. (¿Qué causó el (Sx)?) ←

ANOTE ALC/MED, ENFERMEDAD Y CODIFIQUE 4

** Médicos incluye: psiquiatras, otros médicos, osteópatas

A N E X O . D

CIDI - MANUAL DEL USUARIO

INTRODUCCION Y ESPECIFICACIONES PREGUNTA POR PREGUNTA

PARA EL CIDI (THE COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW)

(VERSION 1.0, Rev. 4, 1990)

Adaptado y traducido por la
Dra. Alma García Alcaraz
México, 1991

| | |
|---|-----------|
| CAPITULO 1: | |
| INSTRUCCIONES SOBRE EL CIDI (THE COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW) | 1 |
| 1. Historia y objetivos del CIDI | 1 |
| CAPITULO 2: | |
| COMO UTILIZAR EL CIDI COMO UN INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CLINICA | 8 |
| 1. Selección de entrevistadores | 8 |
| 2. Supervisores | 8 |
| 3. Entrenamiento | 8 |
| 4. Captura de datos y análisis | 8 |
| 5. Limpieza de la entrevista | 9 |
| 6. Entrevistados | 9 |
| 7. Duración de las entrevistas | 9 |
| 8. Variaciones al hacer las preguntas | 9 |
| 9. Manejando preguntas donde se conoce la respuesta | 10 |
| 10. Los entrevistadores no deben asumir las respuestas | 11 |
| 11. Interrelación entre secciones de la entrevista | 11 |
| CAPITULO 3: | |
| REGLAS GENERALES PARA CODIFICAR SINTOMAS | 12 |
| 1. Secciones | 12 |
| 2. Registro de respuestas | 12 |
| 3. No sabe (NS) | 13 |
| 4. Rehúsa contestar | 14 |
| 5. Cómo se manejan las omisiones de la entrevista | 14 |
| 6. Instrucciones al entrevistador | 15 |
| 7. Instrucciones de salto | 15 |
| 8. Tipos especiales de preguntas | 16 |
| 9. Convenciones Tipográficas | 16 |

CAPITULO 4
ESQUEMA DE SONDEO

Página iv

| | |
|--|----|
| 1. Los códigos regulares | 20 |
| 2. Estructura del esquema de sondeo | 21 |
| 3. Descripción de los componentes del esquema de sondeo | 21 |
| 4. Los saltos en el esquema de sondeo | 26 |
| 5. Otros puntos a recordar | 28 |
| 6. Registro de explicaciones físicas y psiquiátricas | 29 |
| 7. Preguntas de inicio/última vez | 36 |
| 8. Demostración del funcionamiento del esquema de sondeo | 37 |

CAPITULO 5
ESPECIFICACIONES PREGUNTA POR PREGUNTA

| | |
|---|----|
| DATOS DEMOGRAFICOS | 40 |
| TRASTORNO POR USO DE TABACO | 42 |
| TRASTORNOS SOMATOFORMES | 44 |
| TRASTORNO POR ANGSTIA | 51 |
| ANSIEDAD GENERALIZADA | 53 |
| TRASTORNOS FOBICOS | 55 |
| EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y DISTIMIA | 57 |
| EPISODIO MANIACO | 63 |
| TRASTORNOS ESQUIZOFRENICO Y ESQUIZOFRENIFORME | 67 |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA | 71 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | 73 |
| SINDROME ORGANICO CEREBRAL | 75 |
| DISFUNCIONES PSICOSEXUALES | 78 |
| COMENTARIOS DEL ENTREVISTADO Y EL ENTREVISTADOR | 79 |
| OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR | 80 |
| EVALUACION DEL ENTREVISTADOR | 81 |

CAPITULO 1:
INSTRUCCIONES SOBRE EL CIDI (THE COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW) 1

- 1. Historia y objetivos del CIDI 1

CAPITULO 2:
COMO UTILIZAR EL CIDI COMO UN INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CLINICA 8

- 1. Selección de entrevistadores 8
- 2. Supervisores 8
- 3. Entrenamiento 8
- 4. Captura de datos y análisis 8
- 5. Limpieza de la entrevista 9
- 6. Entrevistados 9
- 7. Duración de las entrevistas 9
- 8. Variaciones al hacer las preguntas 9
- 9. Manejando preguntas donde se conoce la respuesta 10
- 10. Los entrevistadores no deben asumir las respuestas 11
- 11. Interrelación entre secciones de la entrevista 11

CAPITULO 3:
REGLAS GENERALES PARA CODIFICAR SINTOMAS 12

- 1. Secciones 12
- 2. Registro de respuestas 12
- 3. No sabe (NS) 13
- 4. Rehúsa contestar 14
- 5. Cómo se manejan las omisiones de la entrevista 14
- 6. Instrucciones al entrevistador 15
- 7. Instrucciones de salto 15
- 8. Tipos especiales de preguntas 16
- 9. Convenciones Tipográficas 16

| | | |
|--|------------------|-----------|
| CAPITULO 4 | Página iv | |
| ESQUEMA DE SONDEO | | 20 |
| 1. Los códigos regulares | | 20 |
| 2. Estructura del esquema de sondeo | | 21 |
| 3. Descripción de los componentes del esquema de sondeo | | 21 |
| 4. Los saltos en el esquema de sondeo | | 26 |
| 5. Otros puntos a recordar | | 28 |
| 6. Registro de explicaciones físicas y psiquiátricas | | 29 |
| 7. Preguntas de inicio/última vez | | 36 |
| 8. Demostración del funcionamiento del esquema de sondeo | | 37 |
| CAPITULO 5 | | |
| ESPECIFICACIONES PREGUNTA POR PREGUNTA | | 40 |
| DATOS DEMOGRAFICOS | | 40 |
| TRASTORNO POR USO DE TABACO | | 42 |
| TRASTORNOS SOMATOFORMES | | 44 |
| TRASTORNO POR ANGUSTIA | | 51 |
| ANSIEDAD GENERALIZADA | | 53 |
| TRASTORNOS FOBICOS | | 55 |
| EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y DISTIMIA | | 57 |
| EPISODIO MANIACO | | 63 |
| TRASTORNOS ESQUIZOFRENICO Y ESQUIZOFRENIFORME | | 67 |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA | | 71 |
| TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO | | 73 |
| SINDROME ORGANICO CEREBRAL | | 75 |
| DISFUNCIONES PSICOSEXUALES | | 78 |
| COMENTARIOS DEL ENTREVISTADO Y EL ENTREVISTADOR | | 79 |
| OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR | | 80 |
| EVALUACION DEL ENTREVISTADOR | | 81 |

CAPITULO 1

INSTRUCCIONES SOBRE EL CIDI (THE COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW)

1. Historia y objetivos del CIDI

El CIDI se ha producido dentro del marco de un proyecto maestro realizado por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la Salud Mental y el Abuso de Drogas y Alcohol (WHO/ADAMHA Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol- and Drug- Related Problems). Es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10, WHO 1990, Diagnostic Criteria for Research) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R, 1987).

El CIDI ha sido diseñado para que pueda ser utilizado en una variedad de culturas (la versión nuclear actualmente se encuentra disponible en 16 idiomas) y en una variedad de contextos. Primordialmente se ha destinado para el uso de estudios epidemiológicos de los trastornos mentales pero también puede ser utilizado con otros propósitos clínicos y de investigación. Se encuentra en diferentes versiones y se le pueden agregar módulos para diagnósticos que no se encuentran cubiertos en la versión nuclear (Robins et al. 1989).

El desarrollo del CIDI es el resultado de varios años de trabajo entre organismos y expertos en una estrecha colaboración internacional y refleja la asimilación de al menos cinco fuentes básicas: a) La Cédula de Entrevista Diagnóstica del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH- Diagnostic Interview Schedule (DIS)) escrita por el Dr. Robins, el Dr. Helzer y sus colegas en la Universidad de Washington en St. Louis (Robins et. al 1981) para ser utilizada en el Programa del Area de Captación Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area Program, Regier et al. 1985) b) El Examen del Estado Actual (Present State Examination (PSE)) por los Drs Wing, Cooper y Sartorius (1974), c) los hallazgos transculturales de los Ensayos de Campo del CIDI-OMS (cross-cultural WHO-CIDI Field Trials (WHO 1989)), d) El Criterio Diagnóstico para Investigación del ICD 10 (Diagnostic Criteria for Research (DCR) of the ICD-10) y e) experiencias del proceso de desarrollo del instrumento hermano del CIDI, la Cédula para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)) (Wing et al. 1989).

Históricamente el inicio del CIDI data del año de 1980, cuando el Grupo Operativo en instrumentos diagnósticos WHO/ADAMHA decidió explorar la factibilidad de combinar los dos instrumentos mas ampliamente utilizados en investigación epidemiológica, el NIMH-DIS y el PSE-9. El NIMH-DIS es una entrevista diagnóstica altamente estructurada la cual proporciona por medio de algoritmos computarizados diagnósticos tanto actuales como durante la vida de acuerdo a tres sistemas diagnósticos, denominados DSM-III, the Feighner criteria y the Research Diagnostic Criteria. Todas las preguntas de síntomas del DIS están redactadas en su totalidad y las respuestas positivas a las mismas son exploradas con un sistema completo de sondeo específico para determinar el significado clínico de los síntomas. Debido a su formato y su administración altamente estructurados el DIS no requiere experiencia clínica y -a diferencia de otros instrumentos diagnósticos- puede ser utilizado confiablemente por clínicos y no clínicos.

El PSE es una entrevista estructurada para la obtención y el registro de experiencias subjetivas anormales descritas por pacientes que presentan trastornos neuróticos y psicóticos y evalúa cualquier anomalía asociada de la conducta. Los resultados de la tercera a la quinta edición fueron publicados inicialmente en 1967. La séptima y la octava ediciones fueron utilizadas en el Proyecto Diagnóstico y en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (US-UK Diagnostic Project and International Pilot Study of Schizophrenia). Por el carácter internacional de estos proyectos se requirió el desarrollo de algoritmos diagnósticos (para el ICD-8) y fueron publicados con la novena edición en 1974. La novena edición ha sido utilizada en una amplia variedad de estudios clínicos y epidemiológicos en el mundo. A diferencia del DIS el PSE requiere clínicos con entrenamiento y experiencia elevados y no proporciona diagnósticos específicos. Los algoritmos diagnósticos del PSE-9 (CATEGO) proporcionan un grupo de clases diagnósticas que son compatibles con algunos diagnósticos seleccionados del ICD-8. Además, se proporciona información acerca de los casos (índice de definición) y la gravedad. Una décima edición, que forma parte de la cédula para evaluación clínica en Neuropsiquiatría (SCAN), con sus algoritmos asociados para el ICD-10 y el DSM-III-R, se encuentra en fase de campo, como parte del proyecto conjunto WHO/ADAMHA para el Diagnóstico y la Clasificación de los Trastornos Mentales, y los Problemas Relacionados con el Alcohol y las Drogas.

Fase 1:

En 1981 el Grupo Operativo inició la fase 1 del desarrollo del CIDI reuniendo un pequeño grupo de especialistas con los autores principales del DIS y del PSE a fin de elaborar los ítems del DIS y de incorporar preguntas adicionales del PSE-9 para hacer un primer borrador de lo que fue llamado el CIDI. Estimulados por el éxito de este intento, se llevaron a cabo una serie de estudios (1982-1985) para probar la factibilidad, la cobertura diagnóstica, así como la adecuación de las preguntas del PSE-9 modificado para valorar los diagnósticos del ICD-8. Los estudios incluyeron el uso del CIDI en un contexto epidemiológico, un amplio estudio de confiabilidad test-retest (Semler et. al 1987, Semler et al 1988, dos estudios mayores de validez de procedimiento (Farmer et. al 1987, Semler 1989, Wittchen et al. en prep.) así como pruebas de los algoritmos diagnósticos.

Los estudios de la fase 1 fueron bastante promisorios, era claro que la nueva versión del CIDI tenía que ser probada en diferentes culturas y bajo diferentes condiciones antes de que pudiera recomendarse su uso general. Se inició por lo tanto un estudio de campo internacional de la OMS de la versión nuclear del CIDI en 1986 para explorar la aceptabilidad transcultural del CIDI, su factibilidad y confiabilidad en diferentes ámbitos y países. Además se realizó un considerable esfuerzo por los miembros del Grupo Operativo WHO/ADAMHA en Problemas Relacionados con Alcohol y Drogas (WHO/ADAMHA Task Force on Alcohol and Drug-Related Problems) para proponer revisiones en la sección de Trastornos por Abuso de Sustancias del CIDI con el fin de cubrir los nuevos criterios diagnósticos del DSM-III-R y del borrador del ICD-10 disponibles en ese momento, para que pudieran incluirse en los estudios de campo.

Fase 2:

La primera curva del Estudio de Campo del CIDI subrayó la impresionante y generalizada buena aceptación y lo apropiado del CIDI para el propósito para el que fue originalmente diseñado, es decir el uso en contextos epidemiológicos y de pacientes externos. Aunque identificamos un número de problemas menores, tal como la necesidad de adaptar algunas preguntas a diferentes contextos nacionales y culturales, y algunos items obviamente muy largos o ambiguos, se estableció la factibilidad de esta aproximación casi completamente estandarizada a la entrevista diagnóstica. El único aspecto crítico significativo que nos revelaron nuestros hallazgos fue la longitud del CIDI. El hecho de que en la mayoría de las entrevistas la administración llevara más de una hora se consideró como una importante limitación del uso de esta entrevista diagnóstica. Este hecho subrayó la necesidad de explorar más estrategias para abreviar la entrevista. Las secciones principalmente responsables del tiempo bastante prolongado de administración resultaron ser las secciones de somatización, de trastornos depresivos y especialmente las dos nuevas secciones para abuso/dependencia de alcohol y drogas. El aspecto crítico en la somatización fue fundamentalmente que aunque se invirtió una considerable cantidad de tiempo de la entrevista en esta sección (un promedio de 15 minutos), sólo 4 individuos recibieron un diagnóstico de somatización, mientras otros trastornos somatoformes tales como hipocondriasis y trastorno de dolor persistente no se cubrieron por la versión actual de la entrevista. Por lo tanto, se inició la incorporación de los criterios de "otros trastornos somatoformes" como la somatización indiferenciada, el trastorno de dolor persistente y la hipocondriasis. Con respecto de las secciones de abuso y dependencia de sustancias, se identificaron varios problemas principalmente en relación a los conceptos diagnósticos subyacentes. Estos aspectos fueron discutidos en un artículo por Cottler et al. (1989).

La confiabilidad del CIDI en la Curva I fue excelente para casi todas las categorías diagnósticas (Wittchen et. al en prensa). Este hallazgo no fue completamente inesperado, debido a (a) los resultados de los estudios iniciales en el contexto del desarrollo del DIS (Burke 1988), (b) estudios previos de validez y confiabilidad del CIDI (Semler et al 1987, Semler 1989, Wittchen et al 1989), y (c) cambios subsecuentes que resolvieron los pocos problemas identificados inicialmente. Sin embargo, el hecho de que casi todos los diagnósticos revelaron una confiabilidad entre entrevistadores con valores Kappa superiores a .9 fue verdaderamente impresionante. El estudio más reciente de confiabilidad por Semler (1987) utilizó un diseño de confiabilidad test-retest con dos entrevistadores diferentes que examinaban al paciente con un intervalo de dos a tres días. Los valores Kappa fueron obtenidos en 60 pacientes psiquiátricos con un amplio espectro de diferentes trastornos.

Por lo tanto, con base en estos hallazgos de la aproximación del CIDI como un instrumento casi completamente estandarizado para la valoración de trastornos mentales, se puede considerar como confiable de acuerdo a los resultados de los estudios de confiabilidad entre entrevistadores y test-retest.

Fase 3:

En respuesta a los hallazgos del Estudio de Campo en la Curva I el Grupo Operativo solicitó a dos grupos especiales de trabajo revisar el CIDI de acuerdo a las recomendaciones de Munich: la sección de abuso/dependencia de sustancias fue revisada por el Dr. Robins, personal de los organismos promotores, y el Dr. T. Babor de la Universidad de Connecticut. Las otras secciones fueron revisadas por el Dr. Wittchen, junto con el Dr. Pull (Luxembourg), Dr. R. Smeets (Amsterdam) y asesores de la OMS (Dr. J. Cooper, Nottingham y Dr. J. van Drimmelen, Ginebra) quienes participaron en el borrador del DCR del ICD-10. En una serie de 11 reuniones elaboraron las sugerencias para las revisiones y las incorporaron en el CIDI, junto con preguntas del DIS-3-R que habían sido diseñadas para cumplir con los criterios del DSM-III-R.

Fase 4:

En la fase 4 se llevó a cabo una segunda curva de los Estudios de Campo del CIDI en 16 centros alrededor del mundo. Los principales objetivos de la Curva II de los Estudios de Campo fueron: a) probar la factibilidad y la confiabilidad de las secciones diagnósticas incorporadas y adaptadas recientemente, b) probar la validez de los diagnósticos del nuevo ICD-10 que fueron formulados en tanto se elaboraba el borrador de la guía de investigación de los criterios diagnósticos del ICD-10, y c) evaluar lo apropiado del instrumento e identificar áreas problemáticas adicionales. La Curva II de los Estudios de Campo del CIDI, había terminado mientras tanto y el análisis estaba en proceso. Los hallazgos preliminares indican una creciente aceptación y adecuación del CIDI para todos los pacientes y los contextos epidemiológicos, un tiempo significativamente más breve de administración, y alta confiabilidad test-retest para aquellas secciones que fueron modificadas.

La Versión I nuclear del CIDI incorpora los cambios basados en todos los estudios realizados hasta la actualidad. Las correcciones finales fueron efectuadas por un equipo compuesto por Wittchen, Pull, Robins, Cottler, Grant, Blaine, Towle y Smeets. Los usuarios del CIDI deben estar enterados de que la sección de sustancias fue revisada sustancialmente en esta última fase.

En México, la versión actual en español de la entrevista fue adaptada por la Dra. Alma García Alcaraz de la realizada en 1990 por Benjamín Vicente, Mabel Vielma, Pedro Ríoeco y Mario Uribe de la Universidad de Concepción, Chile.

La versión autorizada del CIDI 1.0

En octubre de 1989 en el Congreso Mundial de Psiquiatría en Atenas el grupo de trabajo para el desarrollo del CIDI así como los investigadores principales decidieron aceptar la versión final del CIDI y conservarla hasta 1993. De modo que el CIDI (versión 1.0) está disponible para utilizarse en investigaciones, junto con:

- A) el Manual del Usuario del CIDI
- B) los Manuales de Entrenamiento del CIDI
- C) los Programas de Computación del CIDI

También hay una publicación de noticias DIS/CIDI Newsletter que se puede obtener a través del centro de St. Louis, que proporciona información dos veces al año acerca de publicaciones y proyectos relacionados con estos instrumentos.

Diagnósticos incluidos en el CIDI

La versión actual 1.0 evalúa los síntomas y los siguientes diagnósticos derivados de acuerdo al DSM-III-R y el ICD-10 (los diagnósticos se registran en el orden en que aparecen en el CIDI) en las tablas de las páginas siguientes.

Para el DSM-III-R se encuentran algunos módulos diagnósticos adicionales (Personalidad antisocial, Disfunciones psicosexuales, Juego Patológico, Trastorno de estrés postraumático, un módulo de trastornos por uso de sustancias más detallado) que se pueden solicitar al Dr. Robins en St. Louis.

DIAGNOSTICOS DEL CIDI PARA EL ICD-10

Trastornos debidos al uso de tabaco
- Síndrome de dependencia

Trastornos somatoformes
- Trastorno por dolor persistente
- Trastorno por somatización
- Trastorno hipocondríaco

Otros trastornos de ansiedad
- Trastorno por angustia
- Trastorno por ansiedad generalizada
(subtipos para ambos)

Trastornos fóbicos
- Agorafobia (subtipos)
- Fobias sociales
- Fobias específicas

Episodio depresivo
- leve (subtipos)
- moderado (subtipos)
- grave y/o síntomas psicóticos
- grave con síntomas psicóticos
(subtipos)

Trastorno depresivo recurrente
- actual leve (subtipos)
- actual moderada (subtipos)
- actual grave y/o síntomas psicóticos
- actual grave con síntomas psicóticos
(subtipos)

Trastornos afectivos persistentes
- Distimia

Episodio Maníaco
- Hipomanía
- Manía con síntomas psicóticos
- Manía y/o síntomas psicóticos

Trastornos afectivos bipolares
- episodio hipomaniaco actual
- síntomas actuales maníacos y/o psicóticos
- manía actual con síntomas psicóticos
- episodio actual de depresión
- episodio de depresión mixto

Esquizofrenia
- inespecífica

Trastornos esquizoafectivos
- tipo maníaco
- tipo depresivo (subtipos)
- mixto

Trastornos de la conducta alimentaria
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa

Trastornos debidos al uso de alcohol
- Abuso
- Síndrome de dependencia

Trastorno obsesivo-compulsivo
- Predominio de pensamiento obsesivo o
rumiaciones
- Predominio de conductas compulsivas

Trastornos debidos al uso de:
- Opiáceos
- Cannabinoides
- Sedantes o hipnóticos
- Cocaína
- Otros estimulantes
- Alucinógenos
- Solventes volátiles
- Otros

Organicidad, incluyendo trastornos
mentales sintomáticos
- Síndrome orgánico cerebral

Diagnósticos del CIDI para el DSM-III-R

Dependencia a la nicotina

Trastornos somatoformes

- Trastorno por somatización
- Hipocondriasis

Trastornos por ansiedad

- Trastorno por angustia (subtipos)
- Agorafobia sin historia de crisis de angustia
- Fobia social
- Fobia simple
- Trastorno por ansiedad generalizada

Trastornos bipolares

- depresivo (subtipos)
- maniaco
- mixto

Trastornos depresivos

- Depresión mayor, episodio único (subtipos)
- Depresión mayor, recurrente (subtipos)
- Distimia

Esquizofrenia

- Inespecífica

Trastorno esquizofreniforme

- Inespecífica

Trastorno esquizoafectivo

- tipo bipolar
- tipo depresivo

Trastornos de la conducta alimentaria

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa

Trastornos por uso de sustancias psicoactivas

- Dependencia de alcohol
- Abuso de alcohol

Trastornos obsesivo-compulsivos

Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas

(subtipos)

- Cannabis
- Cocaína
- Alucinógenos
- Inhalables
- Opiáceos
- Fenciclidina
- Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos
- Estimulantes

Trastornos mentales orgánicos

- Síndrome orgánico cerebral

Referencias

1. Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.-U., Helzer, J.E., Sabor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablensky, A., Pickens, R., Regier, D.A., Sartorius, N., and Towle, L.H., (1989). The Composite International Diagnostic Interview: An Epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Archives of General Psychiatry, 45, 1069-1077.
2. Robins, L.N., Fischbach, R., Smith, E.M., Cottler, L.B., Solomon, S.D. The impact of disaster on previously assessed mental health. In J.H. Shore (ed.) Disaster Stress Studies: New Methods and Findings. Washington, D.C., Am Psychiatric Assoc. Press, 1988, 21-46.
3. Helzer, J.E., Robins, L.N., McEvoy, L. Post-traumatic stress in the general population: Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. New England Journal of Medicine, 317, 1630-1634, 1987.
4. Semler, G., Wittchen, H.-U., Joschke, K., Zaudig, M., von Geiso, T., Kaiser, S., von Cranach, M., Pfister, H. (1987). test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). European Archives of Psychiatry and the Neurological Sciences. 236, 214-222.
5. Semler, G., Wittchen, H.-U. and Zaudig, M. (1988). The test-retest reliability of the German version of the Composite International Diagnostic Interview on RDC diagnoses and symptom level. In J.E. Mezrich and M. von Cranach (eds.) International Classification in Psychiatry, Unity and Diversity. Cambridge University Press, Cambridge, pp 221-234.
6. Farmer, A.E., Katz, R., McGriffin, P. and Bebbington, P.(1987). A comparison between the Present State Examination and the Composite International Diagnostic Interview. Archives of General Psychiatry, 44, 1064-1068.
7. Wittchen, H.U., Robins, L.N., Cottler, L., Sartorius, N., Burke, J., Regier, D., Altamura, A.C., Andrews, G., Dingelmann, R., Droux, A., Essau, C.A., Farmer, A., Halikas, J., Ingebrigsten, G., Isaac, M., Jenkins, P., Kuhne, G.E., Krause, J., Lepine, J.P., Lyketsos, G., Maier, W., Miranda, C.T., Pfister, H., Pull, C., Rubio-Stipec, M., Sandanger, I., Smeets, R., Tacchini, G., Tehrani, M., Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) - Results of the multicentre WHO/ADAMHA field trials (Wave 1) (submitted for publication)

CAPITULO 2

COMO UTILIZAR EL CIDI COMO UN INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CLINICA

1. Selección de entrevistadores

No se requiere ningún bagaje clínico para administrar el CIDI. Los estudios han demostrado que el instrumento puede ser utilizado confiablemente tanto por clínicos como por no-clínicos en diversos contextos (en los estudios de campo del CIDI se ha utilizado la siguiente definición operacional para un no-clínico: "Un no clínico es alguien que no es capaz de diagnosticar trastornos mentales en ausencia de una entrevista diagnóstica").

Sin embargo, los entrevistadores deben reunir las siguientes características:

- 1) Deben tener la habilidad de leer y conversar fácilmente en voz alta
- 2) Deben tener buenas habilidades tipográficas para que su codificación sea precisa y sus anotaciones legibles.
- 3) Deben ser empáticos y hábiles en escuchar cuidadosamente para determinar si la pregunta fue correctamente comprendida.
- 4) Deben estar dispuestos a seguir las instrucciones en forma precisa para asegurar que sus resultados sean consistentes con los de los demás entrevistadores.

La única forma de estar seguros de que existen estas cualidades es a través de ensayos, observando al entrevistador en acción y revisando las calificaciones de su registro contra las de un observador experimentado.

2. Supervisores

Cada entrevistador debe ser asignado a un supervisor redactor que revise cada entrevista finalizada para asegurar que se encuentre completa y que sea confiable y que se encuentre regularmente con el entrevistador a fin de evaluar los avances. Un supervisor de tiempo completo puede atender de ocho a diez entrevistadores de tiempo completo. El supervisor debe tener ya sea antecedentes médicos o acceso a un médico para consultar las situaciones problema. El supervisor puede utilizar el programa de captura de datos para descubrir errores del entrevistador. Después de la consulta con el entrevistador, el supervisor anota los códigos correctos.

3. Entrenamiento

El entrenamiento del CIDI dura 5 días. Las especificaciones para llevar a cabo el entrenamiento se proporcionan en el Manual del Entrenamiento del CIDI. Los supervisores deben ser entrenados junto con los entrevistadores para que se familiaricen con la entrevista y las instrucciones que se proporcionen a los entrevistadores.

4. Captura y análisis de datos

El CIDI está diseñado para la captura de los datos en un programa computarizado para limpieza y análisis.

5. Limpieza de la entrevista

Después de ser revisada cuidadosamente por el entrevistador y el supervisor, puede haber errores de codificación. Un número de ellos puede ser detectado por un programa computarizado de "limpieza", el cual busca respuestas para cada pregunta que no ha sido admitida para esa pregunta en particular y revisa las consistencias lógicas entre respuestas a diferentes preguntas. Está implementado en el programa de captura de datos. Algunas de estas rutinas pueden proporcionar información inmediata a la persona que realice la captura de los datos y sólo la codificación correcta será aceptada por la computadora. Otras partes de las rutinas de limpieza pueden ser llamadas después de que la entrevista completa ha entrado en la computadora. Estas rutinas pueden listar todos los errores. Un supervisor corrige las anotaciones después de revisar la entrevista; este proceso se repite hasta que no se encuentren más errores. Este proceso de limpieza identifica la mayor parte de los errores de registro.

6. Entrevistados

El CIDI ha sido diseñado para ser contestado por adultos. Fue escrito para personas con antecedentes de inteligencia, educativos y culturales marcadamente diferentes. Simplemente es suficiente con que los entrevistados con poca escolaridad puedan responder significativamente a las preguntas. La capacidad de escribir y de leer sólo es necesaria para completar la evaluación de Deterioro Cognoscitivo (Sección M).

Los entrevistados con retraso mental o demencia graves o con psicosis aguda pueden no ser capaces de proporcionar respuestas significativas. El CIDI permite terminar la entrevista después de hacer la prueba para tener la certeza de que la función cognitiva está gravemente deteriorada. Los entrevistadores que encuentren personas en quienes se sospeche este trastorno debido a que no pueden contestar con respuestas significativas a la sección A son advertidos de hacer un salto a la sección M (Disfunción cognitiva) la cual proporciona una prueba formal de deterioro cognitivo.

7. Duración de las entrevistas

El CIDI está diseñado para aplicarse en una sola sesión. El tiempo promedio de administración es de cerca de 75 minutos. Sin embargo, los entrevistados que hablan demasiado o tienen muchos síntomas requieren de una segunda sesión para completar la entrevista. Cuando se hace esto, el tiempo final se ajusta como si la entrevista se hubiera realizado continuamente de modo que la diferencia entre el tiempo de inicio y terminación proporcione la duración total de la entrevista.

8. Variaciones al hacer las preguntas

Todas las preguntas deben leerse exactamente como están escritas. Si un entrevistado da una respuesta irrelevante o no parece entender la pregunta, se debe leer otra vez toda la pregunta o la parte que no fue comprendida, enfatizando las palabras que parecen haber sido mal entendidas. La pregunta no se debe formular de otra forma a menos que su relectura clara y lenta no sea suficiente para que el entrevistado la comprenda. Las preguntas han sido probadas ampliamente. Es mejor repertirlas que volver a formularlas en ese momento debido a que la improvisación puede inadvertidamente cambiar el significado.

Los entrevistados pueden interrumpir al entrevistador y contestar antes de haber oído la pregunta completa. Cuando esto suceda la pregunta se debe leer otra vez hasta estar seguro que el entrevistado la ha escuchado hasta el final. El entrevistador no debe asumir que una respuesta prematura se aplica a la pregunta que está escrita.

Algunos entrevistados tienen problemas con las preguntas largas. Si es necesario, las preguntas largas deben dividirse en una serie de preguntas más cortas. Siempre que esto se haga el entrevistador debe asegurarse de que ha cubierto todas las partes que componen la pregunta y de que el sujeto entiende la intención de la pregunta como se escribió originalmente.

Es importante hacer las preguntas como están escritas, pero no lo es menos el escuchar cuidadosamente la respuesta. Los entrevistados algunas veces contestan con lo que creen que es una aproximación a lo que el entrevistador preguntó, imaginando una pregunta que incluye una palabra clave que captó su atención. El escuchar cuidadosamente sus respuestas ayuda a detectar este tipo de error.

El entrevistador debe recordar que una contestación no es siempre una respuesta. Una respuesta se obtiene uóo cuando el entrevistado comprende la intención de la pregunta y ha respondido apropiadamente.

Si un entrevistado parece contradecir lo que había dicho primero, el entrevistador no debe expresar ni insatisfacción ni incredulidad sino que debe preguntar para clarificar la discrepancia y revisar los códigos de la respuesta actual o anterior si es necesario.

Algunas preguntas del CIDI son potencialmente embarazosas tanto para el entrevistador como para el entrevistado. Para reducir este riesgo todas las preguntas deben realizarse como una cuestión de hecho y en forma privada. Aún si el entrevistado dice que no tiene nada que ocultar a la esposa(o), amigo(a) o familiar, el entrevistador debe insistir en administrar la entrevista privadamente y puntualizar que el entrevistado está libre de compartir la información que quiera posteriormente.

9. Manejando preguntas dónde se conoce la respuesta

Al contestar una pregunta al principio de la entrevista, un entrevistado puede dar voluntariamente información que conteste una pregunta que aparece más tarde en la entrevista. Si el entrevistador fuera simplemente a leer la pregunta subsiguiente tal y como está escrita, pueden ocurrir uno de dos resultados desafortunados:

Que el entrevistado se moleste al preguntársele una pregunta que ya él ha contestado; puede pensar que el entrevistador no estaba escuchando. En este caso, el entrevistado puede contestar "ya se lo dije" lo cual puede no ser suficiente para que el entrevistador determine el código apropiado.

0

El entrevistado puede asumir que el entrevistador lo estaba escuchando anteriormente e interpretar que la última pregunta quiere decir: "¿Hubo algunas otras ocasiones o ejemplos además de los que ya usted me mencionó con anterioridad?" Si no hay ningún otro ejemplo el entrevistado puede contestar "No", pareciendo negar la respuesta positiva que dió anteriormente.

Para evitar ambos errores, el entrevistador debe recordar información que ha sido dada y que es relevante a preguntas posteriores. Cuando el entrevistador llegue a la última pregunta, debe recordarle al entrevistado su contestación previa diciéndole: Usted mencionó con anterioridad que, pero necesito aun que conteste esta pregunta como está escrita". Estas frases permiten al entrevistador leer la pregunta al entrevistado sin ofenderlo, aunque haya sido contestada previamente y también a determinar definitivamente si la aseveración anterior fue de hecho la respuesta a esta pregunta.

10. Los entrevistadores no deben asumir las respuestas

A menudo los entrevistadores desarrollan al inicio de la entrevista un fuerte sentido del estilo de vida del entrevistado y pueden estar convencidos que las respuestas a algunas preguntas serán negativas. Es tentador el saltar esas preguntas o introducirlas con una frase como "Yo sé que esto probablemente no se aplique a usted, pero...". Es importante el no hacer tales suposiciones y evitar el sesgo hacia respuestas negativas por introducir tales comentarios. Estas prácticas hacen imposible el poder obtener un conteo confiable de los síntomas o el saber hasta qué punto las contestaciones a las preguntas anteriores verdaderamente predicen las contestaciones a preguntas posteriores.

11. Interrelación entre secciones de la entrevista

La entrevista está estructurada en secciones. Esto hace posible el suprimir algunas secciones y adicionar otros módulos del CIDI si así se desea. Sin embargo, se requiere extrema precaución debido a que hay algún traslape entre los módulos. La sección de datos demográficos (A) es necesaria para muchas otras secciones debido a que algunas preguntas son contestadas sólo por aquellos que cuentan con cierta edad o determinado estado civil. Existen las siguientes relaciones entre varias secciones diagnósticas:

- 1) La sección de trastornos psicosexuales contiene algunas preguntas utilizadas para diagnosticar trastorno por somatización.
- 2) El trastorno de angustia está relacionado con fobia.
- 3) La ansiedad generalizada está relacionada con depresión, manía y esquizofrenia.
- 4) La manía y la depresión están relacionadas con ansiedad generalizada y esquizofrenia.
- 5) La esquizofrenia está relacionada con depresión y manía.
- 6) La sección de deterioro cognitivo es utilizada en los criterios de exclusión de la mayoría de los otros trastornos.

La sección P (observación) se requiere para el programa de esquizofrenia y es útil para todos los demás diagnósticos.

h. Correcciones del entrevistador: Si se circula una respuesta incorrecta debido a que el entrevistado se ha equivocado o debido a que usted tuvo un error, anote una pequeña diagonal (/) sobre la respuesta incorrecta y circule o escriba sobre la respuesta correcta.

EJEMPLO: 2 / 8
 EDAD

EJEMPLO: NO.....1
 SI.....5

EJEMPLO: SON: 1 3 5

i. Correcciones del supervisor: Los supervisores deben usar tinta roja para distinguir su trabajo del de los entrevistadores.

j. "No sabe" y "rehusa". Si no hay una respuesta precodificada, utilice las siguientes abreviaciones para indicar la respuesta: RENUSA = RH; NO SABE = NS.

k. Codificación cuando el entrevistado dice que ha tenido el síntoma "toda la vida": Codifique INI = 6 y EDAD INI = 02.

l. Codificación de inicio y última vez, cuando el entrevistado proporciona dos edades: para edad de inicio, codifique la primera de las dos edades (13-14, CODIFIQUE 13). Para edad de última vez, codifique la más reciente de las dos edades (18-19, CODIFIQUE 19).

3. No sabe (NS)

El CIDI trata las respuestas de "No sé" de manera diferente para las respuestas a los síntomas y para otro tipo de preguntas.

Las respuestas de "No sé" a las preguntas de los síntomas se toman ya sea en el sentido de que el síntoma no ocurrió o que fue demasiado leve para ser recordado. Estos se codifican como SON 1 (no). Cuando un "no sé" es la respuesta a otras preguntas, tal como la edad de inicio se puede estimular a que realice un esfuerzo para que lo recuerde con una frase como: "¿Podría decirme lo que supone que es más aproximado?", si el entrevistado no recuerda todavía, se escribe 8 si hay espacio para codificar un solo dígito, 98 si hay dos espacios, y 998 si hay tres espacios. Estos valores serán considerados como datos que faltan en la mayoría de los análisis.

EJEMPLO:

P.87 ¿Cuántas veces dejó de (fumar/usar tabaco) por 2 semanas o más?

R: No recuerdo

E: ¿Podría decirme lo que supone que es lo más aproximado?

R: Realmente no podría decirlo.

E: CODIFIQUE 98.

Hay instrucciones especiales para "No sé" cuando la pregunta es utilizada diagnóticamente para valorar si la edad en que ocurrió cualquier síntoma o grupo de síntomas se encuentra bajo un criterio de edad. Se le dan instrucciones al entrevistador para preguntar si el síntoma o los síntomas ocurrieron antes o después del máximo criterio de edad. Se codifica un 01 si la respuesta es "antes" y un 95 si la respuesta es "después". Si la respuesta todavía es "No sé", se codifica 98. Estos códigos especiales permiten determinar a los programas de computación si se cumplió el criterio de la edad de inicio aun si la edad exacta de inicio no se conoce.

EJEMPLO:

P. H6 ¿Qué edad tenía la primera vez que perdió mucho peso?

 /
EDAD

R: No recuerdo

SI NO SABE Y R ES MENOR DE 25 AÑOS, CODIFIQUE 01
SI NO SABE Y R TIENE 25 AÑOS O MAS, PREGUNTE:

E: ¿Usted piensa que era mayor o menor de 25 años?

MAS JOVEN QUE 25.....(CODIFIQUE 01)
25 O MAS.....(CODIFIQUE 95)
TODAVIA NS.....(CODIFIQUE 98)

R: Fue antes de los 25.

E: CODIFIQUE 01.

4. Rehúsa contestar

Cuando el entrevistado rehúsa contestar una pregunta, el entrevistador tiene instrucciones de escribir REHUSA (RH) en el margen izquierdo.

El supervisor puede anotar en los espacios un 9, 99, o 999 o escribir un 9 después de los códigos impresos.

Lo de REHUSA es para proporcionar información al supervisor. Muestra que la pregunta no fue ignorada accidentalmente, y que no se le debe pedir al entrevistador tratar de obtener la información faltante del entrevistado.

5. Cómo se manejan las omisiones de la entrevista

Si el entrevistador accidentalmente salta una pregunta, anotará FALTA en el margen izquierdo. El supervisor puede anotar un 9, 99, o 999 en las omisiones del entrevistador. Estas preguntas que falten se discuten con el entrevistador para mejorar sus habilidades, y se puede pedir al entrevistador volver a tomar contacto con el entrevistado para obtener la respuesta a las preguntas que se consideren imprescindibles. Si la información se recupera, se tacha el código "9" y se anota la información correcta. Los códigos de "9" que permanecen después de supervisar y corregir se manejan como datos faltantes por los programas de computación. Si hay "9"s en más de un tercio de los items para síntomas, el diagnóstico se califica como "sin información" en lugar de negativo.

6. Instrucciones al entrevistador

a. Normas tipográficas: En general, todo lo que está escrito en minúsculas significa que debe ser leído al entrevistado y todo lo que está escrito en mayúsculas son instrucciones al entrevistador.

EJEMPLO: P. M15 ¿Alguna vez ha hecho algo en forma regular para evitar subir de peso, como... (LEA CADA UNA Y CODIFIQUE)

| | NO | SI |
|---------------------------------|----|----|
| 1. hacer mucho ejercicio? | 1 | 5 |
| 2. mantener una dieta estricta? | 1 | 5 |

En este caso, el entrevistador no debe leer en voz alta " LEA CADA UNA Y CODIFIQUE".

Algunas veces estas instrucciones son para codificar o hacer un salto.

EJEMPLO: P B9. ¿Cuánto fue lo más que duró este problema después de suspenderlo?

SI MENOS DE 4 SEMANAS Y LO SUSPENDIO 3 VECES O MAS (B7 = 3 +) PREGUNTE B10;
OTROS, PASE A B11.

b. Substitución de palabras: Algunas veces una palabra genérica se escribe en una pregunta con letras mayúsculas entre paréntesis. Cuando el entrevistador vea esto, debe sustituir las palabras que aprendió que eran las apropiadas en el inicio de la pregunta.

EJEMPLO: P.L7C. ¿Cuándo fue la última vez que usó (DROGA)?

En este caso para la palabra (DROGA), puede sustituir el nombre de la droga que el entrevistado reportó que usaba en una pregunta anterior, ej: marihuana.

El CIDI tiene reglas especiales para sustitución de palabras que se describen con más detalle posteriormente.

7. Instrucciones de salto

a. Dentro de la codificación: Estas instrucciones están impresas en paréntesis entre una respuesta escrita y su código numérico. Hay instrucciones simples de salto.

EJEMPLO: P.A7 ¿Está trabajando ahora? SI.....1
NO (SALTE A B).....5

En este caso, si la respuesta es NO, debe saltar a la P.AB.

b. Algunas instrucciones de salto preceden a una pregunta.

EJEMPLO: (P. E40) ENTREVISTADOR: SI D15 FUE CODIFICADA 5 (PREOCUPACION PERSISTENTE ACERCA DE VARIAS COSAS), PREGUNTE E40; OTROS SALTE A E41

c. Algunas veces las instrucciones de salto tienen su propio número de pregunta. Generalmente la instrucción es bastante complicada, y frecuentemente requiere que el entrevistador consulte preguntas previamente codificadas.

EJEMPLO: ¿SE HAN CODIFICADO SON 5*'S EN 3 O MAS RECUADROS, DESDE E??

NO (SALTE A F1).....1

SI.....5

8. Tipos especiales de preguntas

a. Enunciados de introducción: Algunas preguntas que podrían ser repetitivas si se enunciaran por completo se

colocan en un formato con una frase introductoria seguida de una lista de frases finales para ser leídas.

EJEMPLO: P.H15 ¿Alguna vez ha hecho algo en forma regular para evitar subir de peso, como...

(LEA CADA UNA Y CODIFIQUE)

| | NO | SI |
|---|----|----|
| 1. hacer mucho ejercicio? | 1 | 5 |
| 2. mantener una dieta estricta? | 1 | 5 |
| 3. tomar diuréticos? | 1 | 5 |
| 4. tomar laxantes o ponerse enemas (lavados)? | 1 | 5 |
| 5. provocarse el vómito? | 1 | 5 |
| 6. no comer nada, o tomar sólo líquidos? | 1 | 5 |

Note que estas respuestas están escritas en minúsculas lo cual indica que deben leerse. La frase introductoria puede ser repetida cuando sea necesario. Puede ser omitida cuando el entrevistado la recuerde claramente.

b. Preguntas que requieren tarjetas: algunas preguntas requieren apoyo visual para ayudar al entrevistado a responder las preguntas. La instrucción, ENTREGUE LA TARJETA (A,B,D,E,F) AL ENTREVISTADO debe aparecer en el momento en cuestión en que debe entregar la tarjeta al entrevistado. Después de que el entrevistador termine de leer la pregunta, recoge la tarjeta al entrevistado para que su atención se concentre en lo que

diga el entrevistador y no en la tarjeta. Las tarjetas se encuentran al final de la entrevista.

9. Convenciones tipográficas

Más abajo está una lista de convenciones tipográficas comunes utilizadas en esta entrevista.

ALC: Alcohol

5'S CODIFICADOS CON ASTERISCO (5*) señalan los síntomas que son leídos al entrevistado cuando se estipula "LISTE LOS ITEMS CODIFICADOS SON 5*..."

EJEMPLO: P. EB ¿Ha habido alguna vez un período de dos
semanas o más en que perdió [Usted perdió]
el apetito?

SON: 1 3 4 5*

PALABRAS ENCERRADAS ENTRE CORCHETES: Se utilizan en la sección de manía y de depresión para señalar frases que deben ser omitidas en la primera lectura de la pregunta. (Se leerán más tarde cuando el entrevistador vuelva a discutir un episodio maníaco o depresivo particular).

EJEMPLO: P.E31 ¿Alguna vez ha intentado (Ud. intentó) suicidarse?

ENUNCIADOS EN MAYUSCULAS: Estas son instrucciones para el entrevistador. No se deben leer al entrevistado.

EJEMPLO: SI NO, CODIFIQUE SON 1. EN TODAS LAS DEMAS PREGUNTE A ANTES DE PROBAR.

Interpretación: si la respuesta a la pregunta precedente fue "NO", codifique 1. Si fue "No", pregunte A, antes de codificar.

Las instrucciones para el entrevistador están siempre en letras mayúsculas. Pueden aparecer entre definiciones y códigos. En este caso, se aplican sólo a los casos que reciben ese código particular.

EJEMPLO: NO (SALTE A DB).....1
SI.....5

Interpretación: si la respuesta es "No" y se codifica como 1, la siguiente pregunta debe hacerse en DB. Si la respuesta es "sí" y se codifica 5, el entrevistador continúa con la siguiente pregunta después del código o con el inicio y última vez que sigue a la pregunta.

NS: No sabe

DX: Diagnóstico

LLENAR CODIGOS: Un espacio en el cual codificar una respuesta numérica.

EJEMPLO: /
 EDAD

ENI: Entrevistador

R: Entrevistado

KG: Kilogramos

LÍNEAS O PUNTOS PARA ANOTACIONES VERBATIM: Estas líneas o puntos se proporcionan en tres situaciones:

a. Lugares para registrar respuestas que no estén incluidas en las alternativas que se proporcionan:

EJEMPLO: P. L4

| | NO | SI |
|---|----|----|
| 8) INHALABLES: TOLUENO, GASOLINA, PEGAMENTO, OXIDO NITROSO, AMIL NITRITO | 1 | 5 |
| 9) OTROS: ESPECIFIQUE _____ | 1 | 5 |

b. Líneas o puntos para ser llenados con base en las respuestas del esquema de sondeo:

MD: _____ OTROS: _____

El uso de estas líneas se explica en el capítulo de sondeo.

c. Lugares para anotar ejemplos solicitados.

EJEMPLO:

P. D2 ¿Ocurrió esto en situaciones en que no estaba en peligro,
no era el centro de la atención o algo parecido?

SI ES SI, PREGUNTE ANTES DE SONDEAR:

¿Podría contarme acerca de una crisis o ataque como esos?

SDN: 1 2 3 4 5

EJEMPLO: _____

MD: Doctor

MED: Medicina

INI: Inicio

PARENTESIS QUE CONTIENEN DIAGONALES: Contiene alternativas entre las cuales el entrevistador debe seleccionar, basándose en contestaciones anteriores.

EJEMPLO: P. B7 ¿Cuántas veces ha dejado de (fumar/usar tabaco)
por dos semanas o más?

La palabra "fumar" es utilizada para las personas que contestaron B1 como fumar cigarrillos, puro, o pipas. La frase "usar tabaco" se refiere a aquellos que mastican o inhalan tabaco.

PARENTESIS QUE CONTIENEN LETRAS MINUSCULAS SIN DIAGONALES

a. Se utilizan si el entrevistado no entiende la pregunta sin la frase entre paréntesis.

b. Se debe adicionar si las respuestas a las preguntas previas la vuelven relevante.

EJEMPLO a): P.C3 ¿Alguna vez ha tenido dolor en las articulaciones (coyunturas)?

EJEMPLO b): P.C9 ¿Alguna vez ha estado completamente incapacitado para orinar por 24 horas o más o ha tenido grandes dificultades para orinar (sin considerar después de haber dado a luz o haber sido operado)?

PARENTESIS QUE CONTIENEN MAYUSCULAS DENTRO DE UNA PREGUNTA: el entrevistador debe sustituir con la(s) palabra(s) apropiadas.

EJEMPLO: P.E36. Usted dijo que había tenido periodos cuando usted (LISTE 5*S EN E7-E31).

Las palabras que se sustituyen son las palabras subrayadas en las preguntas entre E7 y E31 que han sido codificadas con 5*.

ES: Esquema de sondeo.

PRB: Abreviación para "prueba"; significa que el esquema de sondeo debe ser utilizado para obtener la codificación de la respuesta final.

SON: Abreviación para "sondeo"

ESQUEMA DE SONDEO: Una hoja especial de instrucciones es utilizada para señalar al entrevistador las preguntas de prueba utilizadas para los síntomas. Se discute en detalle en el capítulo 4.

P: Pregunta

REC: Última vez (lo más reciente).

INSTRUCCIONES DE SALTO: Estas instrucciones indican al entrevistador el omitir una o más preguntas que no se apliquen a un entrevistado en particular. Aparecen en las instrucciones de la entrevista entre el código y la descripción, debajo o arriba de una pregunta, o interrumpen una flecha del esquema de sondeo.

Las preguntas que se saltan se dejan en blanco. Los blancos no son datos faltantes, sino que indican que la respuesta a la pregunta previa hacen que esta pregunta sea innecesaria.

SX: Síntoma o síntomas. Esto es una señal para que el entrevistador inserte las palabras subrayadas en una pregunta de síntoma o utilice la frase que se proporciona del síntoma para referirse al síntoma de interés.

PALABRAS SUBRAYADAS: Dentro de las preguntas, las palabras subrayadas son palabras clave que deben ser utilizadas para referirse brevemente a los síntomas cuando se está aplicando el esquema de sondeo o se listan los síntomas.

CAPITULO 4

ESQUEMA DE SONDEO

1. Los códigos regulares

Se les hace a los entrevistados una serie de preguntas acerca de síntomas, problemas o experiencias que pudieron haber tenido. Estas preguntas se denominan preguntas de síntomas. Para cada pregunta de síntomas, hay cinco códigos regulares de respuesta. Son los siguientes:

1 = NO

El entrevistado niega haber tenido el síntoma, problema o experiencia, o no recuerda haberlo tenido.

2 = GRAVEDAD (SIGNIFICADO CLINICO):

La respuesta a esta pregunta de síntoma fue "sí", el entrevistado ha tenido el síntoma. Sin embargo, el síntoma fue siempre tan "leve" que el entrevistado no buscó ayuda profesional, no tomó medicación para ello más de una vez, y no le pareció que interfiriese mucho en su vida. En este caso el síntoma se considera por debajo de un significado clínico.

Cuando un síntoma es intrínsecamente de significado clínico debido a la gravedad de su naturaleza (por ejemplo, un intento de suicidio), no se proporciona un código de 2 como una opción de codificación.

3 = MEDICACION, DROGAS O ALCOHOL

La respuesta a la pregunta del síntoma es "sí", el entrevistado ha tenido el síntoma y su presencia cumple los criterios de gravedad. La investigación de las causas indicó que el síntoma fue siempre el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol.

Cuando el síntoma no puede ser explicado lógicamente por la ingestión de cualquiera de estas sustancias (ejemplo: dolor al orinar), no se proporciona el código 3 como una opción de codificación.

4. ENFERMEDAD FISICA O LESION

La respuesta a la pregunta del síntoma es "sí", el entrevistado ha tenido el síntoma y su presentación cumple con los criterios de gravedad. La investigación en el esquema de sondeo indicó que la causa del síntoma fue siempre el resultado de una enfermedad física o lesión.

Algunas veces el síntoma puede ser el resultado de una enfermedad física o lesión y sin embargo, en otras ocasiones es el resultado del uso de medicación, drogas o alcohol. Si estas dos causas explican todas las veces en que ocurrió el síntoma, se codifica "4".

Cuando un síntoma no puede ser explicado lógicamente por enfermedad física o lesión (ejemplo: hablar tan rápido que la gente no podía entenderle), no se proporciona el código 4 como una opción de codificación.

5 = SI (POSIBLE SINTOMA PSIQUIATRICO)

La respuesta a la pregunta del síntoma es "sí", el entrevistado ha tenido el síntoma y su presencia cumplió los criterios de gravedad. El uso del esquema de sondeo indicó que por lo menos en una ocasión el síntoma no pudo ser explicado ni por el uso de medicinas, drogas o alcohol, ni por una enfermedad física o una lesión. Por consiguiente este es un posible síntoma psiquiátrico.

Solo SON 5 es, un código que significa diagnóstico psiquiátrico.

En resumen, cuando la respuesta a la pregunta del síntoma es "no", siempre se codifica "SON 1" y cuando es "sí", hay cuatro posibilidades de codificación. Una "SON 2" indica que el síntoma era lo suficientemente grave como para ser tomado en consideración. Una "SON 3" significa que el síntoma era grave y que siempre se debió a los efectos de la medicación, las drogas o el alcohol. Un "SON 4" significa que el síntoma era grave y puede ser siempre atribuido a una enfermedad física o a una lesión, o una enfermedad física o lesión conjuntamente con el uso de medicinas, drogas o alcohol. Un "SON 5" significa que el síntoma fue grave pero la causa no siempre es explicada por el uso de medicación, drogas o alcohol, o por una enfermedad física o una lesión.

2. Estructura del esquema de sondeo

A fin de ayudar a determinar como se codifica una respuesta de "sí" a la pregunta del síntoma, se han elaborado una serie estandarizada de preguntas de prueba. Se encuentran escritas en el ESQUEMA DE SONDEO (ES). Aunque este esquema puede parecer difícil al principio, se dará cuenta de que con la práctica y entendiendo el propósito que subyace a las pruebas, la utilización del esquema se volverá muy fácil.

Las pruebas son utilizadas sólo en ciertas secciones de la entrevista. A fin de ayudarlo a reconocer estas preguntas que requieren el sondeo, las categorías de respuesta se han colocado de manera diferente. Cuando las preguntas requieren un sondeo especial (el uso del esquema de sondeo) los códigos se presentan en forma horizontal, a la derecha de la pregunta, precedidos por la abreviación PRB (por prueba) o SON (sondeo). Vea el siguiente ejemplo:

P. C5 ¿Alguna vez ha tenido dolores en el pecho?

SON: 1 2 3 4 5

3. Descripción de los componentes del esquema de sondeo

"HAGA LA PREGUNTA"

Lea la pregunta al entrevistado tal como está escrita en el cuestionario.

Una respuesta se obtiene sólo cuando el entrevistado entiende la intención de la pregunta y ha respondido apropiadamente. Si parece que el entrevistado no ha entendido la intención de la pregunta, ofrezca el leerla otra vez, enfatizando aquellas palabras que piense que no fueron entendidas. No exprese insatisfacción o incredulidad por lo que el entrevistado le diga. Sin embargo, si su respuesta contradice una respuesta previa, pídale que clarifique la discrepancia.

¿"CONSULTO AL DOCTOR ACERCA DE (SX)"?

Esta es la primera prueba. Cuando lea esta prueba la primera vez al entrevistado, recuérdale que es lo que entendemos por "doctor".

Nota: La definición depende de la cultura local y del sistema de atención a la salud. Para Los Estados Unidos incluye psiquiatras, otros médicos y osteópatas.

SX es una abreviatura de "síntoma". Este símbolo indica que se debe insertar la palabra o frase que representa el síntoma en la pregunta. En la mayoría de las preguntas la palabra o frase que representa el síntoma está subrayado. Vea C5 como un ejemplo. Si se ha obtenido una respuesta de "sí", esta podría ser la primera prueba.

Usted puede decir:

¿Consultó a un doctor acerca del dolor en el pecho?"

La respuesta se considera "sí" en caso de:

A. El entrevistado fue especialmente donde el médico debido al síntoma.

0

B. El entrevistado habló del síntoma mientras veía al médico para otro problema.

0

C. El entrevistado le preguntó al médico acerca del síntoma por teléfono.

0

D. El médico le dijo al entrevistado que tenía este síntoma

0

E. Alguna otra persona le habló al médico sobre el problema del entrevistado

Si alguien más le habló al médico acerca del síntoma del entrevistado, esto es equivalente a que el entrevistado se lo dijera por sí mismo al médico. Por ejemplo, para un niño, los padres pueden hablar al médico o en el caso de un entrevistado adulto la esposa ha podido decirse al médico.

0

F. El entrevistado se lo contó a un amigo o a un familiar que es médico y el propósito de la conversación era buscar una opinión profesional.

¿Qué pasa si el entrevistado se lo dijo al médico sólo porque éste se lo preguntó?

Si el entrevistado espontáneamente dice que el síntoma no es un problema para él y que sólo se lo dijo al médico debido a que el doctor lo preguntó como parte de un examen de rutina, no se considera como que lo dijo al doctor.

La información del entrevistado debe ser espontánea.

¿Qué pasa si el entrevistado no está seguro de habérselo dicho al médico?

Una respuesta vaga como "Quizás se lo dije a mi médico" no es válida como para asumir que se lo dijo al médico. Trate de obtener una respuesta definitiva. Por ejemplo: "¿se acuerda de habérselo dicho a un médico alguna vez?". Si la respuesta es "No", esto se considera como no habérselo dicho al médico.

¿Qué pasa si el entrevistado dice que la persona a quien se lo contó no era un médico o un psiquiatra?

Si el entrevistado espontáneamente dice que la persona a la que se lo contó no era un médico o un psiquiatra, considere la respuesta como "NO". Si usted sigue la flecha al recuadro A, considere esta respuesta como positiva para la primera pregunta en el recuadro A (se lo dijo a otro profesional).

PRUEBA 2: GRAVEDAD/SIGNIFICADO CLINICO

Las preguntas en el recuadro A del esquema de sondeo determinan si los síntomas del entrevistado cumplen con el estándar de gravedad.

RECUADRO A

"¿CONSULTO A ALGUN OTRO PROFESIONAL SOBRE (SX)?"

Las definiciones dependen de la cultura y el sistema de atención locales. Otros profesionales incluyen psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, enfermeras, clérigos, dentistas, quiroprácticos, curanderos, farmacéuticos, fisioterapeutas. Decírsele a un amigo o a un pariente que es uno de estos profesionales sólo cuenta si la intención de la conversación fue buscar consejo profesional. Cuando lea esta pregunta por primera vez, clarifique lo que queremos decir con "otros profesionales". Anote el tipo de otro profesional que se consultó.

"¿TOMO MEDICINAS PARA EL (SX) MAS DE UNA VEZ?"

La medicación puede ser recetada o no recetada. En algunos casos la medicación no recetada es excluida, pero tendrán esa información en la pregunta específica.

"¿EL (SX) INTERFIRIO MUCHO CON SU VIDA O SUS ACTIVIDADES?"

La definición de "mucho" debe dejarse al entrevistado. No se deben aceptar respuestas vagas como "Bueno, sí, interfería algo en mi vida". Indague si era mucho.

Si todas las pruebas del recuadro A son negativas, se indica al entrevistador codificar SON 2 para esa pregunta del CIDI mostrando que el síntoma no fue lo suficientemente grave. El entrevistador entonces pasa a la siguiente pregunta del CIDI.

RECUADRO B

PRUEBA 4: ENFERMEDAD FISICA O LESION

Las preguntas en el recuadro B del esquema de sondeo determinan si el síntoma fue alguna vez causado por una enfermedad física, o lesión.

"¿FUE EL (SX) ALGUNA VEZ EL RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD FISICA O LESION?"

Si este (SX) apareció varias veces y tan sólo una vez fue el resultado de una enfermedad física o una lesión, la respuesta sigue siendo "sí".

Una enfermedad física o lesión incluye incidentes que pueden ser descritos como lesiones o traumas, como una exposición al sol o a gases nocivos que causan dolores de cabeza o el dolor producido por usar músculos que no se habían usado por algún tiempo. Para propósitos nuestros, el embarazo se considera una enfermedad a menos que se especifique lo contrario en el cuestionario. La hiperventilación no se considera una enfermedad física. No se incluyen "migrañas" o "dolores por crecimiento" como enfermedad física a menos que el entrevistado haya visto a un médico y éste haya sido el diagnóstico.

NOTA: Queremos la causa más "inmediata" del síntoma, es decir, lo que causa el síntoma más directamente. Por ejemplo, si el estrés produce una úlcera y la úlcera produce dolor de estómago, la causa más próxima del dolor de estómago es la úlcera, y no el estrés.

Si hay duda de que la enfermedad que el entrevistado menciona pueda ser causa del síntoma, anote la enfermedad y ponga un signo de interrogación en la columna de la izquierda.

Si la respuesta a las pruebas del recuadro B es "sí", se indica al entrevistador continuar con la secuencia a la derecha del triángulo en el recuadro D.

Suponga ahora que la respuesta a la prueba en el recuadro B ha sido "No". El entrevistador pasa al recuadro C a menos que el patrón de codificación no tenga código 3 (SIN "3").

"¿FUE EL (SX) SIEMPRE EL RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD FISICA O LESION (TAL COMO....)?"

"Siempre" significa todas y cada una de las veces. Si alguna vez el síntoma (SX) no fue el resultado de una enfermedad física o lesión, codifique "NO". Si la respuesta al sondeo es "NO" y no hay un 3 en el patrón de codificación (SIN "3"), se codifica PRB 5. Si hay un "3" en el patrón de codificación, se hace la siguiente prueba: "Cuando el (SX) no fue debido a enfermedad física o lesión, ¿fue siempre el resultado de tomar medicamentos, drogas o alcohol?". Si la respuesta a esta prueba es "NO", codifique SON 5.

Si la respuesta es "SI", se pregunta la última prueba: "¿Qué causo el síntoma?". Se indica al entrevistador "REGISTRAR MED/DROGAS/ALC Y ENF/LES Y CODIFIQUE SON 4". Después de codificar SON 4, tanto la enfermedad como las sustancias que contribuyeron al síntoma se registran en la línea OTROS.

"¿CUANDO (SX) NO FUE DEBIDO A UNA ENFERMEDAD FISICA O LESION, FUE SIEMPRE EL RESULTADO DE TOMAR MEDICAMENTOS, DROGAS O ALCOHOL?"

"Siempre" significa todas y cada una de las veces. Una respuesta de "por lo regular" probablemente significa que algunas veces el (SX) no fue causado por la medicina, droga o alcohol. Indague si el entrevistado quiere decir "siempre" o "por lo regular", preguntándole: "¿Quiere eso decir que el (SX) a veces no era el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?"

RECUADRO C

PRUEBA 3: MEDICACION, DROGAS O ALCOHOL

Las preguntas en el recuadro C del esquema de sondeo determinan si el síntoma fue alguna vez causado por utilizar medicación, drogas o alcohol. Si alguna vez fue causado por estas sustancias, se puede determinar si el síntoma fue siempre causado por estas sustancias.

"¿FUE EL (SX) ALGUNA VEZ EL RESULTADO DE TOMAR MEDICACION, DROGAS O ALCOHOL?"

Esta pregunta explora si las medicinas, drogas o alcohol causaron el síntoma. La gente con frecuencia no entiende la intención de la pregunta y piensa que se quiere saber si estaban tomando medicina cuando apareció el síntoma o si toman medicina como resultado del síntoma. Necesitamos saber si la medicación, droga o alcohol causó el síntoma.

"¿FUE EL (SX) SIEMPRE EL RESULTADO DE TOMAR MEDICACION, DROGAS O ALCOHOL?"

Se aplica aquí la misma regla similar a la pregunta en SON 4.

PRUEBA 5: POSIBLE SINTOMA PSIQUIATRICO

Este es un código residual, que se proporciona cuando un síntoma positivo no se calificó como 2, 3, o 4.

RECUADRO D

PRUEBAS DE DOCTOR

Si el entrevistado consultó a un doctor, las preguntas en el recuadro D en el esquema de sondeo determinan a través del diagnóstico del médico si el síntoma es o no un posible síntoma psiquiátrico.

"CUANDO SE LO DIJO AL DOCTOR, ¿CUAL FUE EL DIAGNOSTICO?"

La pregunta inquiriere acerca de la evaluación del médico de la causa del síntoma, no de la opinión del entrevistado. Si el entrevistado dice: "Le dije que era...", este no es el diagnóstico del médico. Hay que determinar que pensó o dijo el médico (aunque el entrevistado no esté de acuerdo). Se podría decir: "Es eso lo que el médico pensó?. Codifique SON 5 si el doctor dijo que no había una enfermedad física ("dijo que no tenía nada") o lo atribuyó a nervios, problemas emocionales, agotamiento, exceso de trabajo, estrés, depresión, algún evento que le hubiera molestado o a un problema psiquiátrico como: esquizofrenia, enfermedad maniaco-depresiva, ansiedad, crisis de angustia, hipocondría, fobias, demencia, senilidad, problemas de adaptación, etc.

Describir el tratamiento no es equivalente al diagnóstico

Si el entrevistado dice: "Me dió algunas pastillas para el problema" o "Me dijo que hiciera tal cosa", ese NO es el diagnóstico del médico. Tiene que preguntar: "¿Pero cuál dijo el médico que era la causa del (Sx)?"

¿Qué pasa si el entrevistador no está seguro sobre un diagnóstico específico?

Algunas veces el entrevistado le dará el diagnóstico de un médico y no estará claro para usted si eso es realmente una enfermedad física o un "diagnóstico no definido". En estos casos usted debe asumir que lo que tiene es un diagnóstico "no definido" y se debe seguir con las preguntas: "¿Encontró algo anormal cuando le examinó, le hizo pruebas o le tomó placas?" Si se sigue ese sondeo no hay posibilidad de error, ya que si el médico encontró algo anormal se llegará finalmente a la misma prueba relacionada con enfermedades físicas.

¿Qué pasa si a la pregunta sobre los exámenes el entrevistado responde que sí, que le hicieron exámenes. ¿Es esto suficiente como para tomarlo como un "5"?

No, sólo que le hayan hecho algún análisis no es suficiente. Debe haber hallazgos positivos (ejemplo: se encontró algo anormal durante el examen o los resultados de las pruebas). La anomalía debe ser la causa del (SX), de acuerdo con el médico.

¿Qué pasa si se obtiene un diagnóstico de "Quizás"?

Un diagnóstico de "quizás", puede aparecer de dos formas: O bien, el médico dijo que el diagnóstico era incierto o implicó que era incierto dando varios diagnósticos diferentes sin que aparentemente se decidiera por uno ("Dijo que podía ser debido a mi medicación o a una infección de la vejiga"). En esa situación, debe hacerse la pregunta sobre los análisis o las pruebas.

¿Qué pasa si la persona vió varios médicos o tuvo varios diagnósticos definitivos?

Si el entrevistado recibió diferentes diagnósticos definitivos en diferentes momentos o vió diferentes médicos al mismo tiempo y no estaban de acuerdo, pregunte: "¿Cuáles fueron sus diagnósticos?. Si alguno es claramente nervios, estrés, ansiedad, depresión o alguno de los diagnósticos psiquiátricos que cubre la entrevista, codifique SOW 5. Si las causas están divididas entre alcohol, drogas y medicación y una enfermedad física, salte a la última pregunta bajo enfermedades en el recuadro D y pregunte: "Cuando el (SX) no era el resultado de una enfermedad física o lesión, era siempre el resultado del uso de medicación, drogas o alcohol?"

¿Qué pasa si usted tiene dudas de que el médico hiciera el diagnóstico de enfermedad física que el entrevistado reclama que hizo?

Acepte la respuesta del entrevistado. No trate de inferir o hacer suposiciones. Sin embargo, haga una anotación indicando su duda.

Uso de la línea MD: Escriba aquí lo que el entrevistado dice que fue el diagnóstico del médico.

4. Los saltos en el esquema de sondeo

En todos los cuestionarios se saltan algunas partes. Los saltos le indican al entrevistador cuando se tienen que omitir ciertas preguntas que no son importantes para ese entrevistado en particular. El esquema de sondeo también tiene saltos. Para indicar un salto, la prueba de las categorías de respuesta en el cuestionario presentan solo ciertos códigos disponibles. Solamente deben hacerse preguntas del esquema de sondeo que le puedan proporcionar la respuesta de los códigos disponibles. Si usted sigue el esquema de sondeo, le conducirá a las preguntas apropiadas. La razón de que falten algunos códigos es que para ciertos síntomas hay muy poca probabilidad de que puedan ser causados por ciertos eventos. Los posibles patrones de codificación y las razones para la utilización de estos patrones se describen posteriormente:

PRB

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | | | 5 |
| 1 | 2 | | 5 |
| 1 | 2 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 5 |
| 1 | | 3 | 4 |
| 1 | | | 4 |
| 1 | | 3 | 5 |

Quando solo un (1 5) patrón está presente, la respuesta se vuelve una opción simple de "sí" o "no". En este caso, la ocurrencia de un síntoma es lo bastante grave para eliminar la necesidad de otros códigos.

La ausencia del código 2 significa que la ocurrencia de un síntoma es lo bastante grave como para eliminar la necesidad de sondear la gravedad (SON 2).

La ausencia del código 3 significa que es poco probable que el síntoma sea el resultado de utilizar medicamentos, drogas o alcohol (SON 3).

La ausencia del código 4 significa que es poco probable que el síntoma sea el resultado de una enfermedad física o lesión (SON 4).

Los saltos están puestos en la tarjeta del esquema de sondeo de tal forma que sirvan para todas las posibles alternativas de sondeo. Hay dos tipos de saltos:

1. Saltos para modelos especiales de sondeo. Observe la parte superior de la tarjeta del esquema de sondeo. Si la contestación es sí como respuesta inicial, hay dos de estos saltos para modelos especiales de sondeo:

Ej: 1 5 codifique "5"

Este salto le dice que si la respuesta a la pregunta inicial es "sí", se puede codificar "5" automáticamente, si tiene el modelo (1, 5).

Ej: 1 3 5 Ir al recuadro C

Este salto indica que si la respuesta a la pregunta inicial es "sí", cuando hay un modelo (1, 3, 5), quiere decir que automáticamente se salta al recuadro C para la primera pregunta especial.

Ej: 1 2 5 codifique "5"

Este salto quiere decir que automáticamente se puede codificar como "5" si el entrevistado le habló a un médico sobre el síntoma. NO SE PREGUNTA EL DIAGNOSTICO DEL MEDICO.

2. Saltos en caso de que uno de los códigos no aparezca en la pregunta. Estos saltos aparecen por todo el esquema. Por ejemplo, si un "2" no aparece en la pregunta, el esquema indica saltar el recuadro A si es que el entrevistado no le habló a un médico sobre su síntoma. El salto aparece así:

"SIN 2"

Ir al recuadro B

5. Otros puntos a recordar

A. En varias de las pruebas se pregunta, "Fue siempre..." Esto significa todas y cada una de las veces que el síntoma ocurrió. "Por lo regular", no es suficiente. Indague si el entrevistado quiere decir "siempre" o "por lo regular" preguntándole: "¿Quiero eso decir que el (Sx) a veces no era el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?"

B. Mantenga la conversación enfocada al síntoma en cuestión y no en problemas o causas que no se mencionan. Por ejemplo, el siguiente intercambio está mal:

E. "¿Alguna vez tuvo muchos problemas con dolor de pecho?"

R. "Sí, cuando tuve catarro"

E. "¿Consultó a un médico sobre ello?"

El "ello" en el intercambio anterior probablemente se refiere al catarro, pero no es claro. Usted quiere estar seguro de si el entrevistado consultó a un médico por el dolor del pecho, no por el catarro. Dondequiera que aparezca la abreviación SX, sustituya siempre por los síntomas (palabras subrayadas) de la pregunta original. Nunca utilice "ello" o "eso" para el SX y absolutamente nunca sustituya el diagnóstico o la condición por el SX (ej: "¿Consultó al doctor acerca del catarro?")

C. ¿Qué pasa si el entrevistado dice que "otro profesional" le dió un diagnóstico? ¿Dónde voy luego?

Continúe sondeando en los recuadros A, B y C. No vaya a las PRUEBAS DE DOCTOR. El recuadro D está reservado para los diagnósticos de los que por la definición se consideran médicos, principalmente médicos, osteópatas, psiquiatras y estudiantes en entrenamiento de medicina u osteopatía. Esta situación sólo ocurre cuando el diagnóstico se ofrece espontáneamente puesto que nosotros no preguntamos por el diagnóstico hecho por otros profesionales.

D. ¿Qué pasa si el entrevistado no tuvo contacto con ningún doctor y asegura que su síntoma es el resultado de una enfermedad física o una lesión? ¿Cómo se puede estar seguro?

Tiene que aceptar la respuesta del entrevistado. En cualquier momento en que existan dudas entre codificar un SON 4 o un SON 5, CODIFIQUE SON 4 y anote un signo de interrogación en el margen izquierdo, para que pueda ser revisada por el supervisor. Recuerde el discutir la situación posteriormente con el supervisor.

E. ¿Qué pasa si el entrevistado dice "No sé" a una de las preguntas del esquema de sondeo?

Siga con las preguntas como si el entrevistado hubiera contestado "no" a la pregunta. La única excepción es la pregunta "Cuando se lo dijo al médico, ¿cuál fue el diagnóstico del médico?" Si el entrevistado dice: "no sé", utilice el sondeo de "diagnóstico no definitivo".

F. Cuando una pregunta incluye "algunos" o "varios" y el entrevistado pide una definición con una pregunta como: "¿cuántos podría usted decir que son algunos?" su respuesta debe ser "3 o más" ("Un par" quiere decir 2. "Frecuentemente", "por lo regular" y "mucho" son definidos por el entrevistado).

G. Si el entrevistado dice "no sé" a la pregunta del síntoma (aquellas que requieren de sondeo especial), codifique SON 1 y no realice el sondeo.

6. Registro de explicaciones físicas y psiquiátricas

Si se ha proporcionado un diagnóstico físico por un médico o un osteópata que explique siempre la presencia del síntoma, el diagnóstico del médico se registra en la línea MD.

De manera similar, si la ocurrencia de los síntomas fue solamente debida a medicamentos, drogas o alcohol de acuerdo con el diagnóstico de un médico, las sustancias que explican el síntoma se anotan en la línea MD.

Si se trata de un diagnóstico físico o una atribución a alguna sustancia proporcionada por un profesional diferente a un médico o es la propia opinión del entrevistado, se anota en la línea OTROS:

Si el diagnóstico del médico no fue concluyente y las pruebas fueron negativas o no se hicieron, se anota "NS" (no sabe) en la línea MD.

Si el doctor proporcionó un diagnóstico psicológico o psiquiátrico, debe ser anotado en la línea MD. Si otro profesional o el entrevistado atribuyen el síntoma a esa causa, se anota en la línea OTROS.

Ocasionalmente, un entrevistador necesitará anotar las causas tanto en la línea MD como en la línea OTROS. Esto sucede cuando un médico ha sido consultado para un solo episodio, pero no para los demás. El diagnóstico del médico se registra en la línea MD, y la causa cuando el doctor no fue consultado en la línea OTROS.

Cuando se codifica un SON 3 o el esquema de sondeo indica hacer esto al entrevistador, registre la sustancia en la línea marcada como "MED/DROGA/ALC".

Definición de "Doctor" y "Otros profesionales"

Las preguntas del esquema de sondeo incluyen términos que deben ser definidos por el entrevistado la primera vez que se utilizan. Estos términos son "doctor" y "otros profesionales".

Después de leer la pregunta, "¿Consultó a un doctor acerca del (SX)?", el entrevistador debe definir "doctor".

Pueden ser los siguientes:

"Doctor incluye psiquiatras, otros especialistas médicos y osteópatas".

Después de leer la pregunta, "¿Consultó a otro profesional acerca del (SX)?", el entrevistador debe definir "otro profesional". Estos son los siguientes:

"Otros profesionales incluyen psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, enfermeras, clérigos, dentistas, quiroprácticos, curanderos y podiatras".

El entrevistador puede necesitar repetir estas definiciones posteriormente si el entrevistado las olvida.

¿Qué es lo que no cuenta como "consultar al doctor o a otro profesional"?

A) Si el entrevistado espontáneamente reportó el síntoma al médico solo como respuesta a un examen de rutina durante un chequeo general y el médico o el profesional no mostró interés acerca del síntoma, no cuenta como "decírselo al doctor o a otro profesional". Sin embargo, a menos que la información sea espontánea por parte del entrevistado, el entrevistador debe asumir que la discusión ocurrió debido a que el síntoma era grave.

B) Si el entrevistado le dijo del síntoma a un amigo o familiar que es un profesional, no cuenta a menos que la persona haya sido consultada como profesional. Suponga que la respuesta fue: "se lo dije a mi hermana y ella es enfermera". Decírselo a un amigo o a un familiar que es profesional cuenta sólo si la intención de la conversación era buscar consejo profesional. Para clarificar esto, el entrevistador puede preguntar:

"¿Le dijo a ella sobre el síntoma debido a que es una enfermera?" Un "sí" puede contar; un "no", no cuenta.

C) Si el CIDI se usa en países donde otros profesionales se desempeñan como médicos (ej: curanderos, practicantes) se requieren convenciones especiales.

¿Qué pasa si el entrevistado dice espontáneamente que la persona a la que se lo dijo no era un doctor?

Si el entrevistado espontáneamente dice que la persona a la que se lo dijo no era un médico o un osteópata, la respuesta es tratada como un "No" a la pregunta "¿Consultó a algún doctor acerca de (Sx)?", pero como una respuesta de "sí" a la pregunta: "¿Consultó a cualquier otro profesional?"

Ejemplo: E: ¿Consultó a algún doctor acerca de (Sx)?

R: Sí, lo hice. Consulté al Dr. López, el psicólogo a quien he estado viendo.

En este caso, no hay necesidad de hacer las preguntas del recuadro A. La respuesta a la pregunta de "doctor" es "no", pero es "sí" para la pregunta "a otro profesional".

Respuestas vagas

Si el entrevistado dice que probablemente ha tenido el síntoma o que probablemente ha consultado al médico, el entrevistador necesita un mayor sondeo para ver si el entrevistado puede recordar realmente haberlo hecho o no. Se pueden hacer preguntas tales como: "¿Recuerda un período en especial en que el (Sx) ocurrió?" o "¿recuerda una época en especial en que discutió con el doctor acerca del (Sx)?"

"Interfirió algo con mi vida" no debe ser aceptada como una respuesta positiva a la última pregunta del recuadro A. La pregunta debe ser repetida para determinar si el entrevistado sintió que el síntoma interfirió "mucho" con su vida o sus actividades. El entrevistado puede preguntar al entrevistador qué significa "mucho" interferencia con su vida o sus actividades. El entrevistador debe dejar la definición de "mucho" al entrevistado.

Dudas sobre las explicaciones médicas de los síntomas que proporciona el entrevistado

Si el entrevistador duda de las explicaciones médicas del entrevistado, puede codificar la respuesta que represente la opinión del entrevistado, pero colocar en un círculo un signo de interrogación ? en el margen izquierdo para indicar que la decisión de aplicar ese código debe ser revisada por un médico.

¿Qué sucede cuando un entrevistado no entiende la pregunta sobre medicamentos (Recuadro C)?

La pregunta del recuadro C inquiriere acerca de si el síntoma fue alguna vez el resultado de tomar medicamentos, drogas o alcohol. Los entrevistados algunas veces no entienden y piensan que el entrevistador quiere saber si estaban tomando medicamentos al mismo tiempo que ocurrió el síntoma o si tomaron medicamentos para tratar el síntoma. Pueden decir: "Estaba tomando medicamentos en esa época". El entrevistador puede clarificar la pregunta, interrogando: "Bien, ¿fue la medicación que estaba tomando la causa del (Sx)?"

¿Qué pasa si un síntoma fue "usualmente" debido a los medicamentos?

En el esquema de sondeo, "siempre", significa todas y cada una de las veces. Una respuesta de "por lo regular era" probablemente significa que algunas veces el síntoma no era causado por medicación, drogas o alcohol. El siguiente paso del entrevistador es obtener la certeza de que el entrevistado no quiere decir "siempre", preguntando: "¿Pero el (Sx) fue siempre el resultado de tomar medicamentos, drogas, o alcohol?"

¿Qué pasa si el entrevistado dice que no puede dar el nombre de la sustancia que ocasionó el síntoma?

Si el entrevistado dice que el medicamento siempre causó el problema, pero no está seguro de cuál medicamento, se deben anotar ya sea todos los medicamentos que tomaba en ese tiempo o la indicación para el medicamento (ej: "medicamento para el corazón").

Considerando todas las circunstancias de la ocurrencia del síntoma

Frecuentemente es difícil conseguir que el entrevistado piense en todos los casos en que tuvo el síntoma en lugar de que focalice en una sola ocasión memorable. Por ejemplo, el entrevistado puede haber tenido dolor en una articulación debido a una lesión (ej: una lesión de la rodilla en un juego de fútbol), pero también puede tener otras variedades de dolor en las articulaciones para las cuales no hay explicación médica. El entrevistador puede evitar que el entrevistado se focalice solamente en la lesión del fútbol sustituyendo las palabras subrayadas en la pregunta para (SX) en cada pregunta de prueba (ej: "dolor en las articulaciones" en lugar de "dolor en las rodillas").

EJEMPLO: P.C3 E: ¿Alguna vez ha tenido dolor en las articulaciones?

R: Sí, he tenido problemas en mi rodilla.

E: ¿Consultó a un doctor por el dolor de sus articulaciones?

R: Sí, lo ví después de un juego de fútbol y dijo que me había lesionado la rodilla en el juego.

E: ¿Fueron los dolores en sus articulaciones siempre el resultado de una enfermedad física o una lesión como la lesión que sufrió en el fútbol?

R: No, he tenido también problemas con mi hombro, y no sé cuál es la causa.

El entrevistado con buen adiestramiento

Si el entrevistado ha mencionado previamente al entrevistador la respuesta correspondiente a una pregunta posterior, no hay necesidad de hacer la última pregunta. Después de algunas preguntas, el entrevistado puede haber aprendido la secuencia del esquema de sondeo, y anticipar cuáles van a ser las preguntas del esquema de sondeo. El entrevistado puede proporcionar información suficiente en una sola respuesta que ahorra el hacer varias preguntas.

EJEMPLO: "Sí, lo he tenido y se lo dije al médico, precisamente a mi psicólogo, debido a que es un problema emocional lo que lo causa".

Se circula SON 5 y se anota "problema emocional" en la línea "otros". No se requieren preguntas adicionales, ya que se sabe que el síntoma cumple uno de los criterios de gravedad y que no siempre fue debido a enfermedad física o a la toma de sustancias.

El entrevistado ofrece su propio diagnóstico en lugar del diagnóstico del médico

La primera pregunta en el recuadro D inquiriere por la evaluación del médico de la causa del síntoma. El entrevistador necesita determinar lo que pensó o dijo el doctor, sin tomar en cuenta si el entrevistado está o no de acuerdo. Si el entrevistado dice: "pienso que fue causado por el catarro", el entrevistador debe focalizarlo en la evaluación del médico, utilizando la pregunta alternativa, "¿Qué dijo el médico que causaba el (SX)?". Para clarificar de quién es la opinión en que se basa la respuesta, el entrevistador puede preguntar "¿Es eso lo que pensó el doctor?". Si el doctor no hizo un diagnóstico o pensó que era un problema emocional, el entrevistador codifica SON 5 aún si el entrevistado no está de acuerdo. Por supuesto, no es necesario decir al entrevistado que va a ser anotada la opinión del médico en lugar de la suya.

La descripción del tratamiento no es un diagnóstico

Si un entrevistado responde a la pregunta "¿Cuál fue el diagnóstico del doctor?" diciendo: "El doctor me dió un antibiótico" o "Me dijo que hiciera ejercicios", el entrevistador no ha logrado saber el diagnóstico del médico (aunque pueda ser capaz de hacer alguna suposición, basado en el tratamiento recomendado). En este caso, se debe hacer la pregunta alternativa que se encuentra en corchetes en la parte superior del recuadro D: "¿Qué dijo el doctor que causaba el (SX)?"

¿Qué pasa si el entrevistado explica un síntoma únicamente como resultado de una enfermedad física, cuando no existe la opción de un código 4; o solamente por tomar medicación, drogas o alcohol, cuando no existe la opción 3?

El entrevistador codifica SON 5, pero escribe abajo la explicación proporcionada y anota un signo de interrogación ? en el margen izquierdo. Un médico revisará la respuesta para ver si la explicación proporcionada puede ser plausible. Si tal evento ocurre más que de forma ocasional, sugiere que los autores están equivocados en su juicio sobre de si este síntoma puede tener una explicación física.

¿Qué es lo que califica como un diagnóstico psiquiátrico?

Los términos diagnósticos que pueden conducir a codificar un SON 5 incluyen: "nervios", "problemas emocionales", "tensión", "crisis mental", "exceso de trabajo", "estrés", "depresión", "evento traumático", "problemas matrimoniales", y "problemas de personalidad". Aunque estos no son diagnósticos específicos, indican un componente psiquiátrico.

Los diagnósticos psiquiátricos más específicos incluyen: histeria, neurastenia, esquizofrenia, depresión-manía, melancolía involutiva, bulimia, trastorno de adaptación, enfermedad bipolar, ansiedad, crisis de angustia, anorexia nervosa, hipocondriasis, fobia, neurosis, psicosis, paranoia. Si se hace otro diagnóstico que el entrevistador considera como psiquiátrico, se debe codificar SON 5, el diagnóstico anotado se señala con ? en el margen izquierdo para que posteriormente sea revisado por un médico.

Sustancias que causan síntomas

Si un trastorno fue causado por medicamentos, drogas o alcohol, el entrevistador codifica SON 3, y anota la sustancia. Se anotan los anestésicos administrados durante una operación. Los síntomas de supresión por drogas también califican. Las alergias a los alimentos se consideran enfermedades médicas y se codifican SON 4, no una reacción a drogas (codificada SON 3), aunque sean causadas por una sustancia.

¿Qué pasa si el entrevistador duda de que el doctor haya hecho el diagnóstico que el entrevistado menciona que hizo?

El entrevistado puede reportar un diagnóstico médico que le parezca altamente improbable al entrevistador. Las palabras del entrevistado deben ser aceptadas, pero la sospecha del entrevistador puede estar indicada por un ? en el margen izquierdo.

¿Qué constituye un "diagnóstico no definido"?

Cualquier enunciado vago del médico que sugiera una enfermedad física como explicación (ejemplo: "problemas de estómago", un "problema de pecho", "hiperventilación", "agotamiento", "pensó que podía ser un efecto colateral de mi medicamento" o, "pensó que era resultado de mi accidente en automóvil") debe ser considerado DIAGNOSTICO NO DEFINIDO y debe ser seguido por la pregunta en la columna que interroga acerca de hallazgos físicos anormales "¿el médico encontró algo anormal cuando lo examinó, le tomó pruebas o rayos-x?" Esta pregunta permitirá al entrevistador determinar si el doctor estaba especulando. Si se llega a esta conclusión, está indicada una codificación SON 5.

¿Qué pasa si el entrevistador no está seguro de que el diagnóstico del doctor deba ser considerado como una enfermedad física o como un diagnóstico no definido?

En estos casos, el entrevistador debe asumir que la respuesta es DIAGNOSTICO NO DEFINIDO y proceder con la pregunta de hallazgos anormales durante el examen. Esto por lo regular clarifica la situación.

¿Qué sucede si la respuesta a la pregunta acerca de hallazgos anormales en los exámenes es simplemente una mención de los exámenes realizados?

Este es un caso donde una contestación no es una respuesta. Si la respuesta a la pregunta, "¿Encontró algo anormal cuando lo examinó, le tomó pruebas o rayos x?" es "Tomó un tubo de sangre para las pruebas", no es una evidencia de hallazgos positivos. Algo anormal debe haber sido encontrado durante el examen para tomar en cuenta el resultado de las pruebas como evidencia de una enfermedad física. Repita la pregunta, enfatizando anormal.

¿Pueden tomarse en cuenta todos los hallazgos anormales en las pruebas?

Cuando se hacen las preguntas acerca de anomalías en las pruebas, el entrevistador está considerando los resultados que sugieran una base física para este síntoma, no simplemente cualquier hallazgo anormal. Por ejemplo un examen rutinario de orina puede llevar al descubrimiento de diabetes, aunque los síntomas por los que se hicieron los exámenes no tengan nada que ver con la diabetes. El entrevistador puede clarificar la relación de los hallazgos anormales con el síntoma añadiendo una frase a la pregunta de prueba "¿Encontró el médico algo anormal que él pensara que estaba causado por (SX) cuando lo examinó, o le tomó pruebas o rayos X?"

¿Qué pasa si el doctor ha dado varios diagnósticos posibles?

Si el entrevistado dice: "El doctor dijo que el dolor podía ser debido a artritis o a una antigua lesión", el doctor no ha hecho un diagnóstico definitivo. Así que la respuesta es manejada como un DIAGNOSTICO NO DEFINIDO

¿Qué pasa si hay más de un diagnóstico proporcionado por un médico o varios médicos

Si el entrevistado consultó al médico por la ocurrencia del mismo síntoma en diferentes momentos, o consultó a varios médicos para el mismo episodio, se pueden haber realizado múltiples diagnósticos. El entrevistador debe preguntar: "¿Cuál fue su diagnóstico?" Si alguno es un diagnóstico psiquiátrico, codifique SON 5.

Si no hubo un diagnóstico psiquiátrico, pero los síntomas fueron atribuidos tanto a enfermedad física como a ingestión de sustancias, el entrevistador debe hacer un salto a la última pregunta debajo de enfermedad en el recuadro D y preguntar, "Cuando el (SX) no fue debido a una enfermedad física o lesión, ¿fue siempre el resultado de tomar medicamentos, drogas o alcohol?" Si los diagnósticos múltiples incluyen uno o más diagnósticos no definidos (pero no un diagnóstico psiquiátrico), el entrevistador debe pasar a la columna de DIAGNOSTICO NO DEFINIDO y explorar la vez en que el doctor no supo la causa, aún en caso de que hubiera una explicación física clara en otras ocasiones.

¿Qué pasa si hay una cadena de causas?

Se ilustran tres ejemplos comunes:

1) Causas directas múltiples (sin cadena causal)

EJEMPLO R: Algunas veces el dolor es causado por mi úlcera, otras veces es debido al estrés.

A veces estrés

A veces úlcera

Dolor de estómago

En este ejemplo hay dos causas directas y no una cadena de causas. Ya que algunas veces el dolor es causado por estrés, se codifica SON 5.

2) Cadena causal

EJEMPLO 1: R: Solamente tengo dolor cuando el estrés hace que mi úlcera se reactive

Estrés

Úlcera

Dolor de estómago

En este ejemplo, el estrés hace que la úlcera empeore, pero la causa más próxima del dolor es la úlcera, no el estrés. Codifique SON 4.

EJEMPLO 2: R: Tengo una úlcera y tengo miedo de que pueda perforarse. Cuando me preocupo demasiado acerca de la úlcera, me dan dolores de cabeza.

Úlcera

Preocupación

Dolores de cabeza

En este ejemplo, es la preocupación acerca de la úlcera, no la úlcera directamente, lo que causa los dolores de cabeza. Codifique SON 5.

¿Cómo se consideran los efectos de una quemadura de sol, embarazo, exceso de ejercicio, exaltación en un juego de fútbol?

El término enfermedad física o lesión incluye incidentes que pueden ser descritos como "insultos corporales", como la exposición excesiva al sol, a gases tóxicos que causan cefaleas, adormimiento muscular debido a una actividad física poco usual, o a perder la voz después de un período ocasional de gritar prolongadamente. Aunque el embarazo no es una enfermedad física, es una condición física que puede ocasionar síntomas. Se debe codificar un SON 4 si cualquiera de estas causas explica todas las presentaciones del síntoma.

¿Cómo se consideran las reacciones a los tratamientos físicos, como terapias físicas, terapia electroconvulsiva (TEC) y radioterapia?

Se consideran como explicadas por una lesión física (SON 4) si ese síntoma fue siempre causado por el tratamiento.

Por ejemplo, la pérdida de la memoria puede ser atribuida a terapia electroconvulsiva.

¿Tomar medicamentos recetados para alguien diferente al entrevistado se considera evidencia de gravedad?

Los medicamentos pueden ser recetados o no recetados. La prescripción puede haber sido originalmente indicada para alguna persona diferente al entrevistado, y la intención del entrevistado al tomarla pudo haber sido tratar el síntoma. Tomar el medicamento más de una vez se toma en consideración aun si el medicamento no ayuda para el problema por el cual se está tomando.

Para unos pocos síntomas, las reglas para los medicamentos recetados difieren de las explicadas aquí. Recibirá instrucciones específicas en estos casos precisamente debajo del sitio de la pregunta en cuestión.

7. Preguntas de inicio/última vez

Para algunos grupos de síntomas codificados SON 5, se determinan la primera y última presentaciones. La "primera" vez es obtenida con una pregunta de inicio; la "última" vez, con la pregunta de la vez más reciente.

Las preguntas de inicio y última vez son idénticas en la mayoría de las secciones excepto por la inserción de las palabras "primera" o "última" en la pregunta de sondeo.

Hay seis opciones de códigos de inicio/última vez. Van desde lo actual (en las últimas dos semanas) a "más de un año". Cuando la respuesta es "hace más de un año", una exploración adicional interroga al entrevistado acerca de la edad exacta. Si el entrevistado no puede recordar cuando ocurrió el grupo de síntomas la primera o la última vez, se indica al entrevistador el preguntar: "¿Fue en el último año?". Si así fue, se circula el código 5, queriendo decir que el SX ocurrió en el último año pero que el entrevistado no recuerda cuándo.

Una descripción de estos códigos se proporciona a continuación:

- 1 = en las últimas dos semanas
- 2 = 2 semanas a < de un mes
- 3 = 1 mes a < de 6 meses
- 4 = 6 meses a menos de un año
- 5 = En los últimos doce meses, cuando NS
- 6 = Hace más de un año. PREGUNTE EDAD INI/REC: ¿Qué edad tenía la (primera/última) vez en que tuvo (SX)?

Codificación de las respuestas INI/REC:

INICIO: Si un entrevistado dice que la primera vez (SX) ocurrió a la edad de 18 ó 19, codifique la primera de las dos edades: 18 años.

INI: 1 2 3 4 5 6

EDAD INI: ___/___

ULTIMA VEZ: Si el entrevistado dice que la última vez (SX) ocurrió a la edad de 19 ó 20, codifique la más reciente de las dos edades: 20 años

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___/___

B. Demostración del funcionamiento del esquema de sondeo

Los siguientes ejemplos muestran cómo usar la estructura de indagación para llegar a un código, siguiendo el esquema de sondeo. Los ejemplos van desde el más simple al más complicado, pasando a través de cada uno de los códigos.

EJEMPLD: P.C1 ¿Alguna vez ha tenido mucho problema con
dolores de estómago?

SON: 1 2 3 4 5

R: No.

Este síntoma no lo ha tenido, así que codifique SON 1 y pase a la siguiente pregunta.

EJEMPLD: P.C2 ¿Alguna vez ha tenido mucho problema con
dolor de espalda?

SON: 1 2 3 4 5

R: Sí

E: ¿Consultó a un médico sobre su dolor de espalda?

R: No

Siga la flecha hasta el recuadro A y pregunte:

E: ¿Consultó a otro profesional sobre su dolor de espalda?

R: No

E: ¿Tomó medicinas para el dolor de espalda, más de una vez?

R: No

E: ¿Interfirió mucho el dolor de espalda con su vida o actividades?

R: No

Este síntoma no cumple los criterios de gravedad, así que codifique SON 2 y pase a la siguiente pregunta.

Note que si hay una respuesta positiva a cualquiera de las tres preguntas en el recuadro A debe ir inmediatamente al recuadro B, como en el siguiente ejemplo:

EJEMPLO P.C3 ¿Alguna vez ha tenido dolor en las articulaciones?

SON: 1 2 3 4 5

R: Sí

E: ¿Consultó a un médico sobre el dolor en las articulaciones?

R: No

VAYA AL RECUADRO A

E: ¿Consultó a algún otro profesional sobre el dolor en las articulaciones?

R: Sí

Esta es una respuesta afirmativa en el recuadro A, así que vaya directamente al recuadro B.

E: ¿Fue el dolor en las articulaciones alguna vez el resultado de una enfermedad física o lesión?

R: Sí, tengo artritis.

Pase al triángulo en el recuadro D, según las instrucciones

E: ¿Fue el dolor en las articulaciones siempre el resultado de una enfermedad física o lesión como la artritis?

R: Sí

Este síntoma es explicable por una enfermedad física, es decir, siempre fue causado por la artritis, así que codifique SON 4, anote "artritis" en la línea OTROS y pase a la siguiente pregunta.

EJEMPLO P.C5 ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho?

SON: 1 2 3 4 5

R: Sí

E: ¿Consultó a un médico sobre el dolor en el pecho?

R: Sí

E: Cuando se lo dijo al médico ¿cuál fue el diagnóstico del médico?

R: Bronquitis

E: ¿El dolor en el pecho fue siempre el resultado de una enfermedad física o lesión, como la bronquitis?

R: Sí

Este síntoma es explicable por una enfermedad física, codifique SON 4 y anote "bronquitis", en la línea MD.

EJEMPLO P.C8 ¿Alguna vez ha tenido dolor al orinar?

SON: 1 2 4 5

R: Sí

E: ¿Consultó a un médico sobre el dolor al orinar?

R: Sí

VAYA AL RECUADRO D

E: ¿Cuál fue el diagnóstico del médico?

R: Dijo que no estaba seguro sobre qué lo causaba

Aún no hay un diagnóstico definitivo así que pregunte:

E: ¿Encontró algo anormal cuando le examinó, le hizo pruebas o le tomó placas?

R: No que yo sepa.

Este síntoma se debe codificar SON 5

EJEMPLO C.17 ¿Alguna vez ha tenido mucho problema con náuseas

SON: 1 2 3 4 5

es decir, sentirse enfermo del estómago, pero sin llegar a vomitar?

R: Sí

E: ¿Consultó a un médico sobre las náuseas?

R: No

E: ¿Consultó a algún otro profesional sobre las náuseas?

R: No

E: ¿Tomó medicina para las náuseas más de una vez?

R: No

E: ¿Las náuseas interfirieron mucho con su vida o actividades?

R: Sí, falté al trabajo un par de días todos los meses.

E: ¿Fueron las náuseas alguna vez el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?

R: Sí

E: ¿Fueron las náuseas siempre el resultado de medicinas, drogas o alcohol?

R: Sí, mi medicina para los ojos.

E: ¿Cuál es la medicina?

R: Tengo gotas de ojos para mi "glaucoma". No sé como se llaman.

Este síntoma debe ser codificado como SON: 3 y las "gotas de glaucoma" deben ser anotadas en la línea OTROS.

CAPITULO 5

ESPECIFICACIONES PREGUNTA POR PREGUNTA

INFORMACION GENERAL

La versión nuclear del CIDI incluye sólo mínima información sobre las características de los estudios. (Nombre del entrevistador y codificación y codificación del entrevistado). Para proyectos de investigación se recomienda una hoja frontal más detallada (centro del estudio, propósito, etc.)

SECCION DE DEMOGRAFIA

PREGUNTAS A1-A10

Descripción

La versión nuclear del CIDI incluye sólo información mínima sobre las características del estudio (nombre del entrevistador y código). Se recomienda una hoja frontal con información más detallada para proyectos de investigación (centro del estudio, propósito del estudio, etc.)

Los tópicos demográficos son edad, sexo, estado civil y parental, escolaridad y ocupación. El sexo se determina por observación. La información de edad, sexo y estado civil es necesaria para determinar si es pertinente preguntar al entrevistado posteriormente preguntas sobre problemas menstruales, vómitos durante el embarazo y determinar si se requieren preguntas para clarificar en caso de que la edad de inicio se haya olvidado si fue antes o después de un criterio de edad.

Especificaciones pregunta por pregunta

Anote el nombre del entrevistador, la codificación (ID) y el tiempo de inicio antes de comenzar la entrevista. El tiempo se codifica de acuerdo a convenciones internacionales como sigue:

| | |
|-----------------|------------|
| 00 = MEDIANOCHE | 12 = 12 PM |
| 01 = 1 AM | 13 = 1 PM |
| 02 = 2 AM | 14 = 2 PM |
| 03 = 3 AM | 15 = 3 PM |
| 04 = 4 AM | 16 = 4 PM |
| 05 = 5 AM | 17 = 5 PM |
| 06 = 6 AM | 18 = 6 PM |
| 07 = 7 AM | 19 = 7 PM |
| 08 = 8 AM | 20 = 8 PM |
| 09 = 9 AM | 21 = 9 PM |
| 10 = 10 AM | 22 = 10 PM |
| 11 = 11 AM | 23 = 11 PM |

A3 Note que la fecha de nacimiento se anota con el día, seguido por el mes y el año.

A6,A7 Indaga información acerca del empleo y el estado social. Debido al hecho de que no hay un sistema de codificación universal para los estratos ocupacionales, cada centro debe decidir un esquema apropiado para A7B y C. Estos datos no ingresan en la computadora.

AB-A10 Indaga información acerca de la escolaridad del entrevistado. Cada estudio necesita formular sus propios criterios respecto a los años requeridos para terminar un nivel de escolaridad y graduación o la finalización de la primaria, la secundaria y niveles post secundaria.

TRASTORNO POR USO DE TABACO

PREGUNTAS B1-B17

Descripción

El trastorno por uso de tabaco que se evalúa en esta sección incluye:

ICD10 Dependencia al tabaco

DSM-III-R Dependencia a la nicotina

La información indaga acerca del uso diario por un mes o más de: cigarrros, puros, pipa, rapé y tabaco en goma de mascar.

Especificaciones pregunta por pregunta

- B1 Se pregunta sobre el uso diario de cualquier forma de tabaco en alguna ocasión. Si todas las formas de tabaco se califican como "NO", se indica saltar esta sección.
- B2-B17 Recuerde insertar el tipo apropiado de consumo de tabaco codificado 5 en B1 en las preguntas que contienen alternativas entre paréntesis.
- B2 La cantidad de cada forma de tabaco utilizada por día se registra en la columna B de la pregunta anterior. Para fumadores de pipa, se registra el número de pipas; para rapé y tabaco en goma de mascar se registra el número o veces de exposición.
- B5 Esta pregunta inquiriere acerca del deseo de dejar o disminuir el uso de tabaco, ya sea que el entrevistado realmente haya hecho o no esfuerzos por dejarlo. Si el entrevistado nunca trató de dejar el uso del tabaco, el entrevistador salta a B12.
- B6 Es positiva si hubo un esfuerzo para dejarlo, sea que el esfuerzo haya tenido éxito o no.
- B7 Si el entrevistado nunca ha dejado o reducido el hábito de fumar por dos semanas o más, se utiliza una codificación 00.
- B8 Se pregunta acerca de síntomas de supresión por suspender o disminuir el uso de tabaco. Si no se experimentó ninguna, se indica al entrevistador saltar a B11.
- B9 Indaga acerca del período más largo en que se presentó aunque fuera un sólo síntoma de supresión, alrededor de la semana más cercana de acuerdo a los ejemplos.
- B10 Pregunte sólo si la respuesta que se dió en B9 es de menos de 4 semanas y la respuesta a B7 = 3 o más.
- B12 Enfermedad grave incluye, entre otras, cáncer, enfermedades respiratorias o cardiovasculares. No cuentan los resfriados y daño al feto (en mujeres embarazadas). "Imprudencia" significa estar en riesgo de daño.
- B13 Esta pregunta inquiriere por información acerca de problemas de salud física que han sucedido debido al hábito de fumar. Los problemas emocionales se cubren en la pregunta B14.
- B16 Esta pregunta valora los aspectos sobresalientes, o dejar o reducir actividades que interfieren con el uso del tabaco.

817

Al preguntar última vez se averigua el uso diario más reciente que duró al menos un mes. El uso diario puede ser mínimo, esto es, uno o dos cigarrillos por día. Cuando se pregunte inicio y última vez, utilice la frase subrayada.

TRASTORNOS SOMATOFORMES

PREGUNTAS C1-C58

Descripción

El CIDI incluye varias formas de trastornos somatoformes de acuerdo al DSM-III-R y al ICD-10:

- C1 a C14 Trastorno de dolor psicogénico (persistente)
- C1 a C51 Trastorno por somatización
- C52 a C58 Trastorno hipocondríaco

Las características esenciales del Trastorno por Somatización son quejas somáticas, múltiples y recurrentes que ocurren a lo largo de varios años de duración y que aparentemente no se deben a un trastorno físico. El trastorno por somatización se inicia antes de los 30 años de edad. Las quejas frecuentemente se presentan en una forma dramática, vaga o exagerada como parte de una historia médica complicada en la cual se han tomado en consideración muchos diagnósticos físicos. La atención médica ha sido proporcionada por muchos médicos, algunas veces al mismo tiempo. Frecuentemente hay una historia de operaciones quirúrgicas múltiples. Las quejas típicamente incluyen los siguientes sistemas orgánicos o tipos de síntomas:

- Conversión o pseudoneurológicos (ej: parálisis, ceguera)
- Gastrointestinales (ej: dolor abdominal)
- Aparato reproductor femenino (ej: menstruación dolorosa)
- Psicosexuales (ej: indiferencia sexual)
- Dolor (ej: dolor dorsal)
- Cardiopulmonar (ej: mareo)

También hay preguntas para el trastorno disociativo del ICD 10. Pero dado que los algoritmos para este diagnóstico aún no se prueban, no se encuentran incluidos en la versión actual del CIDI.

Instrucciones especiales

La sección de somatización es larga. Con el esquema de sondeo, toma cerca de 15 minutos.

Las preguntas de somatización inquieran acerca de dolores y algias comunes que no siempre son fáciles de diagnosticar. Ya que cualquiera puede padecer alguna de estas algias y dolores, el CIDI distingue la ocurrencia ocasional de un problema más grave mediante:

- a) la utilización de la frase "muchos problemas" en la pregunta, y
- b) incluyendo "2" como una de las opciones de codificación.

Los problemas triviales u ocasionales pueden dar como resultado que el entrevistado niegue lo de "muchos problemas" en las principales preguntas (y entonces recibe un SON 1) o respuestas de "no" a todas las pruebas de gravedad en el esquema de sondeo (y que entonces reciban un código SON 2).

A pesar de ello, la mayoría de los entrevistados pueden recibir algunos códigos SON 5, aún cuando no tengan el trastorno, debido precisamente a que han olvidado lo que el doctor dijo, o el doctor pudo atribuir equivocadamente un síntoma a una condición nerviosa, o no se realizó el examen completo del paciente. Sin embargo el diagnóstico de trastorno por somatización requiere un gran número de síntomas en muchos sistemas orgánicos en ambos sistemas diagnósticos.

Esta es la primera sección que utiliza los códigos SON. Las preguntas de inicio y última vez se preguntan si el síntoma recibe un código SON 5.

El entrevistador debe enfatizar la frase "muchos problemas" cada vez que aparezca en una pregunta. "Muchos problemas" significa exactamente más que "algo de problema". Si se recibe una respuesta como: "Sí, lo he tenido", "Sí, me dió", el entrevistador debe preguntar: "¿Podría usted decir que llegó a tener muchos problemas con el (SX)?"

Dado que esta sección pregunta acerca de síntomas que frecuentemente se asocian con enfermedad física, los entrevistadores sin antecedentes de formación médica probablemente no entiendan alguna de la información médica proporcionada acerca de la etiología. Cuando esto sucede, el entrevistador debe: a) Hacer preguntas no directivas, tales como: "¿Podría usted decirme más acerca de eso?" y b) Escribir notas marginales, incluyendo tantos detalles como sea posible.

Algunas veces el entrevistado no consultó a un doctor acerca del síntoma pero está convencido de que siempre ha sido por una causa física. Si, a juicio del entrevistador, la causa física que se proporciona es ilógica, se debe codificar un SON 4 pero se debe escribir una nota en el margen izquierdo indicando que la respuesta del entrevistado parece incorrecta. Un ? debe ser colocado cerca de la nota sugiriendo que se requiere mayor revisión.

El trastorno por somatización es el diagnóstico en que se usa más extensamente el esquema de sondeo. Muchos de estos síntomas se consultan con el doctor, y es importante seguir las reglas del esquema de sondeo descritas previamente para decidir si deben ser codificadas SON 4 o SON 5. La prueba de "doctor" y de otros profesionales en el recuadro A son utilizadas aquí por primera vez. Se deben leer las definiciones tomándolas del esquema de sondeo la primera vez que son utilizadas.

Algunos entrevistados pueden insistir en que el diagnóstico del médico es equivocado. No obstante, lo que el doctor dijo debe ser anotado.

EJEMPLO: -

E: ¿Alguna vez ha tenido dolores en el pecho?

R: Sí, he tenido.

E: ¿Consultó a un doctor acerca de los dolores en el pecho?

R: Sí, lo hice, y el doctor dijo que eran mis nervios, pero está equivocado. Pienso que tengo una enfermedad del corazón. El piensa siempre que todo es un problema mental, que todo está en mi cabeza.

CODIFIQUE SON 5 Y ANOTE "NERVIOS" EN LA LINEA MD.

Se van a encontrar por primera vez en esta sección palabras minúsculas subrayadas. La(s) palabra(s) subrayadas indican la palabra o palabras que deben ser sustituidas para (SX) en el esquema de sondeo. El entrevistador debe utilizar el ejemplo que proporciona el entrevistado en estas pruebas.

Hay preguntas especiales para las cuales se proporciona un código específico para última vez. Cuando esto suceda deben ser utilizadas en lugar de hacer las pruebas del esquema de sondeo.

Especificaciones pregunta por pregunta

C1 La definición de "muchos problemas" se deja al entrevistado.

C3 Esta pregunta es específica para las articulaciones, un lugar convexo tal como la rodilla, el hombro, la muñeca, el tobillo. Si el entrevistado contesta con un lugar diferente al de la articulación, le puede decir que se preguntará después por estos lugares.

C4 "Dolores en sus brazos o en sus piernas" se refiere a dolores en los músculos o huesos largos de los brazos o de las piernas incluyendo un dedo del pie o de la mano si no es en las articulaciones.

Si el entrevistado responde "No" a la pregunta C3 y menciona dolores en el tobillo, hombro, muñeca, codo, o rodilla en C4, se debe continuar con el sondeo, utilizando la respuesta para corregir C3. Una vez que C3 se corrige, se puede repetir C4, diciendo "Además del dolor que Ud. mencionó en su (ARTICULACION PREVIAMENTE MENCIONADA), ¿ha tenido otro dolor en sus brazos o en sus piernas?"

C5 "Angina" es una explicación médica aceptable para el dolor de pecho. Si es el único dolor de pecho que se ha experimentado (y cumple con los criterios de gravedad), codifique SON 4, no SON 5.

C6 Otra vez, la frase "muchos problemas" debe ser enfatizada. Debido a que los dolores de cabeza son muy comunes y el tomar medicina no recetada es también muy común, una respuesta de "Sí" para el sondeo de medicamentos no es suficiente para cumplir con los criterios de gravedad. Para ser codificado como grave, el entrevistado debe, ya sea, haber utilizado un medicamento recetado para el dolor de cabeza o haber tomado un medicamento no recetado tres veces o más en una semana.

A fin de hacer este cambio en los criterios de gravedad, el entrevistador debe hacer la tercera pregunta del recuadro A aún cuando el entrevistado haya dicho "sí" a la pregunta acerca de los medicamentos. El ejemplo que se proporciona sigue las indicaciones especiales para el entrevistador en C6.

EJEMPLO:

E: ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas con dolores de cabeza?

R: Sí

E: ¿Consultó a un doctor acerca de los dolores de cabeza?

R: No

E: ¿Consultó a cualquier otro profesional acerca de sus dolores de cabeza?

R: No

E: ¿Tomó medicamentos más de una vez para sus dolores de cabeza?

R: Sí.

NOTA: COMO SE INDICA EN LAS INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA ESTA PREGUNTA, UN "SI" AL SONDEO DE MEDICAMENTOS NO ES SUFICIENTE PARA PERMITIR LA SALIDA DEL RECUADRO A. LO SIGUIENTE, ES HACER LA SIGUIENTE PREGUNTA DEL RECUADRO A Y SI LA RESPUESTA ES "NO", EL ENTREVISTADOR DEBE PREGUNTAR ACERCA DEL TIPO Y LA FRECUENCIA DE LA MEDICACION UTILIZADA.

E: ¿Los dolores de cabeza interfirieron mucho con su vida o sus actividades?

R: No

SI EL ENTREVISTADO CONTESTA "NO", EL ENTREVISTADOR DEBE CLARIFICAR SI TOMO SUFICIENTE MEDICACION PARA CUMPLIR LOS CRITERIOS;

E: ¿Tomó medicamentos no recetados 3 veces o más en una sola semana para sus dolores de cabeza?

R: No

SI LA RESPUESTA ES "SI", EL ENTREVISTADOR PASA AL RECUADRO B.

SI ES "NO", PREGUNTE ACERCA DE MEDICAMENTOS RECETADOS.

E: ¿Tomó algún medicamento recetado para los dolores de cabeza?

SI EL ENTREVISTADO DICE "SI", EL ENTREVISTADOR PASA AL RECUADRO 8.
SI ES "NO", CODIFIQUE SON 2.

La migraña diagnosticada por un doctor se considera una explicación médica y se codifica SON 4, si todos los ejemplos de dolores de cabeza fueron migrañas, pero "migraña" como un autodiagnóstico debe ser codificada SON 5, dado que es un término comúnmente utilizado como sinónimo para el dolor de cabeza por personas legas.

C7 El entrevistador debe enfatizar "muchos problemas" y "excesivamente doloroso", dado que la mayoría de las mujeres tienen algún dolor menstrual.

LA INSTRUCCION ESPECIAL PARA EL ENTREVISTADOR: Las reglas son similares a las de la pregunta C6, en que se interroga sobre la última pregunta del recuadro A aún si la respuesta a los medicamentos es "SI". Si la última prueba se contesta "NO" y medicación fue "SI", el entrevistador debe continuar sondeando:

E: ¿Qué fue lo que tomó?

SI SOLO TOMO MEDICAMENTOS NO RECETADOS, EL ENTREVISTADOR CODIFICA SON 2. SI TOMO CUALQUIER MEDICAMENTO, EL ENTREVISTADOR PASA AL RECUADRO 8.

R: BIPASMIN (un medicamento común no recetado)

E: ¿Nada más?

R: No

E: Codifique SON 2.

C10 "Partes íntimas"-cualquiera cubierta por un bikini, incluyendo el ano. Se proporciona una instrucción especial aquí debido a que la gente algunas veces menciona dolor al orinar; ese dolor debe ser codificado en C8. Si el entrevistado lo menciona aquí, pero no lo mencionó en C8, el entrevistador debe preguntar para corregir la pregunta de C8, y después regresa a C10, comenzando con: "Además del dolor al orinar, ¿ha tenido...?" Si es no, se codifica SON 1.

C11 Si se menciona aquí cualquier dolor que debería haber sido cubierto de C1 a C10, pero no lo fue, el entrevistador debe probar y corregir el código en la pregunta anterior. Luego se pregunta C11 otra vez, enfatizando "en alguna otra parte". El entrevistador no debe incluir "dolor durante el coito" aquí, éste será cubierto en N4.

C12-

C14 Note que estas preguntas sólo se efectúan si hubo al menos un SON 5 en C1-C11.

C12 Cuando haga la pregunta, el entrevistador lista los dolores codificados SON 5 leyendo las palabras subrayadas en esas preguntas.

C13 Otra vez, el entrevistador debe listar los dolores codificados SON 5 leyendo las palabras subrayadas en esas preguntas.

C16 La frase "durante todo" debe ser enfatizada. Ya que muchas mujeres embarazadas han tenido algunos vómitos durante los primeros cuatro meses, solamente se considera que hay problema cuando los vómitos se presentan durante los últimos meses. Los vómitos durante el embarazo que terminan en aborto no se toman en cuenta, dado que faltan los cinco últimos meses que nos interesan.

C17 La náusea se define en la pregunta: "sentirse enfermo del estómago, pero sin llegar a vomitar".

INSTRUCCION AL ENTREVISTADOR: El mareo de movimiento se considera una condición física codificable como SON 4 si cumple con los criterios de gravedad. Si se menciona mareo de movimiento, se continúa con el sondeo en forma usual para saber si hubo otros episodios de náusea que no se asocien con estar en un vehículo en movimiento.

C20 La frase "que le hacen mal" debe ser enfatizada. El no gustar de ciertos alimentos no es suficiente; el entrevistado realmente debe sentirse enfermo si come ciertos alimentos.

Si el entrevistado menciona solo uno o dos alimentos, el entrevistador debe preguntar: "¿Algún otro?", debido a que para cumplir con los criterios de intolerancia se requieren varias clases diferentes de alimentos (3 o más).

C21 La pregunta investiga ceguera total en uno o en ambos ojos que dura al menos unos pocos segundos. Una visión disminuida aún por un tiempo considerable o pérdida de la visión después de un golpe en la cabeza no es suficiente.

C22-

C23 "Algún periodo" y "un periodo de tiempo" quiere decir algunos minutos o más.

C23 Se debe enfatizar "completamente sordo". Una dificultad mínima de la audición, una disminución en la capacidad de oír, o sordera temporal en un oído, se codifica SON 1. Si un ruido fuerte causa sordera temporal, codifique esto como una lesión física.

C24 Una respuesta de "cuando me rompí la pierna" es un "Sí" y probablemente conduzca a la codificación SON 4.

C26 Parálisis se define en la pregunta como "completamente incapaz de moverse", no una pérdida de sensación.
La pérdida de la sensación se cubre en C25.

C27 La pérdida de la voz por 30 minutos o más debe enfatizarse. La laringitis es una enfermedad física. Puede ser causada por un resfriado o por forzar la voz gritando en un evento deportivo, etc.

C28 Las convulsiones se encuentran definidas en la pregunta.

C29 Sentirse débil o mareado no es suficiente; el entrevistado realmente debe haberse desmayado.

C30 La instrucción al entrevistador indica que el entrevistador no debe tomar en cuenta las convulsiones o desmayos porque ya se han cubierto en C28 y C29 y no tomar en cuenta amnesia debido a que está cubierta en C31. La gente frecuentemente reporta estar inconsciente durante cirugía. Por supuesto, esto es debido a que están bajo anestesia, con el propósito de producir inconsciencia. Si ésta es la única vez que el entrevistado ha estado inconsciente, codifique SON 3.

Si una respuesta positiva en C30 se refiere a convulsiones o desmayos que no fueron reportados en C28 o C29, el entrevistador debe sondear para corregir los códigos en esas preguntas y preguntar C30 otra vez para saber si hubo otras ocasiones de inconsciencia.

C31 Se debe enfatizar: "No podía recordar nada".

La amnesia se define en la pregunta. Las lagunas que ocurren cuando se toma alcohol se codifican SON 3.

C32-

C33 Estas preguntas sólo se efectúan si hubo al menos un SON 5 en C21-C31.

C33 Pida un ejemplo. Si los problemas estuvieron sólo relacionados con enfermedad u operaciones complicadas, u otros eventos que no son extraordinarios, codifique 4. Si el entrevistado no está seguro, codifique 2.

Sólo los eventos traumáticos o extraordinarios deben ser codificados SON 5.

C35 "Hiperventilación" es un sinónimo de estar corto de respiración. Si un doctor menciona "hiperventilación", el entrevistador debe preguntar: "¿Qué fue lo que dijo el doctor que causaba la hiperventilación?"

C36,

A "Haciendo esfuerzo físico" incluye ejercicio, actividad deportiva o hacer trabajo físico pesado. Si el entrevistado sólo ha sentido que su corazón late durante el ejercicio, codifique SON 1.

C37 Mareos seguidos por desmayos ha sido cubierta en C29. Esta pregunta es para cubrir mareo cuando el entrevistado no se ha desmayado. El mareo se define como vértigo o aturdimiento.

C38 "Debilidad" se define en la pregunta. Es una pérdida de capacidad de levantar o mover cosas que el entrevistado normalmente podía levantar o mover.

C44 No definimos "más o menos buena" o "enfermizo" debido a que nos interesa saber si el (la) entrevistado(a) piensa que él(ella) es enfermizo(a). Para información del entrevistador "enfermizo" se refiere a alguien que en general tiene mala salud o que se enferma muy fácilmente.

Si el entrevistado dice "enfermizo", el entrevistador debe preguntar: "¿Es debido a alguna enfermedad particular, o ha tenido usted varios problemas diferentes?"

Si lo enfermizo del entrevistado fue el resultado de un solo trastorno crónico tal como diabetes y una enfermedad del corazón, el entrevistador codifica SON 4. Estamos considerando aquí gente que tiene una variedad de síntomas que no pueden ser atribuidos a una sola enfermedad física. Esta pregunta se refiere a "la historia médica complicada de varios años de duración" que es típica del trastorno por somatización.

C45 Períodos irregulares no es lo mismo que falta de períodos. Los períodos irregulares no se presentan en un ciclo regular (ejemplo, 20 días, 35 días), pero se presentan cada mes.

Si los períodos son irregulares sólo cuando se encuentra en la menopausia, el entrevistador codifica SON 1.

C46 La entrevistada define "excesivamente".

C49-

C50 Estas preguntas sólo se efectúan si más de 5 preguntas se codificaron SON 5 en C1-C46 y se hicieron tres o más anotaciones en la línea MD, como se determina en las instrucciones al entrevistador en C47 y C48.

C49 Esta pregunta trata de obtener el juicio más exacto del entrevistado sobre el tratamiento médico y se refiere sólo a aquellos síntomas codificados SDN 5 con una anotación en la línea MD.

C52-

C58 Note que el período de tiempo cubre los 12 meses anteriores.

C52 Note la instrucción al entrevistador. Sólo la preocupación acerca de tener una enfermedad física se toma en consideración. Si la preocupación es por más de una enfermedad física, se codifica SDN 1.

C54-

C58 Recuerde el período de tiempo. Estas preguntas solamente pueden ser codificadas "SI", si el síntoma se presentó durante los doce meses anteriores.

El sondeo se refiere a la preocupación específica mencionada en C52.

TRASTORNO POR ANGUSTIA

PREGUNTAS D1-D10

Descripción

La característica esencial del trastorno de angustia es un ataque de ansiedad que ocurre en forma súbita e impredecible, aunque ciertas situaciones, por ejemplo, conducir un vehículo pueden llegar a asociarse con una crisis de angustia. Si se presenta el mismo cuadro clínico durante un ejercicio físico excesivo o en una situación amenazante para la vida, no se denomina crisis de angustia.

Una crisis de angustia se manifiesta por una sensación de aprensión intensa, temor o terror de tipo repentino, frecuentemente asociada con sentimientos de catástrofe inminente. Los síntomas más comunes que se experimentan durante una crisis son: falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo; palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado; dolor o molestias precordiales; sofocación; náusea o malestar abdominal; mareo; sentimientos de irrealidad; sensación de adormecimiento o cosquilleo por distintas partes del cuerpo; sensaciones de calor o de escalofrío; sudoración; desvanecimientos; temblores o sacudidas; temor de morir; de volverse loco o de hacer algo incontrolable durante la crisis. Las crisis por lo general duran minutos o más raramente horas.

Las crisis de angustia se clasifican en aquellas que ocurren sólo en presencia del objeto de una fobia y aquellas que ocurren en otras situaciones.

Especificaciones pregunta por pregunta

- D1 Se pregunta si una persona ha tenido alguna vez una crisis de angustia. Enfatiza los dos aspectos fundamentales de una crisis de angustia:
- 1) que se inicia inesperadamente
 - 2) que ocurre en situaciones en que la mayoría de las personas no se encontrarían asustadas o ansiosas.

La pregunta se debe leer lentamente con un énfasis en la frase "de repente" y en el "no" en la frase "cuando la mayoría de las personas no se encontrarían asustadas o ansiosas" es decir, cuando usted no estaba en peligro, no era el centro de la atención o algo parecido?"

- D2 Un sentimiento de angustia es normal en una situación atemorizante. Es la razón por la que en D1 se pregunta acerca de crisis o ataques en situaciones en que "la mayoría de las personas no se sentirían asustadas o ansiosas". Si el entrevistado dice "sí", el entrevistador preguntará D2 para tener la certeza y anotar un ejemplo antes de sondear. Si el ejemplo es de una situación atemorizante (ej: "Fue cuando estuve a punto de ser atropellado por un camión"), el entrevistador de nuevo hace la pregunta general, enfatizando el final: "¿Alguna vez ha tenido un episodio o ataque en que de repente se sintió asustado, ansioso o muy intranquilo, en situaciones en que la mayoría de las personas no se sentirían asustadas o ansiosas?" Si el entrevistado piensa que la situación es una en la cual la mayoría de la gente no se sentiría asustada o ansiosa, el entrevistador debe sondear aun cuando piense que la situación parece atemorizante.

Si el entrevistado consultó a un médico y el diagnóstico fue "hiperventilación", se le preguntará: "¿qué fue lo que le dijo el doctor que causó la hiperventilación?" Preguntamos esto debido a que se piensa que la hiperventilación es el mecanismo por el cual una crisis de angustia causa mareo, adormecimiento, etc. La hiperventilación, por lo tanto, puede ser la causa de los síntomas pero no la causa de la crisis de angustia. Además, "hiperventilación" frecuentemente se utiliza como sinónimo de crisis de angustia.

D4/

COL I Esta pregunta establece cuál de los 17 síntomas ocurrió durante una de las "peores" crisis de angustia. La frase "Durante este episodio" debe ser utilizada para preguntar acerca del primer síntoma; posteriormente el entrevistador puede utilizar la frase introductoria cuando le parezca necesario para dirigir la atención del entrevistado hacia los síntomas que ocurrieron durante el peor episodio.

D4/

COL II El entrevistador debe hacer esta pregunta sólo para los síntomas codificados 5* en D4(1-4), 14 y 15 en la columna I. Cuando se pregunta si un síntoma ocurrió en otras ocasiones diferentes a las de un "episodio", el entrevistador debe referirse a la palabra o a la frase subrayadas y codificar en la columna II.

D5 Si los entrevistados no reportan más de un síntoma codificado 5 o 5* necesario para trastorno de angustia hay un salto a la sección siguiente. En las personas que cumplen con los criterios se pregunta inicio y última vez en D6.

D6 Cuando se pregunta inicio y última vez el entrevistador debe mencionar todos los síntomas codificados 5 y 5* en D4 (1-17) en la columna I, utilizando las palabras y las frases subrayadas.

D9 El miedo de tener otra crisis debe ser persistente por un mes o más.

D10 El entrevistador sólo necesita mencionar 4 de los síntomas codificados 5 o 5* en la columna I en D4 (1-17).

ANSIEDAD GENERALIZADA

PREGUNTAS D11 A D19

Descripción

La sintomatología esencial de este trastorno es la ansiedad y la preocupación no realista o excesiva sobre 2 o más circunstancias vitales por 6 meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. Acompañando a la ansiedad hay muchos signos de tensión motora, hiperactividad vegetativa, vigilancia y escrutinio.

Especificaciones pregunta por pregunta

- D11-D12 Si el entrevistado contesta que "sí" ha tenido períodos de ansiedad y preocupación con duración de al menos un mes, se le pregunta el período más largo y el entrevistador codifica el número de meses. La preocupación y la ansiedad deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo. Se proporciona una instrucción especial en caso de el entrevistado no sepa el período más largo.
- D13-D19 **NOTA:** Estas preguntas se efectúan sólo si el período más largo anotado en D12 duró al menos 6 meses. Si es necesario, recuerde al entrevistado que la información que proporcione en estas preguntas (ese período/uno de esos períodos) debe haber tenido una duración al menos de 6 meses. Si el período más largo que se anotó en D12 es de menos de 6 meses, hay un salto hacia D20.
- D13-D14 Estas preguntas determinan si la preocupación o la ansiedad fueron no realistas o excesivas. Si el entrevistado dice "no" a D13, entonces se interroga D14. Si el entrevistado responde "sí" a D13, entonces hay un salto a D14.
- D15 Para cumplir los criterios, el entrevistado debe haber tenido ansiedad o preocupación acerca de dos o más circunstancias vitales, de modo que si el entrevistado niega el haber tenido "diferentes preocupaciones", hay un salto a D15. Si dice "sí", se interroga D16.
- D16-D17 Estas preguntas intentan determinar el centro de la preocupación o la ansiedad del entrevistado. Se puede hacer un diagnóstico de ansiedad generalizada sólo si el entrevistado tiene preocupaciones no reales o excesivas relacionadas a circunstancias vitales, tales como preocupación sobre un posible percance de uno de sus hijos cuando no se encuentra en peligro, o acerca de asuntos financieros personales sin una razón adecuada. Si el entrevistado responde "sí" a D16, hay un salto a D18. Si responde "no", se le pide que especifique sus temores, los cuales anota el entrevistador y entonces codifica 1 ó 5. Se codifica 1, si las preocupaciones del entrevistado se relacionan sólo con sus propios SINTOMAS o con estar EXCEDIDO DE PESO. Los SINTOMAS se refieren a los relacionados con problemas o trastornos psiquiátricos y pueden incluir nerviosismo, depresión, uso de bebidas alcohólicas, uso de drogas, crisis de angustia, insomnio, deseos suicidas, evitación de situaciones atemorizantes.
- D18 Esta pregunta indaga acerca de síntomas que han acompañado a la preocupación o a la ansiedad. Estas preguntas definen los grupos de síntomas: tensión motora, hiperactividad vegetativa, y vigilancia y escrutinio. La frase de introducción "Cuando estaba preocupado(a) o ansioso(a) se sentía además..." puede ser repetida para cada grupo de tres o cuatro síntomas con el fin de estar seguros de que el entrevistado conserve este período en su mente. Una codificación de 1 indica que el síntoma no ocurrió, o que se presentó sólo debido a una enfermedad física, drogas o alcohol. Se saltan las preguntas de inicio y última vez si se codifican con 5 menos de 4 síntomas en D18.

D19

Estas preguntas determinan la primera y última vez que el entrevistado tuvo un período de 6 meses o más de estar preocupado y ansioso con algunos de los síntomas reportados en D18 (5's codificados en 1-23).

TRASTORNOS FÓBICOS
AGORAFOBIA; FOBIA SOCIAL; FOBIA SIMPLE

PREGUNTAS D20-D50

Descripción

La sintomatología esencial del trastorno fóbico es el temor persistente e irracional de un objeto específico, actividad o situación que da como resultado un urgente deseo de evitar el objeto, la actividad o la situación temidos. El individuo reconoce que el temor es excesivo o irracional en proporción a la peligrosidad real del objeto, la actividad o la situación.

La evitación irracional de objetos, actividades o situaciones que tienen un efecto insignificante en la adaptación a las circunstancias vitales es un lugar común. Por ejemplo, muchos individuos experimentan algún temor irracional cuando no logran evitar el contacto con arañas o insectos inocuos, pero esto no tiene un efecto mayor en sus vidas. Sin embargo, cuando la conducta de evitación o el temor es origen significativo de malestar para el individuo o interfiere con su funcionamiento o su rol social está justificado un diagnóstico de Trastorno fóbico.

Las fobias están divididas en agorafobia, fobias sociales y fobias simples. El esquema de sondeo no se utiliza en esta sección.

Especificaciones pregunta por pregunta

- D20-D21 Esta pregunta inicia la sección de agorafobia. Si el entrevistado nunca ha estado temeroso o incómodo, hay un salto a D32. Si esta pregunta se contesta afirmativamente, cada situación se codifica por separado en D20A (1-5). Si D20 se codifica 5 pero D20A 1-5 se codifican negativamente, se proporciona una oportunidad de anotar su temor a una situación particular en D21. Para que pueda calificar para un 5, el ejemplo mencionado debe ajustarse a los ejemplos dados en D20A (1-5).
- D22-D23 Si las situaciones de temor tales como autos, trenes, aviones, gentío o puentes no pueden ser evitadas, es importante saber si la situación ha causado ansiedad y/o síntomas físicos. Se pregunta sobre la ocurrencia de ansiedad y/o síntomas físicos en D22. La frase de introducción se debe repetir una vez.
- D24 Se evalúa la evitación causada por las fobias.
- D25 Si hay al menos una situación agorafóbica (algún 5 en D20A (1-5) o D21), se pregunta inicio y última vez.
- D28-D29 Evalúan el deterioro relacionado con la agorafobia.
- D31 Esta pregunta se efectúa sólo si D1 se codificó con SON 2-5. El entrevistador recuerda al entrevistado los episodios de angustia que había tenido, acompañados por los síntomas que se listan en D4. El entrevistador menciona tres de estos síntomas codificados 5 o 5* en D4. El entrevistador pregunta entonces si estos episodios ocurrieron sólo cuando el entrevistado estuvo en las situaciones codificadas con 5 en D20 y D21.

- D32 Esta es la pregunta de tamizaje para fobia social. Se le pregunta al entrevistado "¿Ha tenido alguna vez un miedo intenso e irracional a:?" sobre fobias sociales individuales. La frase introductoria no necesita ser repetida para cada fobia social. La palabra irracional debe ser enfatizada.
- D33 Si el entrevistado nunca ha tenido una fobia social hay un salto de esta sección a la fobia simple (D42).
- D34 Evalúa la duración de los temores.
- D35 Se evalúa la gravedad. En esta y en las preguntas subsiguientes (D36 y D37) se instruye al entrevistador para repetir las situaciones listadas en D32 (1-6) codificadas con 5.
- D38-D41 Estas preguntas no se efectúan si D34, D35 y D36 se codificaron con 1, ejemplo, no se cumplieron los criterios de duración y gravedad.
- D36,
D38-D40 Evalúa el nivel de deterioro causado por la fobia social.
- D42 Esta pregunta inicia la sección de fobia simple. La frase introductoria: "¿Alguna vez ha tenido un temor irracional de...?" necesita ser repetida sólo cada 3 ó 4 ítems. Para calificar como 5, el ejemplo proporcionado por el entrevistado se debe ajustar a los ejemplos proporcionados en los ítems 1-10. Este ejemplo debe ser anotado en el espacio que se proporciona.
- D43 Si no hay 5's codificados en D42, el entrevistador codifica 1 y se le indica saltar a E1. Si alguno fue codificado con 5 en D42, el entrevistador continúa a D44.
- D44-D46 Después de preguntar acerca de persistencia (D44) y gravedad (D45) del (de los) temor(es), se obtiene la edad de inicio/última vez en D47; el temor específico codificado con 5 en D42 se menciona otra vez cuando se hace la pregunta de inicio/última vez.
- D48-D50 Se evalúa el nivel de deterioro debido a las fobias simples.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y DISTIMIA

PREGUNTAS E1-E44

Descripción

Los trastornos del estado de ánimo, a diferencia de otros trastornos, se organizan combinando dos segmentos primarios, los episodios depresivos y los episodios maníacos, en varias formas. Con estos segmentos, se pueden efectuar los diagnósticos de Trastorno Bipolar, Bipolar atípico o Trastorno bipolar no especificado, Depresión Mayor, Melancolía con y sin síndrome somático, Distimia y Ciclotimia.

Además se determinan diferentes subtipos de gravedad (leve, moderada, etc) de acuerdo al DSM-III-R y al ICD.

Las personas con un episodio de depresión mayor han tenido un episodio de al menos dos semanas caracterizado por sentimientos de tristeza, depresión del estado de ánimo o falta de interés junto con otros síntomas tales como disminución del apetito, dificultad para dormir, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la energía, y pensamientos de muerte. El episodio se caracteriza como Melancólico si hay despertar precoz por la mañana con una alteración más grave del estado de ánimo por la mañana e incapacidad para disfrutar del elogio, o la gratificación u otros eventos agradables. Entre los episodios, las personas con este trastorno pueden sentirse completamente normales.

La distimia requiere dos años de duración en los cuales la mayor parte del tiempo se han presentado sentimientos de depresión y algunos síntomas adicionales pero no un episodio de depresión mayor. Una depresión mayor es un episodio depresivo en personas que no tienen historia de un episodio maníaco.

Instrucciones especiales

Utilización de los reportes previos de depresión

Con frecuencia, en el momento en que se llega a la sección de depresión, un entrevistado ha mencionado ya un período de depresión. Esa mención es especialmente probable como respuesta a algunos de los ítems de la sección de somatización.

Suponga que en respuesta a una de esas preguntas, el entrevistado dijo "Sí, tuve eso durante mi depresión". El entrevistador puede empezar la sección de depresión (E1) refiriéndose a la respuesta anterior diciendo algo como: "Usted mencionó anteriormente que había tenido un período de depresión. Las siguientes son algunas preguntas acerca de esos períodos".

Sinónimos para depresión

E1 y E2 preguntan acerca de ánimo deprimido y otros sinónimos de depresión, principalmente "triste", o "desanimado". Estos sinónimos se mencionan debido a que algunas personas reconocen uno de ellos como representativos de lo que sienten, pero rechazan otros. Si el entrevistado escoge uno de los sinónimos, el entrevistador lo circula y lo utiliza cuando pregunte acerca de estado de ánimo deprimido en las preguntas posteriores. Si el entrevistado proporciona un equivalente de esos sinónimos, como por ejemplo: abatido, debilitado, etc. el entrevistador acepta el sinónimo como una respuesta de "Sí" a la pregunta, escribe el sinónimo en el margen izquierdo, y lo utiliza en lugar del sinónimo impreso en las preguntas subsiguientes. Es lo que quiere decir la palabra "EQUIVALENTE" en E34, E41 y otras preguntas.

Criterios de duración

Los entrevistadores pueden necesitar un sondeo para estar seguros de que los criterios de duración se cumplen. En E1, la duración del estado de ánimo deprimido debe ser de dos semanas o más, significando al menos 14 días continuos. No es necesario que el estado de ánimo deprimido dure de la mañana a la noche todos los días, pero debe haber ocurrido en 14 días consecutivos. Si la respuesta del entrevistado pudiera indicar menos de 14 días continuos, como por ejemplo: "sí, de vez en cuando me siento de esa forma", el entrevistador debe verificar si la respuesta del entrevistado cumple o no los criterios de duración preguntando algo como: "¿Y, usted se sintió de esa forma por un período de dos semanas o más?", enfatizando las dos semanas o más.

Una duración de dos semanas también se requiere para la mayoría de las preguntas de síntomas depresivos. Esto es necesario debido a que la mayoría de estos síntomas se presentan en la mayoría de las personas transitoriamente. Como en las preguntas del estado de ánimo, si la respuesta del entrevistado sugiere que el evento puede haber durado menos de dos semanas ("Algunas veces he tenido ese problema"), el entrevistador debe preguntar: "¿Alguna vez eso duró por un período de dos semanas o más?". El síntoma pudo estar presente durante la mayor parte del tiempo en las dos semanas, pero las interrupciones de uno o dos días no lo niegan si el tiempo total fue de dos semanas o más. Las preguntas que indagan acerca de pensamientos de suicidio e intentos de suicidio, no tienen requisitos de duración; cualquier presentación se considera significativa.

Cambio de estado

Las preguntas de síntomas en depresión se refieren a cambios en el estado del entrevistado. Si una persona siempre ha tenido el problema y es siempre de la misma intensidad, no se considera un síntoma de un episodio depresivo.

En otras preguntas la idea de cambio de estado se incorpora dentro de la pregunta. Para éstas, si el entrevistado dice que estuvo "siempre así" el entrevistador debe repetir la pregunta, enfatizando la frase que indica cambio en el estado.

Grupos de síntomas

Las preguntas que exploran los síntomas depresivos están agrupadas de acuerdo al encabezado apropiado (ejemplo: apetito, sueño) y las codificaciones 5^a están dentro de recuadros verticales. Esta agrupación es necesaria debido a que una variedad de síntomas contribuyen a un solo criterio.

Elección entre una lista de problemas

E15, E17, E26 y otras preguntas registran formas alternativas en que un síntoma puede ser expresado - ejemplo, moverse o hablar lentamente, pensamientos lentos o confusos (E26). La alternativa más popular se subraya para indicar que puede ser utilizada en la revisión de síntomas o en las pruebas del esquema de sondeo si el entrevistado simplemente responde "sí" a la pregunta sin escoger una de las alternativas. Si una alternativa diferente es elegida específicamente por el entrevistado, se debe encerrar en un círculo y se utiliza en lugar de las palabras subrayadas al referirse a este síntoma.

Frases entre corchetes

E7-E31 se utilizan dos veces: primero, para preguntar si el entrevistado ha tenido alguna vez en su vida este síntoma depresivo; y posteriormente para saber si ciertos síntomas ocurrieron durante el episodio en que se presentaron la mayoría de los síntomas. Para lo primero, se utilizan las frases que se encuentran antes y después de los corchetes y la que se encuentra dentro de ellos se omite.

Las respuestas se codifican en la columna I. Para lo segundo, la frase que está antes de los corchetes se omite; la pregunta se inicia con la frase entre corchetes y termina con la sección que se encuentra después. Las respuestas se codifican en la columna II. Si hay síntomas codificados con 5* en menos de tres recuadros en E7-E31 en la columna I, no se vuelven a utilizar estas preguntas. La indicación para utilizarlas por segunda vez se proporciona en E48.

5 con asterisco

En la sección de depresión, las preguntas que evalúan los criterios clave de depresión son designadas con un 5*. Estos son síntomas que se revisan posteriormente en la sección.

Especificaciones pregunta por pregunta

- E2 Es una posibilidad lógica que un entrevistado responda correctamente "No" a E1 y "Sí" a E2 si nunca ha tenido un periodo de 14 días consecutivos de sentirse deprimido, pero se ha sentido deprimido la mayoría de los días por algún periodo de dos años o más.
- Quando se hagan las pruebas de gravedad en el esquema de sondeo, el (SX) debe ser: ese periodo de sentirse deprimido. "Dos años" no se deben incluir en la referencia al síntoma debido a que el entrevistado puede haber visto a un médico al iniciar el periodo de dos años cuando aún no podía reportar una duración tan larga.
- E3-E6 Hay un salto en estas preguntas si E2 o E2A se reportaron como negativas.
- E8-E10 La frase "tanto como 4 ó 5 kilos en total" está entre paréntesis, pues debe ser omitida debido a que se incluye sólo cuando se discute un episodio particular de depresión.
- E11, E12
- E13 Si el entrevistado reporta un diagnóstico médico de "insomnio", el entrevistador debe preguntar "¿Cuál dijo el doctor que era la causa del insomnio?". Encierre en un círculo el síntoma específico si el entrevistado lo proporciona espontáneamente.
- E19 INSTRUCCION ESPECIAL: Si la persona espontáneamente refiere que nunca ha tenido interés en el sexo, se utiliza el código especial 6. El entrevistador no debe hacer ningún sondeo.
- E22A Esta pregunta es sólo para preguntar si "minusvalía (sentir que no vale nada) fue codificado con 5* en E22.
- E32 Los síntomas depresivos están agrupados en recuadros: Apetito (E7-E10), Sueño (E11-E14), Cansancio (E15-E16), Lentitud (E17-E18), Pérdida de interés (E19-E21), Minusvalía (E22-E24), Dificultad de pensamiento (E25-E27), Pensamientos de muerte (E28-E31). El diagnóstico de un episodio depresivo o distimia requiere al menos un síntoma codificado con 5* en tres o más recuadros. Hay un salto a F1, cuando hay menos de tres recuadros codificados con uno o más 5*'s. Se continúa con la pregunta E33 cuando hay uno o más 5*'s en tres o más recuadros verticales. Los recuadros se encuentran dibujados alrededor de los "códigos de 5*"
- E33 Si E1 o E20 se codifican con SON 5 ó 5*, hay un salto a E34. Si ninguno de los dos, E1 ó E20 se codifican SON 5 ó 5*, se pregunta E36.

E34

Esta pregunta se efectúa solo si el entrevistado reportó estado de ánimo deprimido en E1 o un período (2 semanas o más) de pérdida de interés en E20. Indaga si el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés ocurrieron juntos en el mismo período (ocurrieron en el mismo mes con otros síntomas codificados con SON "5*"). Si es así, se considera que el entrevistado ha tenido un episodio depresivo.

El paréntesis estipula "deprimido(a) o desinteresado(a)/EQUIVALENTE PERSONAL". El entrevistador puede decir "deprimido o triste" a menos que un sinónimo diferente haya sido encerrado en un círculo en E1 (ejemplo "desanimado") o que un sinónimo proporcionado espontáneamente por el entrevistado se haya escrito en el margen cercano a E1. El entrevistador debe decir "pérdida de interés en las cosas" si E20 se codificó 5*.

Cuando el entrevistador revisa los síntomas positivos, menciona "TODOS LOS 5*s" en E1-E31 lo cual significa leer la frase subrayada o la parte de la pregunta encerrada en un círculo. Se omite la frase "dos semanas o más".

E34A

PREGUNTA "DE SEGUNDA OPORTUNIDAD". Esta pregunta es para aquellas personas que han reportado un estado de ánimo deprimido ó pérdida de interés y también refirieron que tenían síntomas típicos de episodios depresivos, pero que mencionaron en E34 que el estado de ánimo deprimido y esos síntomas nunca ocurrieron al mismo tiempo. Concede al entrevistado otra oportunidad para pensar acerca de si hubo alguna vez un período en que el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés ocurrieron juntos. Si el entrevistado aún dice "No", hay un salto a la sección siguiente (f1). Si es "Sí", las preguntas continúan. El entrevistador no debe regresar hacia atrás y cambiar E34 a "Sí".

E36

E36 se pregunta sólo al entrevistado que negó un estado de ánimo deprimido en E1 y negó un período de pérdida de interés en E20, pero tuvo síntomas codificados con 5* en 3 o más recuadros. Estos entrevistados son los seleccionados por la indicación de salto en E33. Esta pregunta concede a los entrevistados una segunda oportunidad para reportar estado de ánimo deprimido, aunque lo hayan negado en E1. Si aún lo niegan, hay un salto hacia la siguiente sección.

Al repetir la frase subrayada o encerrada en un círculo para cada síntoma codificado con PRB 5* en E7-E31, se recuerda al entrevistado que ha reportado varios síntomas. Se le pregunta entonces si varios de esos problemas ocurrieron juntos, esto es, en el mismo mes.

Si la respuesta es "No", el entrevistador salta a la siguiente sección, concluyendo que no hubo episodio depresivo. Si la respuesta es "Sí", se pregunta E36A. Esta pregunta concede al entrevistado una segunda oportunidad para recordar sentimientos de depresión durante un episodio típico de depresión. Si permanece la respuesta "NO" el entrevistador salta a la siguiente sección.

E38

Si el entrevistado menciona la duración de un único síntoma (ejemplo: no pude dormir por 16 meses), quiere decir que no comprendió la intención de la pregunta. Entonces debe ser repetida, enfatizando los sentimientos de tristeza y el haber tenido varios problemas. Cerca de dos semanas no se puede asumir como un período completo de 14 días. Es fundamental el saber si el período duró al menos dos semanas completas. Si la respuesta que se da es en meses o años debe ser convertida a semanas.

ENT: Si los entrevistados no cumplieron con el criterio de 2 semanas para los episodios de depresión salte a la sección siguiente. Se pregunta E39 INI/REC si la duración es de más de 104 semanas. Si es de 24 a 104 semanas salte a E40.

- E40 Se efectúa esta pregunta sólo si E38 = 24 o más semanas y D15 = 5. Si el entrevistado ha experimentado un período de 6 meses o más de ansiedad y preocupación, que se preguntó en la sección de ansiedad generalizada, E40 determina si ese período de preocupación ocurrió sólo durante un período depresivo. Si sucedió así, el entrevistado no califica para un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.
- E41 El entrevistado puede no estar seguro de si ha tenido episodios separados o un episodio prolongado con períodos de mejoría temporal. Si el entrevistado no está seguro de cómo contabilizar los episodios, indíquele que cuente los episodios como separados si el intervalo de recuperación sin síntomas duró 2 meses o más.
- E42,E43 Estas son las pruebas familiares para evaluar el significado clínico del esquema de sondeo, excepto que se refieren a un episodio, no a un síntoma. La selección de "ese episodio" o de "cualquiera de esos episodios" depende de si el número codificado en E41 es 01 ("ese episodio") o más de uno ("cualquiera de esos episodios").
- E44,A,B Estas preguntas distinguen un episodio depresivo de una reacción normal al duelo. Pregunta si el episodio o los episodios se iniciaron justamente después de la muerte de alguien cercano.
- Una codificación de 1 se utiliza también si el entrevistado espontáneamente dice que la depresión comenzó más de dos meses después de la muerte--demasiado posterior como para considerar que la causa fue la muerte.
- Si un episodio ocurrió justo después de que alguien murió, se pregunta E44A para saber si el entrevistado tuvo alguna vez episodios de depresión que no fueron debidos a la muerte de alguien. Si el episodio del entrevistado ocurrió sólo después de una muerte, el entrevistador salta a E45.
- El entrevistador pregunta E44B sólo si el entrevistado ha tenido un episodio en el año anterior (lo que se determina revisando la codificación de última vez en E35 y E37).
- E45 El entrevistador salta a E47 si se registró más de un episodio en E41. Si sólo se registró un episodio en E41 el entrevistador salta a E46.
- E46 Si el episodio codificado en E38 fue menor de 52 semanas, el entrevistador pasa a E48. Si fue de más de 52 semanas, el entrevistador continúa con E47.
- E47 A los entrevistados que han tenido más de un episodio o un episodio que duró más de un año se les pide que escojan el episodio con mayor número de síntomas. Al identificar el episodio con el mayor número de síntomas se asegura el que no falte alguno que haya cumplido alguna vez los criterios para un episodio. El episodio con mayores problemas no es necesariamente el episodio en el cual el entrevistado sintió la depresión más grave o que causó el mayor deterioro.
- Si el entrevistado no puede recordar en qué episodio hubo el mayor número de problemas, el entrevistador le puede pedir que escoja uno de los peores episodios. La edad en la cual ocurrió el episodio seleccionado se anota para permitir al entrevistador el que pueda referirse a él y ayudar al entrevistado a tener en mente este episodio particular cuando responda.

E48 Esta pregunta indica al entrevistador regresar a los síntomas de depresión codificados con 5* en E7-E31.

Quando lea la pregunta, el entrevistador elimina la frase anterior a las palabras que se encuentran entre corchetes, e inicia con las palabras entre corchetes. Si E7 se ha codificado con 5* en la Columna I, el entrevistador puede decir, "Por ejemplo, ¿durante ese episodio cuando tenía usted _____ años, perdió el apetito?"

Todas estas preguntas se responden simplemente con "Sí" o "No" y se califica con un 1 ó un 5 en la columna II. Cuando la entrevista termine, pasa a las instrucciones que preceden a E49.

Si se saltó E47 debido a que E45 y E46 se codifican con 1, el entrevistador no tiene que referirse a la edad del entrevistado ya que ha tenido sólo un episodio.

E49 Esta pregunta es para saber si el entrevistado tuvo más de un episodio (E41 = 02 o más).

EPISODIO MANÍACO

PREGUNTAS F1-F25

Descripción

El trastorno bipolar en ambos sistemas diagnósticos requiere el haber tenido un episodio maníaco. La sintomatología esencial de un episodio maníaco es un período diferente en el cual el estado de ánimo predominante es alegre, elevado, expansivo o irritable, y cuando hay síntomas asociados de aumento de la actividad, despilfarro de dinero, aumento de interés en el sexo, lenguaje rápido y abundante, cambiando tan rápidamente de una idea a otra cuando se habla que para el que escucha resulta difícil establecer conexiones, aumento de la autoestima, disminución de la necesidad para dormir y distraibilidad. Entre los episodios maníacos, la persona puede estar completamente normal o puede tener períodos de depresión. También es posible tener estado de ánimo deprimido a intervalos durante un episodio maníaco.

El estado de ánimo elevado puede ser descrito como eufórico, excepcionalmente bueno, animoso, o alto; se reconoce como excesivo e inapropiado por aquellos que conocen bien al individuo.

Aunque el estado de ánimo elevado se considera prototípico, la alteración predominante del estado de ánimo puede ser también la irritabilidad.

Instrucciones especiales

La Sección de Manía tiene un formato muy similar al de la Sección de Depresión; preguntamos en él acerca de a) estado de ánimo, b) variedad de los síntomas, c) si el estado de ánimo y los síntomas alguna vez ocurrieron juntos y, si fue así por cuánto tiempo y con qué frecuencia.

Criterios de duración

El ICD-10 requiere un episodio hipomaníaco que haya tenido una duración mínima de 2 días. En el DSM-III-R la duración no se especifica, pero debido a que el estado de ánimo exaltado es un suceso normal cuando es de corta duración, el CID1 utiliza el criterio de 2 días para ambos sistemas diagnósticos.

Cambio de estado

Como los síntomas depresivos, los síntomas maníacos deben representar un cambio de estado. Si el entrevistado dice "Yo siempre he sido muy activo", o "Yo nunca he necesitado dormir mucho", o "Yo siempre hablo muy rápido", el entrevistador necesita preguntar si hubo alguna vez un período de una semana o más en que ocurrió esto más que lo habitual para él. Algunas veces este concepto de cambio se encuentra incluido en la pregunta, como en F3, "cuando usted estaba más activo que lo usual...". Para esta pregunta, si el entrevistador piensa que el entrevistado no comprendió el concepto de cambio, la pregunta debe repetirse con énfasis en "más activo que lo usual". Si un entrevistado responde en F7 "Siempre he conversado muy rápido", el entrevistador debe preguntar "¿Ha tenido un período de una semana o más en que usted habló aún más rápido que lo usual para usted, y la gente decía que no podía entenderle?"

Sinónimos de manía

Como en la Sección de Depresión, el entrevistado puede elegir entre varios sinónimos para un estado maníaco que se le proporcionan en F1 o dar espontáneamente un sinónimo diferente. Como se hizo anteriormente, el entrevistador encierra en un círculo el sinónimo que se escogió o anota el que se proporcionó espontáneamente en el margen izquierdo cercano a F1, y lo utiliza en las preguntas subsecuentes.

Patrón de sondeo

El patrón de sondeo es (1 3 5) en la Sección de Manía, excepto para F3, F9 y F12. La razón por la que se encuentra la opción 3 es que algunas drogas pueden producir ideas grandiosas o temporalmente producen extraordinarios niveles de energía.

La línea que se encuentra debajo de cada síntoma en la cual se deben anotar las causas es una línea para MED/DROGA/ALC, excepto para F3 y F12, las opciones de codificación no incluyen 2 ó 4. Por lo tanto, cuando el entrevistador utilice el esquema de sondeo no necesita preguntar si consultó a un doctor acerca del síntoma. En su lugar, el esquema de sondeo dirige al entrevistador hacia el recuadro C, donde debe preguntar "¿Fue el (SX) alguna vez el resultado de tomar medicación, drogas o alcohol?" Si se obtiene un SON 3, el entrevistador anota la clase de medicación, droga o alcohol responsable en la línea MED/DROGA/ALC. La razón para la opción de codificación 4 en F3 y F12 es que esos SX's pueden ser explicados por enfermedad física, por ejemplo, hipertiroidismo. En F3 y F12, una respuesta positiva requiere que se pregunten las pruebas de doctor y se anoten las causas en la línea MD u otros.

En F15, F15A, F16, F18, F19, F24 y F25, el entrevistador necesitará elegir ya sea el estado de ánimo elevado o excitado ó el irritable, dependiendo de si se respondió con un "SI" a las preguntas F1 ó F21.

Especificaciones pregunta por pregunta

F1-F12A "período" significa al menos dos días.

F1 El cuerpo de la pregunta proporciona los sinónimos "alegre, excitado, eufórico, maníaco". Si el entrevistado elige una de estas palabras para describir un período en que se sintió con un estado de ánimo elevado, entonces el entrevistador debe encerrar en un círculo esa palabra. Estas palabras deben ser utilizadas en las preguntas posteriores de esta sección. Si el entrevistado utiliza un sinónimo para esas palabras (ejemplo: "en la cima del mundo") deben ser anotadas en el margen izquierdo para utilizarlas cuando se sustituya "EQUIVALENTE PERSONAL".

F2 Pregunta por el estado de ánimo alternativo en la manía. La irritabilidad se define en la pregunta.

F3-F12 El formato para estas preguntas es como para E7-E31 en depresión. El entrevistador omite la frase en corchetes [] la primera vez. Después de sondear, los resultados se anotan en la columna 1.

F3 Si el entrevistado reporta más actividad que la habitual pero dice que no se preocuparon ni él ni los demás, el entrevistador codifica SON 1.

F4 Debido a que una pregunta similar ha sido ya efectuada en E18, se indica al entrevistador codificar SON 5 para F4 sin preguntar si E18 se codificó con SON 5.

F5 El entrevistador debe tener la certeza de que el entrevistado presta atención a la pregunta completa. Por ejemplo, algunos entrevistados cuando se les pregunta si han despilfarrado dinero pueden reportar el haber comprado ropa nueva porque recibieron un importante aumento de sueldo. El entrevistador debe releer la pregunta, enfatizando "gastó tanto dinero que causó problemas económicos a Ud. o a su familia".

F7 Ver "Cambio de estado" para saber cómo manejar la respuesta "Yo siempre hablo rápido".

F9

Los entrevistados frecuentemente no comprenden la intención de esta pregunta, que inquiriere acerca de grandiosidad. Para saber si un entrevistado que proporciona una respuesta positiva está hablando acerca de una verdadera idea de grandiosidad de sus dotes o poderes, el entrevistador debe pedir un ejemplo antes de sondear.

Si el ejemplo parece tratar de una capacidad real, se codifica un SON 1. Si el ejemplo no parece plausible, el entrevistador debe anotar el ejemplo y empezar a sondear. Si el entrevistador no ha escuchado lo suficiente como para formarse un juicio, debe hacer un sondeo no directivo tal como, "¿Podría decirme más acerca de eso?"

Las respuestas comunes que pueden ser codificadas con SON 1 son "Supongo que todas las personas se consideran algo especial", "Tengo talento para el arte", "hago mi trabajo mejor que cualquiera de mis compañeros". Estos se codifican con SON 1 puesto que la persona puede ser realmente talentosa o tener una alta autoestima aunque no patológicamente elevada. Los ejemplos de dotes o poderes especiales que se consideran positivos incluyen el ser capaz de hablar con Dios o de ordenar que los eventos ocurran, o la convicción de que los líderes del estado siguen sus indicaciones.

Las creencias que causan problemas de codificación son ideas religiosas extrañas, creencia en la astrología y creencia en los fenómenos parapsicológicos tales como predecir el futuro, leer la mente de las personas o doblar cucharas. Esas respuestas requieren el juicio del entrevistador. Si el entrevistado cree que los poderes que tiene pueden ser enseñados a los demás o adquiridos por cualquiera que comparta sus creencias, se codifican SON 6 (no grandiosos) aún si el entrevistador no cree que el entrevistado tiene estos poderes.

Si el entrevistado por otra parte, cree que ha sido el único seleccionado de todos los seres humanos para poseer un poder especial, entonces se codifica SON 5. Una pregunta que puede ayudar a establecer la diferencia es "¿También otras personas pueden aprender lo que usted hace?". Si aún hay duda el entrevistador debe estar seguro de que el ejemplo anotado es claro y utilizar las propias palabras del entrevistado, debe codificar de acuerdo a su mejor juicio, y anotar un signo de interrogación en el margen izquierdo.

- F10 El entrevistador no debe hacer esta pregunta; sino que debe ser codificada con información que ya se ha proporcionado.
- F13 Se le indica al entrevistador contar el número de SON 5's codificados en F3-F12. Si no se encierra en un círculo más de un SON 5, el entrevistador salta el resto de la sección de manía. Cuando se han codificado más de dos SON 5's, el entrevistador pasa a F14.
- F14 Se indica al entrevistador revisar si F1 o F2 se codificaron con 5. Si se codifica como "Sí", el entrevistador continúa a F15. Si se codifica "No" el entrevistador salta a F17.
- F15 Cuando lea esta pregunta, el entrevistador menciona síntomas codificados SON 5 en F3-F12 leyendo las frases subrayadas.
- F15A Si el entrevistado dice "No" a F15, la pregunta "A" proporciona una segunda oportunidad de pensar si los síntomas mencionados alguna vez ocurrieron junto con estado de ánimo maniaco. Si no fue así, el entrevistador salta la sección de Manía. Si ocurrieron juntos, se pregunta F16.
- F16 Note el salto a F19.

- F17, A** Estas preguntas se efectúan a los entrevistados con dos o más síntomas positivos que negaron un estado de ánimo elevado en F1 o irritable en F2. En F17 preguntamos si los síntomas alguna vez ocurrieron juntos. Si no, el entrevistador salta de la sección. Si ocurrieron juntos, preguntamos si el entrevistado se sintió irritable durante el mismo período. Si el entrevistado dice "No", el entrevistador salta de la sección. Si es "Sí", se pregunta F18.
- F22** Aquí se efectúan las preguntas de sondeo estándar que son habituales en el esquema. Están registradas aquí debido a que se refieren a un episodio maníaco, no a un único síntoma.
- F24** Se pregunta al entrevistado la edad en la cual ocurrió el episodio con el mayor número de síntomas maníacos. Si sólo se mencionó un episodio en F20, se salta esta pregunta. El propósito de esta pregunta es identificar el episodio que califica con más probabilidad para el diagnóstico. La edad se pregunta para facilitar la referencia a ese episodio entre varios. El sondeo "entonces escoja un episodio intenso" se utiliza si el entrevistado ha tenido varios episodios y tiene problemas para escoger uno con el mayor número de síntomas.
- F25** El entrevistador pregunta cuáles síntomas estaban presentes durante el período en que el entrevistado tenía un estado de ánimo maníaco además del mayor número de síntomas maníacos (episodio identificado en F24). Estos se codifican en la columna II en F3-F12. Como en la Sección de Depresión, el entrevistador pregunta sólo acerca de síntomas codificados con SON 5 en la columna I.
La frase "(cuando usted tenía ____ años)" se pregunta sólo si el entrevistado ha tenido más de un episodio.

TRASTORNOS ESQUIZOFRENICO Y ESQUIZOFRENIFORME

PREGUNTAS G1-G38

Descripción

Los trastornos psicóticos requieren la evaluación de la presencia de ciertos síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones), la valoración de su duración así como la determinación de sus relaciones con los síndromes del estado de ánimo.

Instrucciones especiales

Las alucinaciones y los delirios que se incluyen en la sección de Esquizofrenia pueden ser el resultado de fiebre elevada, el uso de drogas, o depresión. Además, puede ser difícil diferenciar las verdaderas alucinaciones y delirios de algunas creencias religiosas o culturales.

Los delirios son creencias fijas falsas. Se encuentran incluidos en las preguntas G1-G13. Para que pueda ser posible que un supervisor evalúe los delirios, se le pide al entrevistador que anote los ejemplos.

Las alucinaciones son falsas experiencias sensoriales: ver, oír, oler, o sentir algo que no está allí. Están incluidas en las preguntas G15-G21. También se le pide al entrevistador que anote los ejemplos

Al sondear y revisar los síntomas en esta sección, el entrevistador debe utilizar las palabras subrayadas en las preguntas para definir los síntomas, no el ejemplo específico proporcionado por el entrevistado.

EJEMPLO: G1 E: ¿Alguna vez ha creído que lo(la) estaban espiando?

R: Mi vecino me estaba espiando.

[ANOTE EJEMPLO]

E: ¿Consultó a un doctor porque creía que lo estaban espiando?

El no seguir esta regla puede ocasionar que se pase por alto el hecho de que el entrevistado reportó al doctor delirios de este tipo aún cuando este delirio en particular no se reportara.

Un código especial de 6 se adiciona a las opciones de codificación típicas [1 2 3 4 5] en G1-G4, G8, G11.

Aunque cada una de estas creencias puede ser un delirio, también se da el caso de que algunas personas realmente sean espiadas, seguidas, y víctimas de una conspiración. Si el entrevistador piensa que es probable que el entrevistado realmente fue tratado en esa forma, se debe codificar 6, en lugar de 5. Una codificación de 6 significa que el entrevistador considera que esta creencia, que podría ser un delirio para la mayoría de las personas, no fue un delirio en este caso en particular, por ejemplo, cuando la historia del entrevistado es plausible. No obstante, se codifica un 6 sólo si el síntoma cumple con los criterios para un 5... por ejemplo, es clínicamente significativo y no se encuentra explicado enteramente por enfermedad, o medicación, drogas o alcohol.

EJEMPLO: Q2 E: ¿Hubo alguna ocasión en la cuál Ud. creyó que lo(la) estaban persiguiendo?

R: Sí

E: ¿Cómo sabía que la estaban persiguiendo?

R: Mi esposo hacía que me sigieran. El había pedido el divorcio, y yo veía un automóvil amarillo estacionado frente a la casa, y dos veces vi el auto estacionado muy cerca de mí cuando fui de compras.

[ANOTE EJEMPLO]

E: ¿Consultó a un doctor porque creía que la estaban persiguiendo?

R: No

E: ¿Consultó a algún otro profesional porque creía que la estaban persiguiendo?

R: Sí, se lo dije a mi consejero matrimonial

E: El creer que la estaban persiguiendo ¿fue alguna vez el resultado de alguna enfermedad física o una lesión?

R: Claro que no.

E: El creer que la estaban persiguiendo ¿fue alguna vez el resultado de tomar medicación, drogas o alcohol?

R: Estuve sobria en todas las ocasiones.

E: CODIFIQUE 6, DEBIDO A QUE EL EJEMPLO ES PLAUSIBLE.

Excepto para GB y G11, no hay opción 6 para G5-G13 debido a que estos eventos realmente no pueden ocurrir. Los enunciados en estas preguntas tienen un significado literal, sin embargo, frecuentemente se usan en forma metafórica en la conversación. Si bien al referirse en forma literal al hecho de que otros no pueden controlar los movimientos de una persona o sus pensamientos contra su voluntad (GB) en el sentido de hacerlo moverse o pensar como ellos quieren u obligarlo a que lo haga utilizando fuerzas mágicas o sobrenaturales, un entrevistado puede interpretar la pregunta metafóricamente y decir "Sí, mi esposo es dominante y me obliga a que haga todo lo que quiere". Probablemente se refiere a una persuasión forzada por parte del esposo, lo cual no es la intención de la pregunta. Cuando la respuesta no corresponde a la intención de la pregunta, no es necesario sondear.

Si el ejemplo proporcionado no indica claramente si un entrevistado está tomando la pregunta literalmente, el entrevistador debe pedir ejemplos adicionales o explicaciones: "¿Cómo es que su esposo la obliga a que haga lo que él quiere?" Si la respuesta es "ridiculizándome o no dándome dinero", se codifica SON 1 después de anotar el ejemplo y la respuesta al sondeo.

G32 se pregunta a las personas que han tenido depresión, manía, o ambos. El entrevistador debe recordar que la manía puede ser con estado de ánimo eufórico ó irritable. Si el entrevistado ha tenido tanto un estado de ánimo deprimido como maníaco, ambos deben ser mencionados. Por ejemplo, la respuesta "Sí, yo tuve una visión antes de estar deprimido" no es una respuesta satisfactoria si también hubo un período de manía. La alucinación o el delirio debe preceder a los dos estados de ánimo para ser un "Sí". Puede haber confusión si el entrevistado cambia el orden de los síntomas en su respuesta: "Bueno, mi depresión ocurrió antes de que tuviera alguna visión". Para estar seguros el entrevistador debe saber que ocurrió primero y debe escribir las palabras exactas del entrevistado en el margen izquierdo. El entrevistador debe notar que la pregunta quiere decir, "¿La alucinación o el delirio sucedió primero?". En el ejemplo proporcionado, el entrevistador ya ha tenido la respuesta: "No".

Especificaciones pregunta por pregunta

- G1-G8 Si el entrevistado responde "Sí", pregunte la parte A y anote el ejemplo antes de sondear.
- G5-G12 Los entrevistados pueden responder "Sí" a estas preguntas pero proporcionan ejemplos que muestran que no tomaron la pregunta en forma literal. Queremos que el significado sea literal. Un uso metafórico de "Leer la mente", "oír lo que otra persona piensa", "otros pueden oír sus pensamientos", "otros ponían pensamientos extraños en su mente", "sentirse bajo el control de una persona, poder o fuerza", "otros podían sacarle o robarle los pensamientos de su mente", o "podían enviarle mensajes especiales", deben codificarse con SON 1 (ver posteriormente en instrucciones especiales).
- G5A Se le pide al entrevistado un ejemplo sólo si su respuesta indica que sintió que sabían lo que él pensaba, no sólo porque adivinaban por los gestos de su cara o por conocerle por mucho tiempo.
- G8 Las quejas metafóricas acerca del control de los padres o del (de la) esposo(a) son habituales aquí. Por ejemplo, las siguientes son respuestas típicas: "Mi esposo es dominante y controla mis pensamientos" o "nunca voto sin preguntar a mi esposa por quién debo votar". No nos interesa esta clase de influencia, sino que el pensamiento de uno esté literalmente controlado contra la propia voluntad, por algo mágico o sobrenatural. Las respuestas metafóricas deben ser anotadas, y codificadas con SON 1.
- G13 El entrevistador debe anotar aquí cualquier delirio referido espontáneamente que no se incluya en las preguntas G1-G12. Después de anotar el delirio, el entrevistador debe sondear y codificar según sea el caso. El entrevistador debe codificar SON 1 si no se mencionan delirios espontáneamente.
- G15-G21 Esta serie de preguntas van dirigidas a las alucinaciones, que son falsas experiencias sensoriales. En contraste, la ilusión es una percepción equivocada de algo que sí ocurrió, tal como pensar que el ruido del tubo de escape de un auto es un tiro. Las ilusiones no se toman en consideración en estas preguntas. Las preguntas "A" requieren ejemplos cuando G15-G21 se responden con "Sí". El sondeo se hace sólo si el ejemplo es idóneo a la intención de la pregunta. De otra forma, el entrevistador codifica SON 1. Cuando se haga el sondeo, el entrevistador debe recordar el referirse al síntoma general (ejemplo, oír cosas que otras personas no pueden oír), y no el ejemplo específico que se proporcionó.
- G15 El entrevistador debe enfatizar "cuando estaba completamente despierto", pues las personas normales algunas veces tienen la experiencia de caer en un estado entre los sueños y las visiones justamente entre la vigilia y el sueño. Estos fenómenos normales se codifican con SON 1.

- G16 El entrevistador no debe considerar como "sí" el tener un sentido auditivo sumamente agudo. Una alucinación requiere oír algo cuando realmente no hay ningún sonido. Se mencionan "las voces" debido a que son las alucinaciones auditivas más comunes. También se puede considerar el oír música o cualquier otro ruido.
- G17 A, F Estas preguntas se van a plantear después de cualquier "Sí" (CODIFICACION SON 2-5) en respuesta a G16. No se debe preguntar G17 si el entrevistado menciona espontáneamente que ha oído voces al responder a G16. En tal caso, el entrevistador salta a G17A.
- G20 El entrevistador no debe considerar como "Sí" el que se informe de un sentido del olfato sumamente agudo. Esta respuesta se codifica con SON 1. Para que haya alucinación del olfato el olor no debe estar realmente presente.
- G21 El movimiento de un feto durante el embarazo no cuenta como "Sí".
- G23 El entrevistador revisa G1-G13 y G15-G21. Si se ha codificado algún SON 5, se pregunta G24. Si no hay ningún SON 5, el entrevistador salta a la siguiente sección, a la pregunta H1.
- G24 El entrevistador revisa los síntomas codificados SON 5 en G1-G21 y pregunta por la primera y la última vez que ocurrió el síntoma.
- G25 En G25 el entrevistador pregunta si han tenido creencias o experiencias por un período de seis meses o más.
- G27 Si el entrevistado ha experimentado un período de 6 meses o más de ansiedad y preocupación, como quedó determinado en la pregunta D15 en el trastorno por ansiedad generalizada, esta pregunta especifica si ese período ocurrió únicamente durante el período de delirios o alucinaciones.
- G31 Si el entrevistado alguna vez ha estado deprimido (E34, E34A, E36A) o maniaco (F15, F15A, o F17A), el entrevistador codifica en forma correspondiente: CODIFICACION 2 para depresión, CODIFICACION 3 para manía, y CODIFICACION 4 si han ocurrido tanto depresión como manía. Si SE CODIFICA 1, (sin manía y sin depresión) el entrevistador salta a G37.
- G32 Esta pregunta determina si los delirios o las alucinaciones ocurrieron al mismo tiempo, antes o después, del primer episodio de depresión o manía del entrevistado. El entrevistador selecciona la palabra apropiada en el paréntesis dependiendo de si el entrevistado estuvo deprimido y/o maniaco y de si el estado de ánimo maniaco era elevado o irritable.
- G32, 35, 36 Estas son preguntas clave, utilizadas para calificar ocho diagnósticos.
- G37, G38 Se indica al entrevistador revisar la edad más temprana de inicio de los delirios o de las alucinaciones codificadas con SON 5 en G24.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A. ANOREXIA NERVOSA

PREGUNTAS H1 - H16

Descripción

Este trastorno está caracterizado por una importante alteración en la conducta alimentaria. La sintomatología esencial incluye rechazo a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso no obstante una obvia desnutrición, alteración en la imagen corporal, y en las mujeres, amenorrea. Los esfuerzos para perder peso incluyen no sólo reducción en la ingesta de comida, sino también ejercicio intenso y prolongado, vómito autoinducido y el uso de laxantes o diuréticos.

Especificaciones pregunta por pregunta

H1 Esta pregunta indaga acerca de la autoimagen como una persona obesa, así como por la preocupación por la comida y el peso, sin tomar en consideración el peso real.

Note que el (SX) es "preocupación por comer mucho, subir mucho de peso o estarse poniendo muy gordo/a "Si un entrevistado responde "Sí", la siguiente pregunta es: "¿Consultó a un doctor acerca del (SX)?" insertando la frase subrayada.

H2/H3 H2 pregunta acerca de cualquier pérdida de peso importante, intencional o no. Si el entrevistado dice "No", codifique SON 1, y salte a H4. Si es "Sí", comience a sondear H3. La instrucción en H3 registra drogas, conductas, y problemas que requieren una codificación SON 5.

Otras drogas o medicamentos utilizadas intencionalmente para ocasionar pérdida de peso (y que requieren codificación SON 5) pueden incluir eméticos (que causan vómito), anfetaminas, y diuréticos. Se aplica una codificación SON 3 a la pérdida de peso debida al uso de otras drogas o por beber en exceso.

H5 Anote el peso sin decimales en kilogramos y en el espacio que se proporciona. Encierre las fracciones en un círculo.

H5A Los pesos que se registran se han seleccionado de modo que no importe la talla de un hombre o una mujer para ese peso; deben encontrarse no más allá del 15 % bajo el peso ideal.

H5B Anote la talla en centímetros en el lugar que se proporciona.

H6 Cuando se pregunte inicio y última vez, el entrevistador debe utilizar la frase "otras personas pensaban que usted estaba muy delgado" sólo si H4 se codificó con 5.

H9 Es importante enfatizar que los períodos menstruales faltantes ocurrieron "alrededor del tiempo en que estaba perdiendo peso".

B: BULIMIA

PREGUNTAS H10-H16

Descripción

La bulimia es un trastorno caracterizado por crisis recurrentes de voracidad. A pesar de la gran cantidad de comida ingerida durante un corto período se mantiene un peso normal o un peso debajo del ideal por medio del uso de laxantes, diuréticos, forzando el vómito, el ayuno o una dieta extremadamente estricta entre las crisis. La persona afectada se siente culpable por la ingesta excesiva pero se siente incapaz de controlarla.

Especificaciones pregunta por pregunta

- H10** Si la respuesta a esta pregunta es negativa o el entrevistado no ha tenido varios episodios de crisis de ingesta, no se cumplen los criterios para bulimia. El entrevistador salta a la siguiente sección (11). Note que las crisis ocurren en pocas horas, no en días.
- H11** Si sólo se menciona un período, hay un salto para el resto de la sección.
- H13** Esta pregunta puede ser positiva si el entrevistado se ha asustado por la posibilidad de no ser capaz de detener una crisis de ingesta, pero realmente nunca ha experimentado el no ser capaz de detenerse.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

PREGUNTAS K1-K23

Descripción

Las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan por lo menos inicialmente como intrusas y sin sentido o repugnantes. Los intentos para ignorarlas o suprimirlas no tienen éxito.

Las compulsiones son conductas repetitivas finalistas e intencionales que se realizan de acuerdo a ciertas reglas o en forma estereotipada. La actividad no se halla realmente conectada de forma realista con lo que se pretende neutralizar o prevenir, o por lo menos es claramente excesiva. La actividad se realiza con una sensación de compulsión subjetiva que, al mismo tiempo, se asocia a un deseo de resistir la compulsión (por lo menos, inicialmente). El individuo generalmente reconoce que la conducta es sin sentido y no obtiene ningún placer en llevar a cabo tal actividad.

Instrucciones especiales

K1-K13 tratan de las obsesiones; K14-K23 tratan de las compulsiones.

El entrevistador debe enfatizar las siguientes características clave al leer las preguntas:

persistente o recurrente/ desagradable, irracional/ irresistible

Algunas preguntas en esta sección son largas. Se deben leer lentamente y dividir las frases más cortas, si es necesario.

K1 y K6 indagan sobre pensamientos desagradables y persistentes. Aunque se registran ejemplos, el entrevistador debe aceptar cualquier pensamiento desagradable y persistente referido por el entrevistado. Si el entrevistado niega haber tenido los pensamientos proporcionados como ejemplos, su atención debe ser dirigida de nuevo a la pregunta general. Por ejemplo, si en respuesta a K1, el entrevistado dice, "Yo nunca mataría a nadie", el entrevistador debe preguntar al entrevistado si ha tenido "algún otro pensamiento desagradable y persistente".

Especificaciones pregunta por pregunta

K1 Se debe enfatizar "no era lógico". Se toma en consideración cualquier pensamiento irracional, no únicamente los ejemplos registrados en K1. Si ocurrió una sola vez no es un pensamiento persistente; en ese caso, codifique SON 1.

K3 Un ejemplo es útil para evaluar si los pensamientos o las ideas califican como obsesiones.

Para cumplir los criterios, el contenido de la obsesión o de la compulsión no debe estar relacionado con otro diagnóstico psiquiátrico. Si el ejemplo del entrevistado es una idea o un pensamiento que sólo incluye la comida como en un trastorno de la conducta alimentaria, drogas en un trastorno por uso de sustancias, o pensamientos de culpa en una depresión mayor, el entrevistador debe codificar de acuerdo a ello.

K6 Se pregunta sólo para proporcionar al entrevistado una segunda oportunidad para reportar una obsesión, si respondió que "No" en K1 o si K2 se codifica con 1. Las palabras "desagradable" y "persistente" deben ser enfatizadas en la última frase.

K8 Un ejemplo es útil para evaluar si los pensamientos o las ideas califican como obsesiones.

K14

K16 En estas preguntas, el entrevistador pide un ejemplo si se codifica SOM 5.

K14 Se debe enfatizar "Una y otra vez, aunque saben que en realidad es una tontería". Una respuesta como "Bien, siempre reviso la estufa para estar segura de que está cerrada antes de ir a trabajar" no es suficiente. Una respuesta como esa quiere decir que el entrevistado no comprendió la pregunta. El entrevistador debe repetir la última oración, "¿Alguna vez ha tenido que hacer algo así una y otra vez?"

"Una y otra vez" quiere decir en forma repetida durante un lapso corto.

K15 Se debe enfatizar "empezar todo de nuevo".

K16 Se debe enfatizar "sin poder evitarlo".

K17 Se indica al entrevistador saltar el resto de las preguntas en la sección si K14, K15 ó K16 no fueron codificados con 5.

SÍNDROME ORGÁNICO CEREBRAL

PREGUNTAS M1-M22

Descripción

El CIDI permite el tamizaje para la presencia de deterioro cognitivo, pero no proporciona el diagnóstico de "un trastorno mental orgánico", para el cual la causa del síndrome se debe presumir o conocer. Este deterioro se evalúa por el examen del estado mental (Mini-Mental State Examination).

Instrucciones especiales

Las preguntas en esta sección difieren de otras preguntas debido a que solicitan al entrevistado el que realice ciertas tareas. El entrevistador califica la respuesta como correcta o como error. Si el entrevistador no puede determinar si la respuesta es correcta, se debe anotar en el margen izquierdo, para que el supervisor pueda tomar una decisión más tarde. Una respuesta de "No sé" o el rehusar responder a cualquiera de las preguntas se califica como un error, excepto en M12 y M13.

Si un entrevistado no puede realizar una tarea debido a un impedimento físico se debe anotar en el margen izquierdo explicando el problema del entrevistado, y la respuesta se deja en blanco.

Especificaciones pregunta por pregunta

M3 Debido a que en algunas áreas geográficas la definición y el número de estaciones varían, se deben hacer las modificaciones correspondientes. Se puede pedir a la OMS información adicional. El siguiente esquema para el hemisferio norte permite considerar dos estaciones como correctas para las entrevistas que se lleven a cabo durante 4 meses contiguos:

| <u>Estación</u> | <u>Mes de la entrevista</u> |
|-----------------|---|
| Invierno | Diciembre, Enero, Febrero, Marzo |
| Primavera | Marzo, Abril, Mayo, Junio |
| Verano | Junio, Julio, Agosto, Septiembre |
| Otoño | Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre |

M4-6 Los entrevistados frecuentemente proporcionan el mes y el día del mes en la misma respuesta. Si ocurre así, el entrevistador llena el espacio de M6 sin preguntar.

M11 El entrevistador debe estar seguro de que el entrevistado esté atento al iniciar la pregunta. Se debe leer lentamente. EL ENTREVISTADOR NO DEBE REPETIR LAS PALABRAS HASTA DESPUES DEL PRIMER INTENTO. Si el entrevistado solicita al entrevistador que repita las palabras, la respuesta debe ser, "Lo haré, pero primero trate de decirme las palabras que mencioné".

Si el entrevistado cambia el orden esto no afecta que se califique como correcto.

1. Folstein, MF, Folstein, SE, McHugh PR, "Mini-Mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatric Research 12:189-198, 1975

INSTRUCCION ESPECIAL. Si el entrevistado no repite las palabras correctamente en el primer intento (lo cual se calificó), el entrevistador repite las palabras y solicita que intente otra vez. Si después de 5 intentos, el entrevistado aún no puede repetir las tres palabras, el entrevistador pasa a la siguiente pregunta. Los intentos posteriores al primero no se califican. El propósito de permitir 5 intentos es el tratar de memorizar con el fin de que la memoria a corto plazo pueda ser evaluada en la entrevista posteriormente.

- M12 Si el entrevistado no comprende las instrucciones la primera vez, el entrevistador debe repetir las. Si el entrevistado dice que no puede hacer restas, se le solicita "¿Podría hacer un intento?" Si el entrevistado aún rehúsa, se codifica 7 para cada respuesta.

Si en lugar de decir que no puede hacerlo, dice que no quiere o que está muy cansado, codifique 9 para cada respuesta. Las restas se deben hacer mentalmente y los resultados se deben decir en voz alta. El entrevistado no debe utilizar lápiz y papel. Si el entrevistado no responde rápidamente, puede estar restando en silencio. Se le debe pedir que haga las subtracciones en voz alta.

Si, después de iniciar las restas, el entrevistado pierde el número, no se permite al entrevistador sustituir su última respuesta. Puede comenzar otra vez por su propia iniciativa. Si el entrevistado se detiene muy rápido, el entrevistador le dice: "por favor reste 7 de la última respuesta que me dió y siga restando 7 hasta que le diga que pare".

INSTRUCCIONES ESPECIALES. Si la primera resta está equivocada pero la respuesta subsecuente es 7 números menos que la primera resta, se considera como un sólo error aún cuando la respuesta a la segunda resta no coincida con el número "correcto" de la entrevista. Por ejemplo, 95, 88, 81, 74, 67, cuenta como un sólo error (95 es un error, pero el resto es correcto). Por otro lado, respuestas de 95, 86, 79, 72, 65 cuentan como dos errores: 95 y 86 son errores ya que ninguno es 7 menos que el número anterior aún cuando 86 podría haber estado correcto si la primera substracción hubiera estado correcta.

El entrevistador debe escribir las respuestas en los espacios que se proporcionan. Si el entrevistado se da cuenta de que ha cometido un error y lo corrige, acepte su corrección. (En forma similar, si ha proporcionado una respuesta correcta y cambia de parecer, codifíquelo como un error)

- M13 La pregunta se lee lentamente. Donde la palabra "mundo" tenga guiones entre las letras, el entrevistador la deletrea para el entrevistado. El deletreo se puede repetir si se solicita. La letra correcta se encuentra debajo de la línea en la cual se va a anotar la respuesta. Para estar completamente correcta, cada letra debe coincidir con la letra que está debajo. La transposición de dos letras cuenta como dos errores. Cada letra extra cuenta como un error. Cada letra que se omite cuenta como un error.

- M14 Un cambio en el orden de las palabras no cuenta como un error.

- M16 El entrevistador debe pronunciar con claridad, incluyendo las "s". Cualquier "s" que se omita o cualquier otro error se toman en consideración.

INSTRUCCIONES ESPECIALES. Permita sólo un intento. Una codificación de 1 requiere una articulación precisamente articulada.

- M17 No importa si el entrevistado lee la oración en voz alta. La respuesta es correcta si el entrevistado sigue las instrucciones de cerrar los ojos. Posteriormente, el entrevistador puede indicar al entrevistado que abra los ojos.

M18 El entrevistador puede desprender la hoja de papel blanco que se encuentra al final de la entrevista. El enunciado se lee completo en voz alta antes de entregar el papel al entrevistado. EL ENTREVISTADOR NO DEBE REPETIR LAS INSTRUCCIONES . El entrevistador extiende el papel directamente enfrente del entrevistado, no a su izquierda ni a su derecha, para que el entrevistado pueda tomarlo. El entrevistador observa cuál mano se utilizó y si se siguen las otras dos instrucciones.

M19 La misma hoja de papel utilizada en M18 puede ser utilizada para M19.

INSTRUCCION ESPECIAL. El entrevistador puede repetir las instrucciones al entrevistado si es necesario.

Una "oración completa" incluye un sujeto y un verbo. Asegúrese de anotar el número de identificación del entrevistado en la hoja de papel para que pueda ser identificado.

M20 El entrevistador puede entregar la cartulina F al entrevistado para la duplicación de la figura. El dibujo es correcto si muestra dos figuras de 5 lados con los vértices dirigidos hacia fuera y el entrecruzamiento entre ellos tiene cuatro lados. Para mayor clarificación, revise la tarea No. 9.

M21 Si el entrevistador saltó a la sección del Mini-mental debido a que el entrevistado no estaba proporcionando respuestas coherentes en la primera parte de la entrevista, aquí se codifica "Sí".

M22 Se responde sólo por entrevistadores que han saltado a la sección debido a que el entrevistado no pudo contestar las primeras 30 preguntas.

Las preguntas M12 y M13 no se incluyen al contabilizar el total de errores. Si el entrevistado pasa el examen Mini-mental, el entrevistador regresa a la última pregunta que se efectuó y reanuda la entrevista.

DISFUNCIONES PSICOSEXUALES

PREGUNTAS N1-N7

Especificación pregunta por pregunta

- N2** Si el entrevistado refiere espontáneamente que no ha tenido relaciones sexuales codifique 5 y salte a la sección siguiente.
- N5** Se debe enfatizar "periodo de varios meses". La frase en paréntesis es utilizada si en la pregunta anterior la persona reportó dolor durante el coito.

ESTA TERCERA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADO Y EL ENTREVISTADOR

Se proporciona una oportunidad para que el entrevistado proporcione mayores informes sobre sus problemas en cualquier aspecto que considere necesario. Frecuentemente los entrevistados discuten problemas relacionados con la salud física, las finanzas, o problemas interpersonales con el(la) esposo(a) o los padres en respuesta

a esta pregunta. El entrevistador debe anotar lo que el entrevistado mencione en los espacios que se proporcionan.

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

PREGUNTAS P1-P8

Descripción

Estas cuatro preguntas de observación son utilizadas para el diagnóstico de esquizofrenia y deben ser llenadas inmediatamente después de la entrevista. Se puede requerir entrenamiento especial con el fin de que los no clínicos codifiquen confiablemente estas observaciones. Sin embargo, no existe ninguna guía de entrenamiento formal hasta el momento.

Especificaciones pregunta por pregunta

- P1 Neologismos son palabras inventadas por el entrevistado, por ejemplo: "El es un babaglug" o "él arroma".
Si el entrevistador piensa que las palabras que el entrevistado ha utilizado pueden ser frases extrañas o coloquialismos con los cuales no está familiarizado, después de la entrevista debe preguntar "Cuando estuvimos hablando, usted utilizó palabras con las que no estoy familiarizado como.... ¿Qué quieren decir?"
El entrevistador debe anotar palabras, definiciones, y lenguaje en las líneas que se proporcionan.
- P2 Solicita al entrevistador el juzgar si las respuestas del entrevistado parecen lógicamente coherentes. Los esquizofrénicos pueden unir oraciones entre las cuales el entrevistador puede no encontrar conexión. Un ejemplo puede ser: "Sí, tengo miedo de las alturas. Pero voy a Puebla el mes próximo".
- P4 Ocasionalmente, una persona con alucinaciones floridas puede realmente hablar con sus "voces" durante la entrevista, interrumpiéndose a sí mismo para decir: "Salga de aquí", "Déjeme solo", "No hice eso" u otras observaciones similares. Esta pregunta se designa para proporcionar un lugar para anotar estos eventos.

EVALUACION DEL ENTREVISTADOR

X1-X12 Estas preguntas se deben llenar por el entrevistador inmediatamente después de que la entrevista finaliza.

X13 Después de terminar la entrevista, el entrevistador debe escribir un breve resumen proporcionando su impresión del entrevistado y de la entrevista. Este resumen debe describir cualquier dificultad en la comunicación o en obtener privacidad, lo cual puede afectar la confiabilidad de los resultados y cualquier evidencia de trastorno por parte del entrevistado. El entrevistador también debe explicar cualquier interrupción en la entrevista.

Si hubiera aspectos raros en el estado actual del entrevistado (por ejemplo, intoxicado) o una historia que puede ayudar a explicar las respuestas obtenidas, se deben resumir aquí.

HORA DE
TERMINO

El entrevistador anota el tiempo en que se terminó la entrevista en los recuadros. Debe recordar el ajustar el tiempo si hubo una interrupción, de modo que la diferencia entre el tiempo de inicio de la entrevista y el tiempo anotado aquí refleje la duración real de la entrevista. Se utiliza el tiempo internacional.

FECHA DE
TERMINO

Se codifica primero el día, seguido por el mes y el año.

A N E X O E

LISTA DE CRITERIOS DEL DSM-III-R
(HOJA FRONTAL)

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ENTREVISTADO _____ INSTITUCION _____ COD _____
 EDAD: _____ ENTREVISTADOR _____ COD _____
 SEXO (M=1, F=2) (CIRCULE LA CODIFICACION) 1 2 ESTUDIO _____ COD _____ /11-13
 FECHA DE EVALUACION _____ / _____ / _____
 ESTADO CIVIL 1 2 3 4 5 HORA DE INICIO _____ / _____ /20-24
 (SOL) (CAS) (DIV) (VIU) (SEP) AM....1 PM....2

DIAGNOSTICOS DEL DSM-III-R

PAGINA # ITEM #

CODIGOS*

| | | | | | |
|--------|--|---|---|---|-----|
| 01. | Trastorno por somatización..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Diagnóstico definitivo..... | 1 | 3 | 5 | 9 |
| | Diagnóstico de tamizaje..... | 1 | 3 | 5 | 9 |
| 02. | Crisis de angustia..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 03. | Ansiedad generalizada..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 04. | Agorafobia..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 05. | Fobia social..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 06. | Fobia simple..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 07. | Trastorno obsesivo compulsivo..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 4 | 08. Síndrome de estrés posttraumático..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| | 09. Depresión..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| | 10. Distimia..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 7 | 11. Manía..... | 1 | 3 | 5 | 9 |
| | 12. Esquizofrenia..... | 1 | 3 | 5 | 9 |
| | 13. Psicosis reactiva breve..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| | 14. Trastorno esquizofreniforme..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| | 15. Trastorno esquizoafectivo..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| | 16. Trastorno delirante (paranoide)..... | 1 | 3 | 5 | 9 |
| | 17. Anorexia nerviosa..... | 1 | 3 | - | 9 |
| 18/19. | Dependencia de sustancias psicoactivas..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de sustancias psicoactivas..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia al alcohol..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de alcohol..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de amfetaminas o simpaticomiméticos similares..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de amfetaminas o simpaticomiméticos similares..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de cannabis..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de cannabis..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de cocaína..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de cocaína..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de alucinógenos..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de alucinógenos..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de inhalables..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de inhalables..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de nicotina..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de opiáceos..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de opiáceos..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de fenilciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas sim.... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de fenilciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas similares.... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos..... | 1 | 3 | - | 9 |
| | Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos..... | 1 | 3 | - | 9 |

| | | | | | | |
|----|-----|-----------------------------------|---|---|---|-----|
| 9 | 20. | Personalidad antisocial..... | 1 | 3 | 5 | 9 |
| | 21. | Demencia..... | 1 | 3 | - | 9 |
| 11 | 22. | Personalidad dependiente..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 12 | 23. | Personalidad pasivo agresiva..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 13 | 24. | Personalidad limítrofe..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 14 | 25. | Personalidad narcisista..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 15 | 26. | Personalidad compulsiva..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 16 | 27. | Personalidad histriónica..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 17 | 28. | Personalidad paranoide..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 18 | 29. | Personalidad esquizoide..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| 19 | 30. | Personalidad por evitación..... | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| | 31. | Otros _____ | 1 | 3 | 5 | 7 9 |
| | 32. | _____ | 1 | 3 | 5 | 7 9 |

PASE A LA PAGINA 3 DE LA HOJA FRONTAL

*
 CODIGOS PARA EL DIAGNOSTICO: 1 - Ausente, 3-Presente, 5-Presente, pero puede ser "debido a" otro diagnóstico o condición, 7 - Dúelo o diagnóstico "provisional", 9- Incierto.

CODIGOS PARA LOS SINTOMAS: 1 -Ausente, 5 -Presente, 9-Incierto.

LLENARLO HASTA QUE LA HOJA FRONTAL ESTE CODIFICADA POR COMPLETO

A. CODIFICAR EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL UTILIZANDO LOS ITEMS

NUMERADOS ANTERIORMENTE:

(NO HAY DIAGNOSTICO EN LA LISTA = 00, PASE A D)

(NO HAY DIAGNOSTICO PRINCIPAL O NO PUEDE DECIRSE = 99, PASE A D)

B. CODIFIQUE LA(S) RAZON(ES) PARA SU DECISION:

| | | | |
|--|---|---|---|
| Unico diagnóstico..... | 1 | 5 | 9 |
| Inicio más temprano..... | 1 | 5 | 9 |
| Mayor deterioro (juicio del médico entrevistador)..... | 1 | 5 | 9 |
| Tiene síntomas de otros diagnósticos..... | 1 | 5 | 9 |
| El entrevistado buscó tratamiento..... | 1 | 5 | 9 |
| El entrevistado lo considera como un problema importante | 1 | 5 | 9 |
| Inició antes y ha persistido después de otros síntomas.. | 1 | 5 | 9 |
| Otra(s) razón(es)..... | 1 | 5 | 9 |

ESPECIFICAR: _____

C. VALORACION CLINICA DE LA GRAVEDAD GLOBAL EN LA ACTUALIDAD DEL DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

- Leve =1
- Moderado =2
- Grave =3
- Muy grave=4

D. ¿RECOMENDARIA TRATAMIENTO PARA ESTA PERSONA?

1 5 9

..SI 5: ¿Qué fines podría tener su tratamiento?

ESPECIFIQUE: _____

HORA DE TERMINACION

AM.....1 PH.....2

(08) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

- A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo, por ejemplo:
- por ejemplo:
CODIFIQUE EN LA COLUMNA A.

| | | A |
|---|---|-----|
| 1. combate militar..... | 1 | 5 9 |
| 2. violación..... | 1 | 5 9 |
| 3. asalto físico..... | 1 | 5 9 |
| 4. ver que alguien es herido o asesinado..... | 1 | 5 9 |
| 5. desastre natural..... | 1 | 5 9 |
| 6. amenaza..... | 1 | 5 9 |
| 7. escapar "por un pelo"..... | 1 | 5 9 |
| 8. accidente o lesión súbitos..... | 1 | 5 9 |
| 9. otros..... | 1 | 5 9 |

especifique: _____

SI TODOS SON 1'S EN LA COLUMNA A, CODIFIQUE 1 PARA SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
SI HAY ALGUN 5 O 9 EN LA COLUMNA A, PASE A B.

- B. PARA TODOS LOS EVENTOS MARCADOS CON 5 O 9 EN LA COLUMNA A:

El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:

- B1. recuerdos desagradables, recurrentes o invasores del acontecimiento.
 - B2. sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento.
 - B3. conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones alucinaciones, y episodios disociativos (flashback), incluso cuando ocurren al despertar o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas).
 - B4. malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario.
- CODIFIQUE EN COLUMNA B.

| | | B |
|---|---|-----|
| 1. combate militar..... | 1 | 5 9 |
| 2. violación..... | 1 | 5 9 |
| 3. asalto físico..... | 1 | 5 9 |
| 4. ver que alguien es herido o asesinado..... | 1 | 5 9 |
| 5. desastre natural..... | 1 | 5 9 |
| 6. amenaza..... | 1 | 5 9 |
| 7. escapar "por un pelo"..... | 1 | 5 9 |
| 8. accidente o lesión súbitos..... | 1 | 5 9 |
| 9. otros..... | 1 | 5 9 |

especifique: _____

SI TODOS SON 1'S EN LA COLUMNA B, CODIFIQUE 1 PARA SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
SI HAY ALGUN 5 O 9 EN LA COLUMNA B, PASE A C.

C. PARA TOOS LOS EVENTOS MARCADOOS CON 5 O 9 EN LA COLUMNA B:

Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma). Para ser codificado con 5, el acontecimiento traumático se debe poner de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:

- C1. esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma
- C2. esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma
- C3. incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena)
- C4. disminución marcada del interés en las actividades significativas
- C5. sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás
- C6. afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas.
- C7. sensación de acortamiento del futuro, por ejemplo, no se espera realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida.

CODIFIQUE EN COLUMNA C.

| | B | C |
|---|---|-----|
| 1. combate militar..... | 1 | 5 9 |
| 2. violación..... | 1 | 5 9 |
| 3. asalto físico..... | 1 | 5 9 |
| 4. ver que alguien es herido o asesinado..... | 1 | 5 9 |
| 5. desastre natural..... | 1 | 5 9 |
| 6. amenaza..... | 1 | 5 9 |
| 7. escapar "por un pelo"..... | 1 | 5 9 |
| 8. accidente o lesión súbitos..... | 1 | 5 9 |
| 9. otros..... | 1 | 5 9 |
| especifique: _____ | | |

SI TODOS SON 1'S EN LA COLUMNA C, CODIFIQUE 1 PARA SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.

SI HAY ALGUN 5 O 9 EN LA COLUMNA C, PASE A D.

D. PARA TODOS LOS EVENTOS MARCADOS CON 5 O 9 EN LA COLUMNA C:

Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no existentes antes del trauma). Para ser codificados con 5, los acontecimientos deben ser puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:

- D1. dificultad para conciliar o mantener el sueño
- D2. irritabilidad o explosiones de ira
- D3. dificultad para la concentración
- D4. hipervigilancia
- D5. respuesta de alarma exagerada
- D6. reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

CODIFIQUE EN LA COLUMNA D

| | | | D |
|---|---|---|---|
| 1. combate militar..... | 1 | 5 | 9 |
| 2. violación..... | 1 | 5 | 9 |
| 3. asalto físico..... | 1 | 5 | 9 |
| 4. ver que alguien es herido o asesinado..... | 1 | 5 | 9 |
| 5. desastre natural..... | 1 | 5 | 9 |
| 6. amenaza..... | 1 | 5 | 9 |
| 7. escapar "por un pelo"..... | 1 | 5 | 9 |
| 8. accidente o lesión súbitos..... | 1 | 5 | 9 |
| 9. otros..... | 1 | 5 | 9 |

especifique: _____

SI TODOS SON 1'S EN LA COLUMNA A, CODIFIQUE 1 PARA SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
SI HAY ALGUN 5 O 9 EN LA COLUMNA A, PASE A E.

E. Duración del trastorno (síntomas en B, C, D) de al menos un mes. 1 5 9

SI E=1 CODIFIQUE 1 PARA SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
SI E=5 O 9, PASE A F.

F. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para síndrome de estrés posttraumático? 1 3 9

CRITERIOS PARA 3:
(PARA CUALQUIER ACONTECIMIENTO TRAUMATICO)

- A=5
- ALGUN 5 EN B1-B4
- TRES O MAS 5'S EN C1-C7
- DOS O MAS 5'S EN D1-D6
- E=5

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO.

(11) CRITERIOS DSM-III-R: MANIA

A. Un período delimitado y persistente en el que hay un estado de ánimo anormalmente elevado expansivo o irritable.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| A1. Un estado de ánimo elevado, expansivo (con o sin irritabilidad)..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Un estado de ánimo solamente <u>irritable</u> (no elevado)..... | 1 | 5 | 9 |

SI A1 Y A2 SON = 1, CODIFIQUE PARA MANIA EN
LA HOJA FRONTAL Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
SI A1 O A2=5 O 9, PASE A B.

**B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, como mínimo se han mantenido presentes de forma significativa 3 de los síntomas siguientes (4, si el estado de ánimo sólo es irritable):
CODIFIQUE LOS SÍNTOMAS PARA UN PERIODO DE MANIA (ACTUAL O DURANTE LA VIDA).
SI ES DURANTE LA VIDA, CODIFIQUE PARA EL PEOR PERIODO DE MANIA.**

- | | | | |
|---|---|---|---|
| B1. autoestima excesiva o grandiosidad..... | 1 | 5 | 9 |
| B2. disminución de la necesidad de dormir..... | 1 | 5 | 9 |
| B3. el individuo está más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente..... | 1 | 5 | 9 |
| B4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad..... | 1 | 5 | 9 |
| B5. distraibilidad, por ejemplo, la atención se dirige con facilidad hacia estímulos externos irrelevantes o poco importantes..... | 1 | 5 | 9 |
| B6. incremento de la actividad dirigida hacia un objetivo (tanto social, como laboral o escolar, o sexual) o agitación psicomotora..... | 1 | 5 | 9 |
| B7. implicación excesiva en actividades con una alta posibilidad de consecuencias negativas, por ejemplo, gastar dinero en juergas, indiscreciones sexuales, invertir en negocios absurdos..... | 1 | 5 | 9 |

SI CINCO O MAS SINTOMAS (B1-B7)=1, CODIFIQUE 1
PARA MANIA EN LA HOJA FRONTAL Y PASE AL SIGUIENTE
DIAGNOSTICO.
OTROS PASE A C.

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar un notable deterioro en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás, o como para requerir hospitalización.

1 5 9

SI C=1, CODIFIQUE 1 PARA MANIA EN LA HOJA FRONTAL
Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
SI C=5 O 9, PASE A D.

D. Durante el trastorno ¿se han presentado delirios y alucinaciones que hayan durado más de dos semanas en ausencia de síntomas de alteración anímica importantes?

1 5 9

SI D=5, CODIFIQUE 1 PARA MANIA EN LA HOJA FRONTAL
Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
SI D=1 O 9, PASE A E.

E. ¿El trastorno se encuentra superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o psicótico no especificado?

1 5 9

F. ¿Una causa orgánica inició y mantuvo la alteración?

1 5 9

G. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para manía?

1 3 5 9

CRITERIOS PARA 5:

A1=5 Y TRES O MAS 5'S EN B1-B7

0

A2=5 Y CUATRO O MAS 5'S EN B1-B7

MAS:

C=5

D=1

CRITERIOS PARA 3:

TODOS LOS ANTERIORES MAS:

E=1

F=1

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA MANIA

(20) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

A. La edad actual ha de ser por lo menos de 18 años.

1 5 9

SI A=1, CODIFIQUE 1 PARA PERSONALIDAD ANTISOCIAL
EN LA HOJA FRONTAL Y PASE AL SIGUIENTE
DIAGNOSTICO.

SI A=5 O 9, PASE A B.

B. Hay pruebas de que el trastorno de conducta empieza antes de los 15 años, como se manifiesta por una historia de tres o más de los siguientes síntomas:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| B1. frecuencia de absentismo escolar..... | 1 | 5 | 9 |
| B2. huidas de casa por la noche, por lo menos dos veces, viviendo con los padres o en hogar adoptado (o una escapada sin regreso)..... | 1 | 5 | 9 |
| B3. a menudo ha iniciado peleas físicas..... | 1 | 5 | 9 |
| B4. ha utilizado armas en más de una ocasión..... | 1 | 5 | 9 |
| B5. ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales..... | 1 | 5 | 9 |
| B6. es físicamente cruel con los animales..... | 1 | 5 | 9 |
| B7. es físicamente cruel con otra gente..... | 1 | 5 | 9 |
| B8. destrucción deliberada de la propiedad de los otros (distinta del incendio)..... | 1 | 5 | 9 |
| B9. participación deliberada en incendios..... | 1 | 5 | 9 |
| B10. mentiras frecuentes (distintas de las necesarias para evitar agresiones físicas o sexuales)..... | 1 | 5 | 9 |
| B11. robos sin enfrentamientos con la víctima en más de una ocasión (incluyendo falsificaciones)..... | 1 | 5 | 9 |
| B12. robos enfrentándose a la víctima (amenazas, tirones, chantajes, robo armado)..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE TRES 5'S O 9'S EN B1-B12,
CODIFIQUE 1 PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL
EN LA HOJA FRONTAL Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
OTROS PASE A C.

C. Una pauta de conducta irresponsable y antisocial desde la edad de los 15 años, tal como indican al menos cuatro de las siguientes características:

1 5 9

C1. Incapacidad para mantener una conducta laboral consistente, puesta de manifiesto por alguna de las siguientes características (se incluyen también conductas similares en las instituciones escolares cuando el sujeto es estudiante):

- a) desempleo significativo durante seis meses o más, en un período de 5 años, cuando se supone que puede trabajar y hay disponibilidad laboral.
- b) ausencias repetidas del trabajo, no explicadas por enfermedad propia o familiar.
- c) abandono de diversos trabajos sin planes realistas para obtener otros.

C2. Fracaso en adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal, puesto de manifiesto por el hecho de llevar a cabo repetidamente actos antisociales que pueden ser motivo de arresto (tanto si ha sido detenido como si no). Por ejemplo, destrucción de la propiedad, molestias a la gente robos, ocupación ilegal.

1 5 9

- C3. Irritable y agresivo tal como se pone de manifiesto por luchas o ataques físicos repetidos (no necesarios por las características del propio trabajo o para defenderse a sí mismo o a los demás). Se incluyen también los malos tratos a la pareja y a los niños. 1 5 9
- C4. fracasos repetidos en el cumplimiento de las obligaciones económicas como, por ejemplo, impagos de deudas o incapacidad para mantener a los hijos o a cualquier otra persona habitualmente dependiente del sujeto. 1 5 9
- C5. Viajar de un sitio a otro sin tener trabajo fijo u objetivos claros o falta de dirección fija durante un mes o más.
- C6. Mentiras repetidas, uso de alias, o bromas a los demás realizadas para provecho o placer personal. 1 5 9
- C7. Despreocupación por la seguridad propia o la de los demás, puesta de manifiesto por ejemplo, al conducir intoxicado o ir a velocidad inadecuada. 1 5 9
- C8. Cuando actúa como padre o como cuidador carece de la capacidad para actuar de manera responsable, puesta de manifiesto por una o más de las siguientes características:
 a) desnutrición del niño
 b) enfermedades infantiles debidas a falta de higiene mínima
 c) incapacidad para obtener ayuda médica cuando el niño está gravemente enfermo
 d) dependencia del niño respecto a los vecinos o parientes lejanos para sus necesidades alimentarias o de protección
 e) incapacidad para conseguir un cuidador cuando sale de casa
 f) desperdillar en objetos personales del dinero necesario para cubrir las necesidades del hogar.
- C9. No ha mantenido una relación totalmente monógamica durante más de un año (nunca ha sido monógamo(a) =5) 1 5 9
- C10. Ausencia de remordimientos 1 5 9

SI HAY MENOS DE CUATRO 5'S O 9'S EN C1-C10, CODIFIQUE 1
 PARA PERSONALIDAD ANTISOCIAL EN LA HOJA FRONTAL
 Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
 OTROS PASE A D.

- D. ¿La conducta antisocial se ha presentado exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia o un episodio maníaco? 1 5 9
- E. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno de personalidad antisocial? 1 5 9

CRITERIOS PARA 5:

A=5

TRES O MAS 5'S EN B1-B12
 CUATRO O MAS 5'S EN C1-C10

CRITERIOS PARA 3:

TODO LOS ANTERIORES + D = 1

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PATA TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL.

(22) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

A. Una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos.

Esta pauta se manifiesta al menos por cinco de las siguientes características:

| | | | |
|--|---|---|---|
| A1. El sujeto es incapaz de tomar las decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos o recomendaciones por parte de los demás..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Permite que los demás tomen la mayor parte de las decisiones importantes..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Tiende a estar de acuerdo con los demás, incluso cuando están equivocados, por temor a sentirse rechazado..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Acepta hacer voluntariamente cosas desagradables para él, con el fin de agradar a los demás..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. Se siente incómodo o desvalido cuando se encuentra solo y hace grandes esfuerzos para evitar esa situación..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Se siente devastado o desvalido cuando terminan las relaciones íntimas..... | 1 | 5 | 9 |
| A8. Se preocupa con frecuencia con el temor de ser abandonado..... | 1 | 5 | 9 |
| A9. Es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CINCO 5'S O 9'S EN A1-A9,
CODIFIQUE 1 PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD
POR DEPENDENCIA EN LA HOJA FRONTAL Y PASE
AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
OTROS PASE A B.

B. ¿La conducta dependiente se asocia con el trastorno histriónico, esquizotípico narcisista o por evitación de la personalidad? 1 5 9

C. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno de personalidad por dependencia? 1 3 5 9

CRITERIOS PARA 5:

B=5

CINCO O MAS 5'S EN A1-A9

CRITERIOS PARA 3:

B=1

CINCO O MAS 5'S EN A1-A9.

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE
PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA.

(23) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO PASIVO AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD

A. Una pauta generalizada de resistencia pasiva a las razonables demandas de rendimiento social y profesional, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se pone de manifiesto por al menos cinco de las siguientes características:

| | | | |
|---|---|---|---|
| A1. Retrasos; es decir, demoras en la ejecución de las tareas, de modo que no se cumplan los plazos..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. El sujeto se vuelve malhumorado, irritable o discutiador cuando se le pide que haga algo que no quiere hacer..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Parece trabajar de un modo deliberadamente lento o hace mal las tareas que realmente no quiere hacer..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Protesta sin justificación de que los demás le piden cosas irrazonables..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Evita las obligaciones pretendiendo que las ha "olvidado"..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. Cree que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Se resiste a las sugerencias útiles de los demás para ser más productivo..... | 1 | 5 | 9 |
| A8. Malogra los esfuerzos de los demás al entender la parte de trabajo que le corresponde.. | 1 | 5 | 9 |
| A9. Critica o se burla de manera irrazonable de las personas que tienen posiciones de autoridad..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CINCO 5'S O 9'S EN A1-A9,
CODIFIQUE 1 PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD
PASIVO AGRESIVA EN LA HOJA FRONTAL Y
PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
OTROS PASE A B.

B. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno de personalidad pasivo-agresiva? 1 5 9

CRITERIOS PARA 5:

CINCO O MAS 5'S EN A1-A9.

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD PASIVO AGRESIVA

(24) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITROFE

A. Pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. La pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| A1. Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Impulsividad, al menos en dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto. Por ejemplo, despilfarro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos en tiendas, conducción irresponsable, comidas copiosas (aquí no debe incluirse la conducta suicida o automutilante que se menciona en el apartado 5)..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Inestabilidad afectiva: cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad, o la ansiedad que, por lo general, duran pocas horas y, más raramente, algunos días..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso; por ejemplo, manifestaciones frecuentes de violencia, ira constante, peleas físicas repetidas..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Amenazas, gestos o conducta suicidas repetidas, o conductas automutilantes..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. Trastorno de la identidad acusado y persistente, manifestado por incertidumbres respecto al menos dos de las siguientes características: autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo término o elección de carrera, tipo de amigos y valores que se desean..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Sentimiento crónico de vacío o aburrimiento..... | 1 | 5 | 9 |
| A8. Esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginario (no debe incluirse la conducta suicida o automutilante que se menciona en el apartado 5)..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CINCO 5'S O 9'S EN A1-AB
CODIFIQUE 1 PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD
LIMITROFE EN LA HOJA FRONTAL Y PASE AL
SIGUIENTE DIAGNOSTICO.

OTROS PASE A B.

- | | | | |
|---|---|---|-----|
| B. ¿Existe además un trastorno de identidad o ciclotímico? | 1 | 5 | 9 |
| C. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno de personalidad límite? | 1 | 3 | 5 9 |

CRITERIOS PARA 5:

B=5

CINCO O MAS 5'S EN A1-AB

CRITERIOS PARA 3:

B=1

CINCO O MAS 5'S EN A1-A9

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITROFE.

(25) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA

A. Una pauta generalizada de grandiosidad (en fantasía o en conducta), falta de empatía e hipersensibilidad a la evaluación de los demás, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cinco de las siguientes características:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| A1. El sujeto reacciona a las críticas con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación (aunque no los expresa)..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Tiende a la explotación interpersonal, es decir se aprovecha de los demás para conseguir sus propios fines..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Posee un sentimiento grandioso de la propia importancia, por ejemplo, exagera los logros y las capacidades y espera ser considerado como "especial" a pesar de no haber hecho nada para merecerlo..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Considera que sus problemas son únicos y que pueden ser entendidos sólo por otros individuos también especiales..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Está preocupado por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. Posee un sentimiento de "categoría" es decir, una expectativa irrazonable de recibir un trato especialmente favorable; por ejemplo, cree que no debe esperar en la cola como los demás..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Pide atención y admiración constantes; por ejemplo, hace todo lo posible para recibir cumplidos..... | 1 | 5 | 9 |
| A8. Falta de empatía: incapacidad para reconocer y experimentar lo que los otros sienten..... | 1 | 5 | 9 |
| A9. Está preocupado por sentimientos de envidia..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CINCO 5'S O 9'S EN A1-A9

CODIFIQUE 1 PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA EN LA HOJA FRONTAL Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.

OTROS PASE A B.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| B. ¿Existe además, un trastorno límite, histriónico ó antisocial de la personalidad? | 1 | 5 | 9 | |
| C. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno narcisista de la personalidad? | 1 | 3 | 5 | 9 |

CRITERIOS PARA 5:

B=5

CINCO O MAS 5'S EN A1-A9

CRITERIOS PARA 3:

B=1

CINCO O MAS 5'S EN A1-A9

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA

(26) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

A. Una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos.

Esta pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características:

| | | | |
|---|---|---|---|
| A1. Perfeccionismo que interfiere la ejecución de las tareas; por ejemplo, incapacidad para completar un proyecto debido a que los criterios del sujeto, exageradamente estrictos, son casi imposibles de construir..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Preocupación por los detalles, normas, listas, órdenes, organizaciones y horarios hasta el extremo de que se pierde casi todo el tiempo en eso..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Insistencia irrazonable en que los demás hagan las cosas exactamente de acuerdo con sus ideas o una reticencia también irrazonable a permitir que los otros hagan las cosas, debido al convencimiento de que no las harán correctamente..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Excesiva devoción al trabajo y a la productividad, con exclusión de amistades y actividades recreativas (que no se explica además por necesidades económicas obvias).... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Indecisión: la toma de decisiones se evita, se pospone o se delega. El individuo no puede hacer las cosas a su debido tiempo porque pierde una gran cantidad de él pensando en las posibles prioridades (se excluye la indecisión debida a una necesidad excesiva de consejos o de recomendaciones por parte de los demás)..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. El sujeto es excesivamente consciente, escrupuloso e inflexible sobre materias de moral, ética o valores (no explicados por identificación cultural o religiosa)..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Expresión restringida de los afectos..... | 1 | 5 | 9 |
| A8. Falta de generosidad en el tiempo, en el dinero o en los regalos cuando no hay posibilidades de obtener ganancia personal..... | 1 | 5 | 9 |
| A9. Incapacidad para desechar los objetos usados o inútiles incluso cuando carecen de valor sentimental..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CINCO 5'S O 9'S EN A1-A9
 CODIFIQUE 1 PARA TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
 DE LA PERSONALIDAD EN LA HOJA FRONTAL Y PASE AL
 SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
 OTROS PASE A B.

B. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad?

1 3 9

CRITERIOS PARA 3

CINCO O MAS 5'S EN A1-A9

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE PERSONALIDAD.

(27) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIONICA

A. Pauta generalizada de emocionalidad y de búsqueda de atención exageradas, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos, como se pone de manifiesto por al menos cuatro de las siguientes características:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| A1. Busca o solicita apoyo, aprobación o alabanza constantemente..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Es sexualmente seductor de manera inapropiada en su apariencia o su conducta..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Está excesivamente preocupado por su atractivo físico..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Expresa las emociones con una exageración inapropiada; por ejemplo, abrazos excesivos a conocidos casuales, llanto incontrolable por motivos sentimentales nimios y crisis de pérdida de nervios..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Se encuentra incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. Manifiesta cambios rápidos en la expresión de las emociones..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Está centrado en sí mismo y sus acciones están dirigidas a obtener satisfacción inmediata; no tolera la frustración ni la demora de las gratificaciones..... | 1 | 5 | 9 |
| A8. Su estilo de lenguaje es excesivamente impresionista y no incluye detalles; por ejemplo, cuando se le pide que describa a su madre no va más allá de decir que su madre es una "persona encantadora"..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CUATRO 5'S O 9'S EN A1-AB CODIFIQUE 1
PARA TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD EN
LA HOJA FRONTAL Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.
OTROS PASE A B.

B. ¿Existe además un trastorno por somatización, trastorno límite de la personalidad, trastorno de la personalidad por dependencia ó trastorno narcisista de la personalidad?.....

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 5 | 9 |
|---|---|---|---|

C. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno histriónico de la personalidad?.....

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 5 | 9 |
|---|---|---|---|

CRITERIOS PARA 5:

B=5

CUATRO O MAS 5'S EN A1-AB

CRITERIOS PARA 3:

B=1

CUATRO O MAS 5'S EN A1-AB

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD

(28) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

A. Tendencia generalizada e injustificado a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente agresivas o amenazantes. Por lo general, esta tendencia se hace patente desde el inicio de la edad adulta, se da en diversos contextos y se pone de relieve con al menos cuatro de las siguientes manifestaciones:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| A1. El sujeto cree ser explotado o perjudicado por los demás, sin base suficiente..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Se cuestiona sin razón la lealtad o la amistad de amigos o personas próximas..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Interpreta injustificadamente como agresivos o amenazadores comentarios o acontecimientos inocentes..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Recuerda los agravios o no perdona los insultos o los desprecios..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Es reticente a confiar en los demás por su miedo injustificado a que la información pueda ser utilizada en su contra..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. Se siente fácilmente ofendido y reacciona rápidamente con ira o con agresividad..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Se cuestiona sin razón la fidelidad del cónyuge o del compañero sexual..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CUATRO 5'S O 9'S EN A1-A7 CODIFIQUE 1 EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO. OTROS PASE A B.

B. ¿El trastorno se presenta sólo en el curso de una esquizofrenia o de un trastorno delirante? 1 5 9

C. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno paranoide de la personalidad? 1 3 5 9

CRITERIOS PARA 5:

B=5

CUATRO O MAS 5'S EN A1-A7

CRITERIOS PARA 3:

B=1

CUATRO O MAS 5'S EN A1-A7

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

(29) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

A. Pauta generalizada de indiferencia hacia las relaciones sociales y marco restringido de experiencia y expresión emocional, que se hacen patentes desde el inicio de la vida adulta y que se dan en diversos contextos.

Esta pauta incluye al menos cuatro de las siguientes manifestaciones:

| | | | |
|---|---|---|---|
| A1. El sujeto no desea ni disfruta de las relaciones íntimas, ni incluso de formar parte de una familia..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Casi siempre escoge actividades solitarias..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. Casi nunca pretende o aparenta sentir emociones fuertes, como ira o alegría..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Su deseo de tener relaciones sexuales con otra persona (teniendo en cuenta la edad) es escaso o nulo..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Es indiferente a la alabanza y a la crítica de los demás..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. No tiene amigos íntimos o confidentes (o sólo uno) al margen de los parientes de primer grado..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Tiene una afectividad limitada, por ejemplo, se muestra frío, distante, inexpresivo e insensible a las expresiones de los otros (como sonreír y mover la cabeza)..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CUATRO 5'S O 9'S EN A1-A7 CODIFIQUE 1
EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA
PERSONALIDAD Y PASE AL SIGUIENTE DIAGNOSTICO.

OTROS, PASE A B.

B. ¿El trastorno se presenta sólo en el curso de una esquizofrenia o de un trastorno delirante?.....

1 5 9

C. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno esquizoide de la personalidad?.....

1 3 5 9

CRITERIOS PARA 5:

B=5

CUATRO O MAS 5'S EN A1-A7.

CRITERIOS PARA 3:

B=1

CUATRO O MAS 5'S EN A1-A7.

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE.

(30) CRITERIOS DSM-III-R: TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION

A. Una pauta generalizada de malestar en el contexto social, miedo a una evaluación negativa y temor, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cuatro de las siguientes características:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| A1. El sujeto es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación..... | 1 | 5 | 9 |
| A2. Carece de amigos o confidentes íntimos (o sólo tiene uno), al margen de los parientes de primer grado..... | 1 | 5 | 9 |
| A3. No desea relaciones con la gente a no ser que esté seguro de ser bien aceptado..... | 1 | 5 | 9 |
| A4. Evita las actividades sociales o profesionales que supongan un contacto interpersonal significativo..... | 1 | 5 | 9 |
| A5. Se encuentra violento en las situaciones sociales debido al miedo de decir algo tonto o inapropiado o de ser incapaz de responder a alguna pregunta..... | 1 | 5 | 9 |
| A6. Tiene miedo a quedar en ridículo ante los demás por el hecho de sonrojarse, llorar o manifestar signos de ansiedad..... | 1 | 5 | 9 |
| A7. Exagera las dificultades potenciales, los peligros físicos o los riesgos implícitos en cualquier actividad al margen de la rutina habitual; por ejemplo, puede anular planes que implican relación social alegando que se encontrará cansado cuando llegue al lugar donde se celebran..... | 1 | 5 | 9 |

SI HAY MENOS DE CUATRO 5'S O 9'S EN A1 A7 CODIFIQUE 1
EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR
EVITACION.
OTROS PASE A B.

- | | | | |
|--|---|---|-----|
| B. ¿Existe un trastorno esquizoide de la personalidad? | 1 | 5 | 9 |
| C. ¿Reúne el(la) entrevistado(a) los criterios para trastorno de personalidad - por evitación? | 1 | 3 | 5 9 |

CRITERIOS PARA 5:

B=5

CUATRO O MAS 5'S EN A1-A7

CRITERIOS PARA 3:

B=1

CUATRO O MAS 5'S EN A1-A7.

CODIFIQUE EN LA HOJA FRONTAL PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACION.

A N E X O F

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS DE ACUERDO AL SISTEMA DSM - III- R.

EVALUACION MULTIAXIAL

Una evaluación multiaxial exige que cada caso sea valorado de acuerdo con varios "ejes", cada uno de los cuales hace referencia a distintas clases de información.

Con el fin de que el sistema tenga la mayor utilidad clínica posible, debe haber un número de ejes limitado: en la clasificación multiaxial del DSM - III - R hay cinco. Los tres primeros constituyen la valoración diagnóstica oficial.

El empleo del sistema multiaxial DSM - III - R asegura que se prestará atención a ciertos tipos de trastornos, aspectos del ambiente y áreas de actividad que pueden pasar inadvertidos si el clínico valora únicamente el problema actual.

Cada persona es evaluada en cada uno de los ejes:

- Eje I Síndromes clínicos y códigos V
- Eje II Trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad
- Eje III Trastornos y estado somáticos
- Eje IV Intensidad del estrés psicosocial
- Eje V Evaluación global del sujeto

Los ejes IV y V pueden utilizarse en protocolos especiales de estudios clínicos o en trabajos de investigación y proporcionan información suplementaria del diagnóstico oficial DSM - III - R (ejes I, II y III), que puede ser útil para decidir el tratamiento y predecir la evolución.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor

Nota: Un "síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente:

- A.** Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones):
- 1) estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día y, tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
 - 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);
 - 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario);
 - 4) insomnio o hipersomnias casi cada día;
 - 5) agitación o entorpecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);
 - 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día;
 - 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo);
 - 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás);
 - 9) ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).
Nota: Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.
- C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Códigos para el episodio depresivo mayor: números del código de cinco dígitos y criterios para la gravedad del estado actual del trastorno bipolar, depresivo, o de depresión mayor:

- 1) Leve: Ninguno o pocos síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas de un ligero deterioro en la actividad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- 2) Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".
- 3) Grave, sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- 4) Con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está completamente de acuerdo con los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de merecimiento de castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de merecimiento de castigo. Aquí se incluyen síntomas tales como ideas delirantes de persecución (no relacionadas directamente con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

- 5) En remisión parcial: Intermedio entre "remisión completa" y "leve", y sin distimia previa. (Si un episodio depresivo mayor se ha superpuesto a una distimia, el diagnóstico de distimia sólo se da una vez que ya no se cumplen todos los criterios para el episodio depresivo mayor.)
- 6) En remisión completa: Ningún signo o síntoma significativo de la alteración durante los pasados seis meses.
- 0) No especificado.

Especificar "crónico" si el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin un período de dos meses o más sin síntomas depresivos significativos.

Especificar si el episodio actual es de "tipo melancólico".

Criterios para el diagnóstico de tipo melancólico

Presencia de cinco de los síntomas siguientes, como mínimo:

- 1) pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades;
- 2) falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables (tampoco hay mejoría cuando eventualmente sucede algo bueno);
- 3) la depresión suele ser más intensa por la mañana;
- 4) despertar precoz por la mañana (como mínimo, dos horas antes de la hora habitual);
- 5) entecimiento o agitación psicomotora (no simplemente quejas subjetivas);
- 6) anorexia significativa o pérdida de peso (por ejemplo, más del 5 % del peso corporal en un mes);
- 7) ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo mayor;
- 8) uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de una remisión completa o casi completa;
- 9) buena respuesta previa a una terapia somática antidepressiva adecuada y específica; por ejemplo, tricíclicos, TEC, IMAO, litio.

Criterios para el diagnóstico del patrón estacional

- A. Ha habido de un modo regular una relación temporal entre el inicio de un episodio bipolar (incluyendo el trastorno bipolar no especificado) o de depresión mayor recurrente (incluyendo el trastorno depresivo no especificado) y un período específico del año de 60 días (por ejemplo, aparición regular de la depresión entre primeros de octubre y finales de noviembre).

Nota: No se incluyen los casos en que hay un efecto evidente de acontecimientos psicosociales estresantes que se producen de un modo cíclico, por ejemplo, habitual pérdida del trabajo durante el invierno.

- B. También se dan remisiones completas (o un cambio de la depresión a la manía o la hipomanía) en un período específico del año de 60 días (por ejemplo, la depresión desaparece desde mediados de febrero a mediados de abril).
- C. Ha habido como mínimo tres episodios de alteración del estado de ánimo en tres años distintos, lo que confirma la relación estacional definida en A y B. Como mínimo dos de los años han de ser consecutivos.
- D. Los episodios estacionales de alteración del estado de ánimo, tal y como se han descrito, se presentan en una proporción mayor de tres a uno respecto a los episodios no estacionales.

296.2 Depresión mayor, episodio único

- A. Un solo episodio depresivo mayor
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco inequívoco

296.3 Depresión mayor recurrente

- A. Dos o más episodios depresivos mayores, separados cada uno de ellos por un mínimo de dos meses de vuelta a la actividad más o menos habitual. (Si ha habido previamente un episodio depresivo mayor, el episodio de depresión actual no necesita cumplir todos los criterios para un episodio depresivo mayor.)
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco inequívoco.

Criterios para el diagnóstico de distimia (300.40)

- A.** Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes), comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes).
- B.** Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, dos de los síntomas siguientes:
 - 1) poco apetito o voracidad;
 - 2) insomnio o hipersomnia;
 - 3) pérdida de energía o fatiga;
 - 4) disminución de la autoestima
 - 5) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones;
 - 6) sentimientos de desesperanza.
- C.** Un período de dos años (un año para niños y adolescentes) en el que se da la alteración, sin síntomas del criterio A por más de dos meses seguidos.
- D.** No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los dos primeros años de la alteración (un año para niños y adolescentes).
Nota: Antes de la aparición de la distimia puede haber un episodio depresivo mayor, a condición de que esté en remisión completa (ningún signo o síntoma significativo durante seis meses). Además, al cabo de dos años (un año en niños y adolescentes) de aparecer la distimia puede haber episodios superpuestos de depresión mayor, en cuyo caso se optará por ambos diagnósticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaníaco inequívoco.
- F.** El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.
- G.** No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, la administración prolongada de una medicación antihipertensiva.

Especificar tipo primario o secundario:

Tipo primario: La alteración anímica no parece consecuencia de un trastorno crónico preexistente diagnosticable en el eje I o eje III; por ejemplo, la anorexia nerviosa, un trastorno por somatización, la dependencia de sustancias psicoactivas, un trastorno por ansiedad, o una artritis reumatoide.

Tipo secundario: La alteración anímica parece relacionada con un trastorno crónico preexistente diagnosticable en el eje I o el eje III.

Especificar inicio precoz o inicio tardío:

Inicio precoz: La alteración aparece antes de los 21 años de edad.

Inicio tardío: La alteración aparece a los 21 años de edad o posteriormente.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por angustia

- A.** En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de angustia (períodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido (1) inesperados, es decir, que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.
- B.** Por lo menos cuatro crisis tal como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente o presentar otro ataque por lo menos durante un mes.
- C.** Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:
- 1) falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo;
 - 2) mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia;
 - 3) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
 - 4) temblor o sacudidas;
 - 5) sudoración;
 - 6) sofocación;
 - 7) náuseas o molestias abdominales;
 - 8) despersonalización o desrealización;
 - 9) adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesias);
 - 10) escalofríos;
 - 11) dolor o molestias precordiales;
 - 12) miedo a morir;
 - 13) miedo a volverse loco o a perder el control.

Nota: Las crisis que incluyen cuatro o más síntomas se las denomina crisis de angustia; aquellas que tengan menos de cuatro síntomas son crisis de síntomas limitados.

- D.** En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.
- E.** No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por amfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.

Nota: El prolapso de la válvula mitral puede ser un trastorno asociado pero en ningún caso excluye el diagnóstico de trastorno por angustia.

Tipos de trastornos por angustia

Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia con agorafobia (300.21)

- A.** Se cumplen los criterios de trastorno por angustia.
- B.** Agorafobia: miedo de encontrarse en lugares o situaciones de las cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar, o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de tener una crisis de angustia. (Se incluyen aquí aquellos casos en los que la conducta de evitación persistente se ha originado durante una fase activa del trastorno por angustia, aun cuando el individuo no atribuya la conducta de evitación al miedo a tener otra crisis). Como resultado de este miedo, el individuo o bien restringe su capacidad de desplazamiento, o necesita algún tipo de compañía cuando se encuentra fuera de casa. La tercera posibilidad es que resista las situaciones agorafóbicas a pesar de la intensa ansiedad. Las situaciones agorafóbicas más frecuentes son el hallarse solo fuera de casa, encontrarse entre una multitud o haciendo cola, pasar por encima de un puente y viajar en autobús, en tren o en coche.

Especificar la gravedad actual de la evitación agorafóbica:

Leve: Algún tipo de evitación (o resistencia de las situaciones con malestar) pero vida relativamente normal; por ejemplo, el sujeto puede viajar sin compañía cuando es necesario, como en el caso de ir al trabajo o de compras, aunque por lo general evita desplazarse solo.

Moderada: La evitación da lugar a un tipo de vida bastante restringida; es decir, el individuo es capaz de salir solo de casa, pero no lo es de desplazarse más allá de algunos kilómetros sin compañía.

Grave: La evitación obliga a estar casi por completo dentro de casa o hace al individuo incapaz de salir de ella sin compañía.

En remisión parcial: No existe evitación agorafóbica actual pero en cambio la hubo durante los últimos seis meses.

En remisión total: No existe evitación agorafóbica actual ni tampoco durante los últimos seis meses.

Especificar la intensidad actual de las crisis de angustia:

Leves: Durante el último mes todas las crisis han consistido en síntomas limitados (menos de 4 síntomas) o no ha habido más de una.

Moderadas: Durante el último mes las crisis han sido intermedias entre las que pueden considerarse leves y graves.

Graves: Durante el último mes se han presentado por lo menos 8 crisis de angustia.

En remisión parcial: El trastorno se ha situado entre "la remisión total" y la intensidad "leve".

En remisión total: Durante los últimos seis meses no ha habido crisis de angustia o crisis de síntomas limitados.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por angustia sin agorafobia (300.01)

- A. Se cumplen los criterios de trastorno por angustia.
- B. Ausencia de agorafobia tal como se definió anteriormente.

Debe especificarse la intensidad actual de las crisis de angustia, de acuerdo con lo definido anteriormente.

Criterios para el diagnóstico de la agorafobia sin historia de trastorno por angustia (300.22)

- A. Agorafobia: Miedo de encontrarse en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de que aparezcan repentinamente síntomas que pudieran ser incapacitantes o extremadamente embarazosos. Entre los ejemplos se incluyen: mareo o sensación de pérdida de estabilidad, despersonalización o desrealización, pérdida del control de la vejiga o de los intestinos, vomitar o molestias cardíacas. Como resultado de lo anterior el individuo o bien restringe sus desplazamientos, necesita alguna compañía para salir solo de casa o por el contrario resiste las situaciones agorafóbicas a pesar de la ansiedad intensa. Entre las situaciones agorafóbicas más comunes se incluyen encontrarse solo fuera de casa, en una multitud o haciendo cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o coche.
- B. Nunca se han cumplido criterios para el trastorno por angustia.

Especificar con o sin crisis de síntomas limitados.

Criterios para el diagnóstico de fobia social (300.23)

- A. Miedo persistente a una o más situaciones (situaciones sociales fóbicas) en las que el individuo se expone a ser observado por los demás y teme que pueda hacer alguna cosa o actuar de tal manera que pueda resultar humillante o embarazoso para él. Entre los ejemplos se incluye el miedo a no poder hablar en público, el temor de atragantarse cuando se come frente a otros, de ser incapaz de orinar en un urinario público, de temblar cuando se escribe en presencia de los demás y de decir cosas sin sentido o no ser capaz de contestar correctamente a las diversas cuestiones.
- B. Cuando coexiste otro trastorno del eje III o del eje I, el miedo correspondiente al párrafo A es totalmente independiente de esta última alteración. Por ejemplo, el miedo no es debido a tener una crisis de angustia (trastorno por angustia), a tartamudear (tartamudeo), a temblar (enfermedad de Parkinson) o a manifestar una conducta alimentaria anormal (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa).
- C. Durante algunas de las fases del trastorno la exposición a los estímulos fóbicos específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
- D. Las situaciones fóbicas se evitan o bien se resisten con gran ansiedad.
- E. La conducta de evitación interfiere la actividad profesional, las actividades sociales habituales y las relaciones con los demás, o bien produce un intenso malestar en relación con el miedo.
- F. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
- G. Cuando el individuo tiene menos de 18 años, el trastorno no cumple los criterios de trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia.

Especifíquese tipo generalizado cuando la situación fóbica incluya la mayor parte de situaciones sociales y considérese también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

Criterios para el diagnóstico de fobia simple (300.29)

- A. Miedo persistente a un estímulo circunscrito (objeto o situación) distinto del miedo a una crisis de angustia (como en el trastorno por angustia) o a la humillación o embarazo ante determinadas situaciones sociales (como en la fobia social).

Nota: No debe incluirse aquellos miedos que constituyan parte del trastorno por angustia con agorafobia sin historia de trastorno por angustia.

- B. Durante alguna fase de la alteración la exposición al estímulo o estímulos fóbicos-específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación tiende a evitarse o bien a resistirse a costa de ansiedad intensa.
- D. El miedo o la conducta de evitación interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, con las actividades sociales habituales y con las relaciones con los demás, o existe un intenso malestar debido al miedo.
- E. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
- F. El estímulo fóbico no tiene ninguna relación con el contenido de las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo o con el trauma del trastorno por estrés postraumático.

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo (300.30)

A. Presencia de obsesiones o compulsiones:

Obsesiones: 1), 2), 3) y 4):

- 1) ideas, pensamientos, imágenes e impulsos persistentes y que se experimentan por lo menos inicialmente como invasores y sin sentido. Por ejemplo, el padre que siente impulsos repetidos de matar a su hijo, o la persona religiosa que tiene continuos pensamientos blasfemos;
- 2) el individuo intenta ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos, o bien neutralizarlos con algún otro tipo de idea o de acción;
- 3) el individuo reconoce que las obsesiones son el producto de su propia mente y que no vienen impuestos desde el exterior (tal como ocurre en la inserción del pensamiento);
- 4) cuando se presenta algún otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones es independiente de este trastorno. Por ejemplo, las ideas, pensamientos, impulsos e imágenes no tienen nada que ver con la comida si coexiste un trastorno de la conducta alimentaria, con los fármacos si coexiste un trastorno por uso de sustancias psicoactivas, o con sentimientos de culpa si coexiste una depresión mayor.

Compulsiones: 1), 2) y 3):

- 1) conductas repetitivas finalistas e intencionales, que se efectúan como respuesta a una obsesión de manera estereotipada o de acuerdo con determinadas reglas;
- 2) la conducta está diseñada para neutralizar o impedir el malestar o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, o bien la actividad no es realista o es claramente excesiva;
- 3) el individuo reconoce que su conducta es excesiva o irrazonable (quizás esto no sea así en el caso de los niños pequeños y tampoco en aquellas personas cuyas obsesiones han dado lugar a ideas sobrevaloradas).

- B. Las obsesiones o compulsiones producen marcado malestar, pérdida de tiempo (en general el individuo emplea más de una hora diaria en ellas) o interfieren significativamente con la rutina habitual del individuo, con su actividad profesional, con sus actividades sociales habituales o en sus relaciones con los demás.**

Crterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (309.89)

- A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.
- B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:
- 1) recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento (en los niños pequeños, juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del traumatismo);
 - 2) sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento;
 - 3) conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos [flashback], incluso cuando ocurren al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas);
 - 4) malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario.
- C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:
- 1) esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma;
 - 2) esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma;
 - 3) incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicogénica);
 - 4) disminución marcada del interés en las actividades significativas (en los niños pequeños, por ejemplo, pérdida de las habilidades de desarrollo recientemente adquiridas, como aseo o lenguaje);
 - 5) sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás;
 - 6) afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas;
 - 7) sensación de acortamiento del futuro (no se espera por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no existente antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:

- 1) dificultad para conciliar o mantener el sueño;**
- 2) irritabilidad o explosiones de ira;**
- 3) dificultad para la concentración;**
- 4) hipervigilancia;**
- 5) respuesta de alarma exagerada;**
- 6) reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.**

E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.

Especificar comienzo demorado si el inicio de los síntomas tuvo lugar al menos seis meses después del traumatismo.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada (300.02)

- A. Ansiedad y preocupación no realistas o excesivas (expectación aprensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que no se halla en peligro), o preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón). El trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social.
- B. Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y de la preocupación en A no se encuentra relacionado con él. Por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no tiene nada que ver con el miedo a tener una crisis de angustia (como ocurre en el trastorno por angustia), a sentirse ridiculizado en público (como en la fobia social), a ser contaminado (como en el trastorno obsesivo - compulsivo) o en ganar peso (como en la anorexia nerviosa).
- C. El trastorno no debe presentarse sólo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.
- D. Por lo menos, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo está ansioso (no deben incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia);

Tensión motora

- 1) temblor, contracciones o sacudidas;
- 2) tensión o dolor muscular;
- 3) inquietud;
- 4) fatigabilidad excesiva.

Hiperactividad vegetativa

- 5) falta de aliento o sensación de ahogo;
- 6) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
- 7) sudoración o manos frías y húmedas;
- 8) boca seca;
- 9) mareo o sensación de inestabilidad;
- 10) náusea, diarrea u otros trastornos abdominales;
- 11) sofocaciones o escalofríos;
- 12) micción frecuente;
- 13) dificultades para tragar o sensación de tener "un nudo en la garganta".

Hipervigilancia

- 14) sentirse atrapado o al borde de un peligro;
- 15) exageración de la respuesta de alarma;
- 16) dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad;
- 17) dificultades en dormir o en mantener el sueño;
- 18) irritabilidad.

E. No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, un hipertiroidismo o la intoxicación por cafeína.

**Criterios para el diagnóstico del trastorno de conversión
(300.11)**

- A. La alteración predominante es la pérdida o la perturbación de una función física, lo que da lugar a pensar en un trastorno o enfermedad somática.
- B. Se considera que los factores psicológicos pueden estar etiológicamente relacionados con el síntoma debido a una conexión temporal con un estrés psicosocial, aparentemente relacionado con un conflicto o necesidad psicológica y con la iniciación o exacerbación del síntoma.
- C. El individuo no es consciente de producir los síntomas de manera intencional.
- D. El síntoma no responde a una pauta de respuesta sancionada por la cultura y no puede explicarse tras una investigación clínica adecuada.
- E. El síntoma no se limita a dolor o alteración de la función sexual.

Especificar: episodio único o recurrente.

Criterios para el diagnóstico de hipocondría (300.70)

- A. Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de la enfermedad somática.**
- B. La evaluación física apropiada no apoya el diagnóstico de ningún trastorno somático que pueda explicar los signos o sensaciones físicas o las interpretaciones injustificadas del individuo y, además, los síntomas de A no son síntomas propios de las crisis de angustia.**
- C. El miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad persiste a pesar de las explicaciones médicas.**
- D. La duración del trastorno es por lo menos de seis meses.**
- E. La creencia de A no es de naturaleza delirante como en el trastorno delirante de tipo somático (es decir, la persona puede reconocer la posibilidad de que su miedo o su creencia de tener una enfermedad grave son infundados).**

Criterios para el diagnóstico del trastorno por somatización (300.81)

- A.** Historia de múltiples síntomas físicos o creencia de estar enfermo, que empieza antes de los 30 años y persiste durante varios años.
- B.** Por lo menos, 13 síntomas de los que se exponen a continuación. Para que un síntoma se considere significativo deben cumplirse los siguientes criterios:
- 1) el síntoma no puede explicarse por ninguna patología orgánica o mecanismo fisiopatológico (trastorno físico, efectos de una herida, medicación, fármacos o alcohol) y cuando hay una patología orgánica, los síntomas o el deterioro social o profesional resultante son mucho mayores de lo que cabría esperar por los hallazgos físicos;
 - 2) los síntomas no aparecen únicamente durante las crisis de angustia;
 - 3) el síntoma ha obligado a la toma de fármacos (no sólo analgésicos), a acudir con frecuencia a las consultas médicas o a alterar el estilo de vida.

Lista de síntomas:

Síntomas gastrointestinales:

- 1) vómitos (no durante el embarazo);
- 2) dolor abdominal (distinto del dolor menstrual);
- 3) náuseas (al margen de las que aparecen por mareo al viajar);
- 4) distensión (gases);
- 5) diarrea;
- 6) intolerancia a diversos alimentos.

Síntomas dolorosos:

- 7) Dolor en las extremidades;
- 8) dolor en la espalda;
- 9) dolor articular;
- 10) dolor al orinar;
- 11) otros dolores (con exclusión de las cefaleas).

Síntomas cardiopulmonares:

- 12) falta de aliento (sin hacer esfuerzos);
- 13) palpitaciones;
- 14) dolor torácico;
- 15) mareo o inestabilidad.

Síntomas de conversión o pseudoneurológicos:

- 16) amnesia;
- 17) dificultad para deglutir;
- 18) pérdida de la voz;
- 19) sordera;
- 20) visión doble;
- 21) visión borrosa;
- 22) ceguera;
- 23) mareo o pérdida de conciencia;
- 24) crisis o convulsiones;
- 25) dificultades en la marcha;
- 26) parálisis o debilidad muscular;
- 27) retención o dificultad para orinar.

Síntomas sexuales femeninos que la paciente considera que se presentan con más frecuencia o gravedad que en la mayor parte de las mujeres:

- 32) menstruación dolorosa;
- 33) ciclos menstruales irregulares;
- 34) excesivas pérdidas menstruales;
- 35) vómitos durante el embarazo.

Nota: Los siete ítems en negrita pueden utilizarse para detectar el trastorno. La presencia de dos o más de estos ítems sugiere una alta posibilidad de padecer el trastorno.

Criterios para el diagnóstico de dolor somatoforme (307.80)

- A. Preocupación por el dolor de al menos seis meses de duración.
- B. 1) o 2):
 - 1) la exploración apropiada no descubre ningún tipo de patología orgánica o de mecanismo fisiopatológico que pueda explicar el dolor (por ejemplo, un trastorno físico o los efectos de una lesión);
 - 2) cuando existe una patología orgánica, el dolor o el deterioro social o profesional resultante es claramente desproporcionado en relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.

Criterios para el diagnóstico de trastorno somatoforme indiferenciado (300.70)

- A. Uno o más síntomas físicos, por ejemplo, pérdida de apetito y trastornos gastrointestinales o urinarios.
- B. 1) o 2):
 - 1) la exploración apropiada no descubre ningún tipo de patología orgánica o de mecanismo fisiopatológico que explique las molestias físicas (por ejemplo, un trastorno físico, los efectos de una herida, medicación, drogas o alcohol);
 - 2) cuando existe una patología orgánica, los síntomas físicos o el deterioro social o profesional resultante son claramente desproporcionados en relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.
- C. La duración de este trastorno es de al menos seis meses.
- D. El trastorno no aparece únicamente en el curso de otro trastorno somatoforme, de una disfunción sexual, de un trastorno del estado de ánimo, de un trastorno por ansiedad, de un trastorno del sueño o de un trastorno psicótico.

Criterios para el diagnóstico de trastorno adaptativo

- A. Una reacción de adaptación a un estrés psicosocial identificable, que se presenta durante los tres meses siguientes al comienzo del estrés.
- B. La naturaleza desadaptativa de la reacción viene indicada por alguna de las siguientes características:
 - 1) incapacitación para la actividad social o laboral;
 - 2) síntomas que son excesivos respecto a la reacción normal y esperable frente al estrés.
- C. La alteración no es sólo la que ocurriría si se tratara de una hiperreacción ante el estrés o de una exacerbación de alguna de las enfermedades mentales anteriormente descritas.
- D. Se admite que la alteración va a remitir después de que cese el estrés o, en el caso de que éste persista, cuando se consiga el nuevo nivel de adaptación.
- E. La alteración no cumple los criterios del duelo no complicado ni de cualquiera de los trastornos específicos enumerados previamente.

Tipos de trastorno adaptativo. Codificar de acuerdo con el síntoma predominante. Especificar el agente(s) estresante(s) y su intensidad en el eje IV.

309.24 Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso

Esta categoría debería utilizarse cuando la manifestación predominante se centra en síntomas del tipo de nerviosismo, la preocupación y la inquietud.

309.00 Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido

Esta categoría debería utilizarse cuando la manifestación predominante incluya síntomas del tipo del estado de ánimo deprimido, llanto y desesperanza.

309.30 Trastorno adaptativo con alteración de la conducta

Esta categoría debería utilizarse cuando la manifestación predominante consiste en una conducta en la que existe una violación del derecho de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad. Ejemplos: vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas, e incumplimiento de las responsabilidades legales.

Criterios para el diagnóstico de trastorno facticio con síntomas físicos (301.51)

- A. Producción intencionada de síntomas físicos (no psicológicos).
- B. Necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, puesta de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para la conducta; por ejemplo, ganancia económica, mejores cuidados o bienestar físico.
- C. El trastorno no sólo aparece en el curso de otro trastorno del eje I, como la esquizofrenia.

Criterios para el diagnóstico de trastorno facticio con síntomas psicológicos (300.16)

- A. Producción intencionada de síntomas psicológicos (pero no físicos).
- B. Necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, puesta de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para la conducta; por ejemplo, ganancia económica, mejores cuidados o bienestar físico.
- C. El trastorno no sólo aparece en el curso de otro trastorno del eje I, como la esquizofrenia.

309.40 Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta

Esta categoría debería utilizarse cuando las manifestaciones predominantes suponen tanto rasgos emocionales (como por ejemplo, depresión, ansiedad) como alteraciones de la conducta.

309.28 Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos

Esta categoría debería utilizarse cuando los rasgos predominantes suponen diversas combinaciones de depresión, ansiedad u otras emociones. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con los trastornos depresivos y los ansiosos. Un ejemplo de esta categoría sería un adolescente que después de huir de casa y de la supervisión familiar, reacciona con ambivalencia, depresión, ira y signos de dependencia acusada.

309.82 Trastorno adaptativo con síntomas físicos

Esta categoría debería utilizarse cuando la manifestación predominante son los síntomas físicos; por ejemplo, cansancio, cefaleas, lumbalgias u otras molestias o dolores que no son diagnosticados como trastornos somáticos específicos en el eje III.

309.83 Trastorno adaptativo con retraimiento social

Esta categoría debería utilizarse cuando la manifestación predominante supone retraimiento social sin que los estados de ánimo deprimido o ansioso sean significativos.

309.23 Trastorno adaptativo con inhibición laboral (o académica)

Esta categoría debería utilizarse cuando la manifestación predominante es una inhibición de la actividad laboral o académica, que se presenta en un individuo cuyo rendimiento laboral o académico anterior había sido adecuado. Con frecuencia, existen también mezcolanzas distintas de ansiedad y depresión. Entre los ejemplos, podemos citar la incapacidad para estudiar o para escribir artículos o reportajes.

309.90 Trastorno adaptativo no especificado

Esta categoría residual incluye reacciones desadaptativas a agentes estresantes psicosociales que no son clasificadas en ningún tipo específico de trastorno adaptativo. Ejemplo: reacción inmediata ante un diagnóstico médico, con negación e incumplimiento de prescripciones, que es bastante desadaptativa.

Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas

A. Como mínimo, tres de los síntomas siguientes:

- 1) con frecuencia, el uso de de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendia;
- 2) un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia;
- 3) una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, el robo), consumirla (por ejemplo, fumando en cadena), o recuperarse de sus efectos;
- 4) intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (por ejemplo, no va al trabajo a causa de la resaca, va al trabajo o a la escuela "colocado" ["high"], está bajo los efectos de la intoxicación mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado (por ejemplo, conduce bajo los efectos de la intoxicación);
- 5) reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia;
- 6) uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia (por ejemplo, el sujeto sigue consumiendo heroína a pesar de las discusiones familiares que provoca su consumo, de la depresión inducida por cocaína, o de tener una úlcera que empeora con el alcohol);
- 7) tolerancia notable; necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia (al menos, un 50 %) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el continuado de la misma cantidad de sustancia.

Nota: Los siguientes ítems no pueden aplicarse al cannabis, los alucinógenos o la fenciclidina (PCP):

- 8) síntomas de abstinencia característicos (véase los síndromes específicos de abstinencia en los trastornos mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas);
- 9) a menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

B. Algunos de los síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o han aparecido repetidamente a lo largo de un período prolongado de tiempo.

Criterios para la gravedad de la dependencia de sustancias psicoactivas:

Leve: Pocos, o ningún síntoma además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Estos síntomas tan sólo provocan un leve deterioro de la actividad laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas o deterioro conductual entre "leve" y "grave".

Grave: Muchos síntomas además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Los síntomas interfieren considerablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las reuniones con los demás.*

En remisión parcial: Ha habido un consumo moderado de la sustancia y algunos síntomas de dependencia durante los pasados seis meses.

En remisión completa: No ha habido consumo de la sustancia, o lo hubo sin ningún síntoma de dependencia durante los pasados seis meses.

* Debido al fácil acceso a los cigarrillos y otras sustancias que contienen nicotina y a la ausencia de un síndrome clínicamente significativo de intoxicación por nicotina, el deterioro en la conducta laboral o social no es necesario para la valoración de una dependencia grave de la nicotina.

Criterios para el diagnóstico de abuso de sustancias psicoactivas:

- A. Un modelo desadaptativo de uso de sustancia psicoactiva caracterizado como mínimo por uno de los síntomas siguientes:
- 1) uso continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia psicoactiva;
 - 2) uso recurrente de la sustancia en situaciones en que éste es físicamente arriesgado (por ejemplo, conducir estando intoxicado).
- B. Algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo o han aparecido repetidamente por un período prolongado de tiempo.
- C. El cuadro nunca reunió los criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancia psicoactiva para el caso de esa sustancia.

Criterios para el diagnóstico de los factores psicológicos que afectan al estado físico(316.00)

- A. Los estímulos ambientales psicológicamente significativos se encuentran temporalmente relacionados con la iniciación o -exacerbación de la enfermedad física (que se registra en el eje III).
- B. La enfermedad física tiene, o bien una patología física demostrable (artritis reumatoide), o bien un proceso patofisiológico conocido (migraña o vómitos).
- C. La enfermedad no es debida a un trastorno somatoforme.

V62.82 Duelo no complicado

Esta categoría puede emplearse cuando la atención o la necesidad de tratamiento se centra en una reacción normal ante la muerte de un ser querido (duelo).

Ante una pérdida así, la reacción normal es, con frecuencia, un síndrome depresivo típico, con sentimientos depresivos y síntomas asociados del tipo de la pérdida de apetito, pérdida de peso e insomnio. Sin embargo, son menos frecuentes los déficit funcionales prolongados y acusados, la mórbida preocupación de que nada vale la pena y la inhibición psicomotora llamativa, todo ello sugerente de que el duelo se ha complicado por el desarrollo de una depresión mayor.

En el duelo no complicado, cuando están presentes los sentimientos o ideas de culpa, suelen centrarse en lo que el superviviente podía haber hecho o en lo que no hizo en el momento de la muerte del ser querido; las ideas de muerte se limitan por lo general a pensamientos en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida, o de desaparecer junto con ella. El sujeto con duelo no complicado generalmente considera sus sentimientos depresivos como "normales", aunque acuda en busca de ayuda profesional para liberarse de los síntomas asociados, como el insomnio y la anorexia. La reacción ante la pérdida puede no ser inmediata, pero rara vez se da tras los primeros dos o tres meses. La duración del duelo "normal" varía considerablemente entre diferentes grupos subculturales.

Trastornos mentales orgánicos asociados a trastornos o estados físicos del eje III, o cuya etiología es desconocida

El "trastorno mental orgánico" designa un síndrome mental orgánico en particular, del que se conoce o se presume su etiología (por ejemplo, delirium por abstinencia alcohólica, demencia por infarto múltiple). En la clasificación del DSM - III - R, el término de trastorno se aplica cuando un síndrome mental orgánico está asociado a un estado o trastorno físico del eje III, como un trastorno delirante orgánico debido a un tumor cerebral. También se utiliza el concepto de trastorno a pesar de que la etiología sea desconocida, aunque en sentido estricto sería más correcto utilizar el concepto de síndrome.

Sintomatología asociada. Los trastornos mentales orgánicos se acompañan de una amplia variedad de anomalías emocionales, motivacionales y conductuales. Debido a ello, en ocasiones se hace imposible decidir si los síntomas son el resultado directo de la afectación cerebral, o si son secundarios a los déficit cognitivos y a los cambios fisiológicos que constituyen la sintomatología esencial de estos trastornos.

El deterioro cognitivo puede ir asociado a alteraciones emocionales graves derivadas de la percepción que el sujeto hace de sus déficit. Puede haber ansiedad, depresión, irritabilidad y sentimientos de vergüenza en grado variable.

Los sujetos compulsivos tienden a tolerar particularmente mal la reducción de su capacidad cognitiva o la presencia de anomalías perceptivas del tipo de las alucinaciones.

En los sujetos suspicaces puede haber actitudes paranoides y verdaderas ideas delirantes cuando se sienten amenazados a causa de su deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo puede acompañarse de una disminución del control de impulsos sexuales, agresivos y consumatorios.

Edad de comienzo. Los trastornos mentales orgánicos pueden presentarse a cualquier edad.

Criterios para el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad (301.00)

A. Tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente agresivas o amenazantes. Por lo general, esta tendencia se hace patente desde el inicio de la edad adulta, se da en diversos contextos y se pone de relieve con al menos cuatro de las siguientes manifestaciones:

- 1) el sujeto cree ser explotado o perjudicado por los demás, sin base suficiente;
- 2) se cuestiona sin razón la lealtad o la amistad de amigos o personas próximas;
- 3) interpreta injustificadamente como agresivos o amenazadores comentarios o acontecimientos inocentes (por ejemplo, el sujeto sospecha que el vecino saca la basura temprano sólo para molestarle);
- 4) recuerda los agravios o no perdona los insultos o los desprecios;
- 5) es reticente a confiar en los demás por su miedo injustificado a que la información pueda ser utilizada en su contra;
- 6) se siente fácilmente ofendido y reacciona rápidamente con ira o con agresividad;
- 7) se cuestiona sin razón la fidelidad del cónyuge o del compañero sexual.

B. El trastorno se presenta sólo en el curso de una esquizofrenia o de un trastorno delirante.

Criterios para el diagnóstico del trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)

- A.** Pauta generalizada de indiferencia hacia las relaciones sociales y marco restringido de experiencia y expresión emocional, que se hacen patentes desde el inicio de la vida adulta y que se dan en diversos contextos. Esta pauta incluye al menos cuatro de las siguientes manifestaciones:
- 1) el sujeto no desea ni disfruta de las relaciones íntimas, ni incluso de formar parte de una familia;
 - 2) casi siempre escoge actividades solitarias;
 - 3) casi nunca pretende o aparenta sentir emociones fuertes, como ira o alegría;
 - 4) su deseo de tener relaciones sexuales con otra persona (teniendo en cuenta la edad) es escaso o nulo;
 - 5) es indiferente a la alabanza y a la crítica de los demás;
 - 6) no tiene amigos íntimos o confidentes (o sólo uno) al margen de los parientes de primer grado;
 - 7) tiene una afectividad limitada, por ejemplo, se muestra frío, distante, inexpresivo e insensible a las expresiones de los otros (como sonreír o mover la cabeza).
- B.** El trastorno se presenta sólo en el curso de una esquizofrenia o de un trastorno delirante.

Criterios para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)

- A. Pauta generalizada de déficit en las relaciones interpersonales y de peculiaridades en la ideación, la apariencia y la conducta, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Son necesarias al menos cinco de las siguientes manifestaciones:
- 1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia);
 - 2) ansiedad social excesiva; por ejemplo, malestar intenso en situaciones sociales que supongan contacto con gente desconocida;
 - 3) creencias extrañas o pensamiento mágico que influye sobre la conducta^a y que es discrepante con las normas subculturales; por ejemplo, supersticiones, creencia en clarividencia, telepatía ("sexto sentido") "otros pueden captar mis sentimientos" (en los niños o adolescentes fantasías o preocupaciones extravagantes);
 - 4) experiencias perceptivas inusuales; por ejemplo, ilusiones, sensación de presencia de una fuerza de una persona que no está físicamente presente, por ejemplo, "tuve la sensación de que mi madre muerta estaba en la habitación");
 - 5) conducta o apariencia extraña o excéntrica; por ejemplo, manierismos inusuales o hablar solo;
 - 6) carencia de amigos o confidentes íntimos (o tienen sólo uno), al margen de los parientes de primer grado;
 - 7) lenguaje extraño (sin pérdida de las asociaciones o incoherencia); por ejemplo, lenguaje empobrecido, divagatorio, vago o exageradamente abstracto;
 - 8) afectividad inapropiada o limitada; por ejemplo, frialdad, distanciamiento o insensibilidad a las expresiones de los otros (como sonreír o mover la cabeza);
 - 9) suspicacia o ideación paranoide.
- B. El trastorno se presenta sólo en el curso de una esquizofrenia o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad (301.70)

- A. La edad actual ha de ser por lo menos de 18 años.
- B. Hay pruebas de que el trastorno de conducta empieza antes de los 15 años, como se manifiesta por una historia de tres o más de los siguientes síntomas:
 - 1) frecuencia de absentismo escolar;
 - 2) huidas de casa por la noche, por lo menos dos veces, viviendo con los padres o en un hogar adoptado (o una escapada sin regreso);
 - 3) a menudo, ha iniciado peleas físicas;
 - 4) ha utilizado armas en más de una ocasión;
 - 5) ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales;
 - 6) es físicamente cruel con los animales;
 - 7) es físicamente cruel con otra gente;
 - 8) destrucción deliberada de la propiedad de los otros (distinta del incendio);
 - 9) participación deliberada en incendios;
 - 10) mentiras frecuentes (distintas de las necesarias para evitar agresiones físicas o sexuales);
 - 11) robos sin enfrentamientos con la víctima en más de una ocasión (incluyendo falsificaciones);
 - 12) robos enfrentándose a la víctima (amenazas, tirones, chantajes, robo armado).
- C. Una pauta de conducta irresponsable y antisocial desde la edad de los 15 años, tal como indican al menos cuatro de las siguientes características:
 - 1) incapacidad para mantener una conducta laboral consistente, puesta de manifiesto por alguna de las siguientes características (se incluyen también conductas similares en las instituciones escolares cuando el sujeto es estudiante);
 - a) desempleo significativo durante seis meses o más, en un período de 5 años, cuando se supone que puede trabajar y hay disponibilidad laboral;
 - b) ausencias repetidas del trabajo, inexplicadas por enfermedad propia o familiar;
 - c) abandono de diversos trabajos sin planes realistas para obtener otros;
 - 2) fracaso en adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal, puesto de manifiesto por el hecho de llevar a cabo repetidamente actos antisociales que pueden ser motivo de arresto (tanto si ha sido detenido como si no). Por ejemplo, destrucción de la propiedad, molestias a la gente, robos, ocupación ilegal;

- 3) irritable y agresivo tal como se pone de manifiesto por luchas o ataques físicos repetidos (no necesarios por las características del propio trabajo o para defenderse a sí mismo o a los demás). Se incluyen también los malos tratos a la pareja y a los niños;
 - 4) fracasos repetidos en el cumplimiento de las obligaciones económicas como, por ejemplo, impagos de deudas o incapacidad para mantener a los hijos o a cualquier otra persona habitualmente dependiente del sujeto;
 - 5) fallos para planificar y actuaciones impulsivas, puestas de manifiesto por una o las dos condiciones siguientes:
 - a) viajar de un sitio a otro sin tener trabajo fijo u objetivos claros o una idea clara sobre cuándo va a terminar el viaje;
 - b) falta de dirección fija durante un mes o más;
 - 6) ausencia de interés por la verdad, puesta de manifiesto por mentiras repetidas, uso de alias, o bromas a los demás realizadas para provecho o placer personal;
 - 7) despreocupación por la seguridad propia o la de los demás, puesta de manifiesto, por ejemplo, al conducir intoxicado o ir a velocidad inadecuada;
 - 8) cuando actúa como padre o como cuidador carece de la capacidad para actuar de manera responsable, puesta de manifiesto por una o más de las siguientes características:
 - a) desnutrición del niño;
 - b) enfermedades infantiles debidas a falta de higiene mínima;
 - c) incapacidad para obtener ayuda médica cuando el niño está gravemente enfermo;
 - d) dependencia del niño respecto a los vecinos o parientes lejanos para sus necesidades alimentarias o de protección;
 - e) incapacidad para conseguir un cuidador o "un canguro" cuando sale de casa;
 - f) despilfarro en objetos personales del dinero necesario para cubrir las necesidades del hogar;
 - 9) no ha mantenido una relación totalmente monogámica durante más de un año;
 - 10) ausencia de remordimientos (encuentra justificación para dañar, maltratar o robar a los demás).
- D. La conducta antisocial debe presentarse al margen del curso de una esquizofrenia o de episodios maníacos.

Criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (301.83)

A. Pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. La pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características:

- 1) relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización;
- 2) impulsividad al menos en dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto. Por ejemplo, despilfarro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos en tiendas, conducción irresponsable, comidas copiosas (aquí no debe incluirse la conducta suicida o automutilante que se menciona en el apartado 5);
- 3) inestabilidad afectiva; cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad o la ansiedad que, por lo general, duran pocas horas y, más raramente, algunos días;
- 4) ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso; por ejemplo, manifestaciones frecuentes de violencia, ira constante, peleas físicas repetidas;
- 5) amenazas, gestos o conductas suicidas repetidas, o conductas automutilantes;
- 6) trastorno de la identidad acusado y persistente, manifestado por incertidumbres respecto al menos dos de las siguientes características: autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo término o elección de carrera, tipo de amigos y valores que se desean;
- 7) sentimiento crónico de vacío o de aburrimiento;
- 8) esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginario (no debe incluirse la conducta suicida o automutilante que se menciona en el apartado 5).

Criterios para el diagnóstico del trastorno histriónico de la personalidad (301.50)

- A. Pauta generalizada de emocionalidad y de búsqueda de atención exageradas, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos, como se pone de manifiesto por al menos cuatro de las siguientes características:
- 1) busca o solicita apoyo, aprobación o alabanza constantemente;
 - 2) es sexualmente seductor de manera inapropiada en su apariencia o en su conducta;
 - 3) está exclusivamente preocupado por su atractivo físico;
 - 4) expresa las emociones con una exageración inapropiada; por ejemplo, abrazos excesivos a conocidos casuales, llanto incontrolable por motivos sentimentales nimios y crisis de pérdida de nervios;
 - 5) se encuentra incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención;
 - 6) manifiesta cambios rápidos en la expresión de las emociones;
 - 7) está centrado en sí mismo y sus acciones están dirigidas a obtener satisfacción inmediata; no tolera la frustración ni la demora de las gratificaciones;
 - 8) su estilo de lenguaje es excesivamente impresionista y no incluye detalles; por ejemplo, cuando se le pide que describa a su madre no va más allá de decir que su madre es "una persona encantadora".

Criterios para el diagnóstico del trastorno narcisista de la personalidad (301.81)

A. Una pauta generalizada de grandiosidad (en fantasía o en conducta), falta de empatía e hipersensibilidad a la evaluación de los demás, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cinco de las siguientes características:

- 1) el sujeto reacciona a las críticas con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación (aunque no los expresa);
- 2) tiende a la explotación interpersonal, es decir se aprovecha de los demás para conseguir sus propios fines;
- 3) posee un sentimiento grandioso de la propia importancia; por ejemplo, exagera los logros y las capacidades y espera ser considerado como "especial" a pesar de no haber hecho nada para merecerlo;
- 4) considera que sus problemas son únicos y que pueden ser entendidos sólo por otros individuos también especiales;
- 5) está preocupado por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados;
- 6) posee un sentimiento de "categoría" es decir, una expectativa irrazonable de recibir un trato especialmente favorable; por ejemplo, cree que no debe esperar en la cola como los demás;
- 7) pide atención y admiración constantes; por ejemplo, hace todo lo posible para recibir cumplidos;
- 8) falta de empatía; incapacidad para reconocer y experimentar lo que los otros sienten; por ejemplo, enfado y sorpresa cuando un amigo que se encuentra gravemente enfermo anula una cita;
- 9) está preocupado por sentimientos de envidia.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de la personalidad por dependencia (301.60)

Una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos.

Esta pauta se manifiesta al menos por cinco de las siguientes características:

- 1) el sujeto es incapaz de tomar las decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos o recomendaciones por parte de los demás;
- 2) permite que los demás tomen la mayor parte de las decisiones importantes; por ejemplo, dónde vivir, qué trabajo ocupar, etc.
- 3) tiende a estar de acuerdo con los demás, incluso cuando están equivocados, por temor a sentirse rechazado;
- 4) tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa;
- 5) acepta hacer voluntariamente cosas desagradables para él, con el fin de agradar a los demás;
- 6) se siente incómodo o desvalido cuando se encuentra solo y hace grandes esfuerzos para evitar esa situación;
- 7) se siente devastado o desvalido cuando terminan las relaciones íntimas;
- 8) se preocupa con frecuencia con el temor de ser abandonado;
- 9) es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación.

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (301.40)

Una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características:

- 1) perfeccionismo que interfiere la ejecución de las tareas, por ejemplo, incapacidad para completar un proyecto debido a que los criterios del sujeto, exageradamente estrictos, son casi imposibles de cumplir;
- 2) preocupación por los detalles, normas, listas, órdenes, organizaciones y horarios hasta el extremo de que se pierde casi todo el tiempo en eso;
- 3) insistencia irrazonable en que los demás hagan las cosas exactamente de acuerdo con sus ideas o una reticencia también irrazonable a permitir que los otros hagan las cosas, debido al convencimiento de que no las harán correctamente;
- 4) excesiva devoción al trabajo y a la productividad, con exclusión de amistades y actividades recreativas (que no se explica además por necesidades económicas obvias);
- 5) indecisión: la toma de decisiones se evita, se pospone o se delega. El individuo no puede hacer las cosas a su debido tiempo porque pierde una gran cantidad de él pensando en las posibles prioridades (se excluye la indecisión debida a una necesidad excesiva de consejos o de recomendaciones por parte de los demás);
- 6) el sujeto es excesivamente consciente, escrupuloso e inflexible sobre materias de moral, ética o valores (no explicados por identificación cultural o religiosa);
- 7) expresión restringida de los afectos;
- 8) falta de generosidad en el tiempo, en el dinero o en los regalos cuando no hay posibilidades de obtener ganancia personal;
- 9) incapacidad para desechar los objetos usados o inútiles incluso cuando carecen de valor sentimental.

Criterios para el diagnóstico del trastorno pasivo - agresivo de la personalidad (301.84)

Una pauta generalizada de resistencia pasiva a las razonables demandas de rendimiento social y profesional, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se pone de manifiesto por al menos cinco de las siguientes características:

- 1) retrasos; es decir, demoras en la ejecución de las tareas, de modo que no se cumplan los plazos;
- 2) el sujeto se vuelve malhumorado, irritable o discutiador cuando se le pide que haga algo que no quiere hacer;
- 3) parece trabajar de un modo deliberadamente lento o hace mal las tareas que realmente no quiere hacer;
- 4) protesta sin justificación de que los demás le piden cosas irrazonables;
- 5) evita las obligaciones pretendiendo que las ha "olvidado";
- 6) cree que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan;
- 7) se resiste a las sugerencias útiles de los demás para ser más productivo;
- 8) malogra los esfuerzos de los demás al enletecer la parte del trabajo que le corresponde;
- 9) critica o se burla de manera irrazonable de las personas que tienen posiciones de autoridad.