

11741



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

40

DIVISION DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA GENERAL.

NOMBRE DE LA TESIS:

ESTUDIO EN PACIENTES QUE SE DIAGNOSTICARON EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ CON TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

ALUMNA: Dra. Antelma Soria Sánchez

TUTORES



Dr. Rogelio Apiquián Guittart

Dr. Humberto Nicolini Sánchez

Teórico

Metodológico

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA
DIPLOMA DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DR. ROGELIO APIQUIÁN GUITTART

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I. INTRODUCCION	2
II. MARCO TEORICO	4
III. JUSTIFICACION	20
IV. HIPOTESIS	21
V. OBJETIVOS	22
VI. METODOLOGIA	23
VII. RESULTADOS.	25
VIII. ANALISIS	37
IX. DISCUSION	39
X. BIBLIOGRAFIA	41
XI. ANEXOS	42

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I INTRODUCCION

Este estudio nos sirve para observar que el instrumento de medición en este caso el SCID I nos sirve para realizar el estudio confirmatorio o certero en la realización del diagnóstico y que la experiencia para la realización de este estudio es importante ya que fueron valorados por 2 psiquiatras

Observamos que efectivamente el diagnóstico de trastorno delirante primario y antes llamado paranoia vera como se indica en el marco teórico es una entidad poco frecuente y diferente del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Con el tiempo ha sido difícil realizar una clasificación como se menciona en el marco teórico, pero en la actualidad tenemos ya instrumentos para realizar un diagnóstico más certero además con la experiencia que se acumule en la vida del psiquiatría.

Observaremos que efectivamente como se menciona en la bibliografía respecto a este diagnóstico hay deterioro en parte de su vida, pero a diferencia del espectro esquizofrénico y otros los pacientes son más funcionales

Otra observación importante sería la psicopatología aunada a los pacientes con este diagnóstico que nos interesa

Los familiares arrojaron datos importantes ya que por lo menos uno o más de los familiares de los probando padecían de alguna psicopatología

Mencionare que todos los pacientes diagnosticados con T.delirante primario iniciaron el cuadro con trastorno depresivo en sus diversos grados o con ansiedad generalizada, mencionado en el marco teórico, que en algunos persiste aunado a su padecimiento que nos interesa en este momento

En este estudio también coincide con lo descrito en el marco teórico de la mayoría de los subtipos que obtuvimos y se realiza en el marco teórico , el posible origen de los subtipos más observados.

La mayoría a diferencia del espectro esquizofrénico y otros hay menos deterioro en el aspecto social observándolo en diferentes datos demográficos.

Aun que no se menciona en el presente estudio observamos que efectivamente la mayoría cursaba con ideas de referencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Observamos en este estudio el tratamiento que se da en esta muestra tomada pensando que es representativa ya que fue tomada de un hospital de la secretaria de salud.

II MARCO TEÓRICO

El trastorno delirante según el DSM IV es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes. No deben cumplir con los criterios para esquizofrenia o T. esquizoafectivo. Si hay alucinaciones visuales o auditivas, no son importantes y puede haber alucinaciones pero no son importantes. La actividad psicosocial no está significativamente deteriorada, y el comportamiento no es raro ni extraño. Si se presentan episodio afectivo es relativamente breve. Las ideas delirantes no son debidas a efectos fisiológicos o de efectos de algunas sustancias.

Aun que la consideración de que las ideas delirantes sean o no extrañas es especialmente importante para diferenciar el trastorno delirante de la esquizofrenia.

La actividad psicosocial es variable. Algunos sujetos pueden estar relativamente conservados en sus papeles interpersonales y laborales. En otros el deterioro es importante que se deriva directamente de las mismas creencias delirantes.

Otro dato importante en los sujetos con T. delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y de su aspecto de sus ideas delirantes no sean cuestionadas o puestas en juego. En general, es más fácil que esté deteriorada la actividad social y conyugal que la intelectual o laboral.

Existen diferentes subtipos de trastorno delirante primario, que puede especificarse en base al tema delirante que predomine, como son el erotomaniaco somático, persecutorio, mixto y no especificado.

Los síntomas y trastornos asociados se pueden producir problemas sociales conyugales o laborales como consecuencia de las ideas delirantes. En sujetos con este trastorno son frecuentes las ideas de autorreferencia. Sus interpretaciones de estos acontecimientos acostumbran a ser consistentes con el contenido de las creencias delirantes. Muchos sujetos desarrollan irritabilidad, que normalmente puede interpretarse como una relación a sus creencias delirantes, a diferencia de los esquizofrénicos, el empobrecimiento de la actividad social puede ser debido a los síntomas, positivos como negativos. Asimismo, una característica habitual de los sujetos con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y de su aspecto. (1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El trastorno delirante se define como un trastorno psiquiátrico, en el cual los síntomas predominantes son ideas delirantes. Este trastorno se llamó con anterioridad paranoia vera o trastorno paranoide (1)

El trastorno delirante debe diferenciarse de la esquizofrenia y de los trastornos del ánimo. Aun que los pacientes con T. delirante pueden tener un ánimo concordante con el contenido de sus ideas delirantes, no se evidencia la dominancia de los síntomas afectivos que se observan en el estado de ánimo. De forma similar, los pacientes con este trastorno difieren de los esquizofrénicos en que la naturaleza de sus delirios no es tan extravagante, que es improbable pero no imposible. Los pacientes con T. delirante también carecerán de otros síntomas que se observan en la esquizofrenia, como alucinaciones,, aplanamiento afectivo y otros síntomas adicionales de trastornos del pensamiento (4)

El antiguo nombre del T. delirante, paranoia, deriva de dos palabras griegas que significaban "junto a" y "mente". En este sentido, "paranoia" se utilizó históricamente, para describir una variedad de estados mentales, incluidos la demencia y el delirium.

En 1818 Johann C. Heibroth introdujo el concepto básico de paranoia en psiquiatría cuando describió trastornos del intelecto bajo, el término de Verrucktheit. En 1838, el psiquiatra francés Jean Etienne Dominique Esquirol acuñó el término monomanía para caracterizar las ideas delirantes en los que no estaba afectado el razonamiento lógico o la conducta terminal (?)

Karl Ludwig K. Utilizó en 1863 el término paranoia, y definió el trastorno como poco común pero bien caracterizado. Emil Kraepelin también reconoció un trastorno al que llamó paranoia y que se caracterizaba por un comportamiento delirante persistente en ausencia de alucinaciones y deterioro de la personalidad. Eugen Bleuler acuñó el término esquizofrenia, fue el responsable de ampliar el rango de personas que podían cumplir este diagnóstico. Sigmund Freud, formuló el desarrollo de síntomas paranoides siendo una pieza clave en el desarrollo del concepto (2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EPIDEMIOLOGIA

La evaluación detallada de la epidemiología del trastorno delirante se ve afectada por la poca frecuencia relativa del trastorno, así por las diferentes definiciones que ha recibido recientemente: además el trastorno delirante rara vez puede llegar a constatarse y darse información de él ya que estos pacientes no gustan ayuda psiquiátrica a menos que se vena forzados por su familiares o por la justicia. Incluso con estas limitaciones la literatura confirma que este trastorno, aunque poco corriente, ha estado presente en la población en una proporción relativamente estable

La prevalencia del trastorno delirante en E U Se estima que es en la actualidad es de un 0.025% a un 0.03%. Es decir es mucho menos frecuente que la esquizofrenia, cuya prevalencia es del 1% y que los trastornos del ánimo, cuya prevalencia es del 5%. La incidencia anual del trastorno delirante es de 1 a 3 nuevos casos por cada 100,000 personas y estos alcanzan un 4% de todos los ingresos en hospitales psiquiátricos por psicosis no debidas a una enfermedad médica o al abuso de sustancias. La media de la edad de inicio está alrededor de los 40 años pero puede iniciarse entre los 18 y 90 años. Existe una ligera preponderancia de pacientes del sexo femenino. Muchos pacientes están casados y trabajan y existe cierta asociación como emigración reciente y estatus económico bajo (5)

ETIOLOGIA

Como ocurre con la mayoría de los trastornos psiquiátricos se desconoce cual es la causa del trastorno delirante. Además, los pacientes que normalmente reciben éste diagnóstico presentan con toda probabilidad una patología heterogénea donde predominan las ideas delirantes. El concepto central en el que hay que apoyarse para hablar de etiología es la diferenciación de éste trastorno de la esquizofrenia y de los trastornos de ánimo. El trastorno delirante es mucho más infrecuente que los dos anteriores, empieza más tarde que la esquizofrenia y tiene una predominancia femenina menor que la que se observa en los trastornos del estado de ánimo. Los datos más convincente proceden de estudios con familias con las que se constata una mayor prevalencia de éste trastorno y de los rasgos de personalidad relacionados (suspiciacia, celos y reserva con los demás) en los parientes de los pacientes afectos a este

trastorno. Estos estudios no han aportado datos sobre mayor incidencia de esquizofrenia y trastorno del estado de ánimo en familiares de pacientes con trastorno delirante ni de una mayor incidencia de trastornos delirantes entre los familiares de pacientes esquizofrénicos (2).

FACTORES BIOLÓGICOS.

Gran cantidad de enfermedades médica y de sustancias, factores biológicos claramente delimitados, pueden causar ideas delirantes, pero no todas las personas con un tumor cerebral, por ejemplo, las presentan. Es probable que existan factores específicos hasta el momento desconocidos.

Las enfermedades neurológicas que más se asocian a ideas delirantes son las que afectan al sistema límbico y a los ganglios basales. Las ideas delirantes de los pacientes que presentan patología neurológica en ausencia de deterioro intelectual tienden a ser complejas similares a las de los pacientes con trastorno delirante. Por el contrario los pacientes con una patología neurológica y deterioro intelectual presentan ideas delirantes simples diferentes de las que se observan en el trastorno delirante. Así, el trastorno delirante puede implicar patología del sistema límbico o de los ganglios basales en aquellos pacientes que tienen intacto el funcionamiento del córtex cerebral (5).

El trastorno delirante puede aparecer como respuesta normal a experiencias anómalas en el ambiente, en el sistema nervioso periférico o en el sistema nervioso central. De este modo si un paciente presenta sensaciones erróneas de ser seguido. Esta hipótesis se basa en la presencia de experiencias similares a las alucinatorias que necesitan ser explicadas. La presencia de tales experiencias en el trastorno delirante no se ha confirmado.

FACTORES PSICODINÁMICOS.

Los especialistas comprueban clínicamente que muchos pacientes con trastorno delirante están socialmente aislados y han conseguido menos logros que los esperables. Las teorías psicodinámicas específicas sobre la causa y evolución de los síntomas delirantes involucran suposiciones en la que los pacientes se conciben como

personas hipersensibles con unas mecanismos del yo concretos: formación reactiva proyección y negación (2)

OTROS FACTORES PSICODINAMICOS

Las observaciones clínicas indican que algunos pacientes paranoides experimentan una pérdida de confianza en las relaciones interpersonales. Se ha propuesto que ésta desconfianza podría estar relacionada con un ambiente hostil familiar, a menudo con una madre muy controladora y un padre sádico o distante (5)

Los pacientes con un trastorno delirante utilizan como principales mecanismo de defensa la formación reactiva, la negación y la proyección. La formación reactiva se utiliza como defensa contra la agresión, la necesidad de dependencia y los sentimientos de afecto y transforma la necesidad de dependencia en una firme independencia. La negación se utiliza para evitar la conciencia de una realidad dolorosa. Consumidos por la ira y la hostilidad incapaces de afrontar la propia cólera, los pacientes proyectan su resentimiento y su ira sobre los demás y éste uso de la proyección los protege de reconocer impulsos inaceptables en sí mismos.

Sobre la hipersensibilidad y los sentimientos de inferioridad existe la hipótesis de que mediante la formación reactiva y la proyección conducen a delirios de grandeza y de superioridad. Se ha sugerido que los delirios de ideas eróticas son sustituidos de los sentimientos de rechazo. Algunos clínicos han señalado que los niños de los que se espera un rendimiento elevado y que son castigados de forma inmerecida cuando fracasan en algo, pueden desarrollar fantasías elaboradas para reforzar su autoestima dañada. Estos pensamientos secretos pueden convertirse en ideas delirantes. Los delirios críticos y amenazantes suelen entenderse como proyecciones de las críticas del superyó. Los delirios paranoides de pacientes de sexo femenino a menudo incluyen acusaciones de prostitución. Cuando de niña la paciente paranoide buscó en su padre el amor maternal que no podía recibir de su madre, aparecieron deseos incestuosos. Los posteriores contactos heterosexuales son una reminiscencia inconsciente de los deseos incestuosos de su infancia; la paciente se defiende de estos deseos a través de las proyecciones del superyó que la acusan de prostituirse.

Los delirios somáticos pueden explicarse desde la perspectiva psicodinámica como una regresión al estado narcisista infantil, en el cual el niño no se siente emocionalmente implicado con los demás y está fijado en su mismo físico. En los delirios erotomaniacos, el amor puede ser conceptualizado como un amor narcisista proyectado que se utiliza como defensa contra la baja autoestima y el daño narcisista grave. Los delirios de grandeza podrían ser una regresión a los sentimientos de omnipotencia de la infancia en la que predominan sentimientos de grandeza.

DIAGNOSTICO

El desafío conceptual del diagnóstico de un trastorno delirante reside en la necesidad de diferenciar éste trastorno de la esquizofrenia. El DSM-III-R fundamentó esta diferencia en dos criterios.

En la práctica la distinción clínica entre los delirios extravagantes y los que no lo son puede ser difícil.

Además tanto los clínicos como los investigadores subrayan que la distinción entre la esquizofrenia y el trastorno delirante residiría en la ligera alteración del funcionamiento mental que se observa en el trastorno delirante, al contrario de lo que ocurre en la esquizofrenia. La cuarta edición del DSM-IV basa en la naturaleza un extraña de los síntomas y en la ausencia de síntomas de esquizofrenia sus criterios diagnósticos para el trastorno delirante los observaremos en la siguiente tabla.

F22.0 TRASTORNO DELIRANTE (297.1)

- A. Ideas delirantes no extrañas (por ejemplo que implican situaciones que ocurren en la vida real como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos un mes de duración.
- B. Nunca se ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia. *Nota:* en el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
- C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos delirantes.
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo una droga o un medicamento) o enfermedad médica.

Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) esta siendo perjudicada de alguna forma

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes caracterizadas de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema

Tipo no especificado.

El DSMIV presentó dos criterios para describir los síntomas clínicos del trastorno delirante. El criterio A requiere la presencia de ideas delirantes, por lo menos durante un mes (por lo menos 3 meses [CIE-10]) y se describen las ideas delirantes como no extravagantes en un intento de ayudar a los especialistas a discriminarlos de las de la esquizofrenia.

El criterio B se requiere la ausencia de síntomas de esquizofrenia mientras dura el trastorno delirante. Una excepción a esta exclusión son las alucinaciones olfatorias o táctiles, si concuerdan con el sistema delirante

El DSM-IV también especifica que los efectos del trastorno sobre el funcionamiento general del sujeto están limitados a los que las ideas delirantes en si mismas tienen sobre la vida del sujeto. Con este criterio se pretende excluir a aquellos pacientes cuyo funcionamiento normal está alterado por la presencia de síntomas característicos de la esquizofrenia, como la ambivalencia (1, 2, 3)

TIPOS DE TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO

El DSM-IV permite a los clínicos especificar cada uno de los siete tipos de T Delirante, basados en el contenido predominantemente de los mismos. Los tipos son el erotomaniaco, grandioso, celotípico, persecutorio, somático y mixto. Los tipos celotípicos y persecutorio son los más comunes (1,2)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Estado mental

Descripción general. El paciente suele estar bien aseado y bien vestido, sin desintegración importante de la personalidad ni de sus actividades cotidianas. Aunque puede parecer excéntrico, extraño, desconfiado u hostil, a veces es litigante y puede presentar así ante el examinador. Normalmente, lo más destacable de los pacientes con un trastorno delirante es que el examen mental les muestra como personas normales excepto por la presencia del trastorno delirante. Si el paciente intenta que el clínico se convierta en aliado de su delirio, el especialista no debería aceptarlo, ya que al hacerlo puede terminar por confundir la realidad y establecer la base de una base entre el paciente y el terapeuta (6)

Animo, sentimientos, afecto. El animo del paciente es acorde con el contenido de su delirio. Sea cual sea la naturaleza del sistema delirante, el examinador puede percibir una depresión leve

Alteraciones perceptivas. Por definición, los pacientes con un trastorno delirante no sufren alucinaciones importantes. Según el DSM-IV pueden estar presentes alucinaciones olfativas o táctiles si son acordes con el delirio. Unos pocos pacientes delirantes tienen otras experiencias alucinatorias, casi siempre auditivas, mas que visuales.

Pensamiento. El trastorno del contenido del pensamiento, en forma de ideas delirantes, es el sintoma más característico de este trastorno. Los delirios suelen ser sistematizados y en cierta medida podrían ser posibles a diferencia de los imposibles

del paciente esquizofrénico. El sistema delirante en sí mismo puede ser complejo o simple. El paciente no tiene otros síntomas de alteraciones del pensamiento, aunque algunos pueden estar verborreicos y ser circunstanciales o idiosincrásicos en su lenguaje cuando hablan de sus ideas delirantes. El clínico no debe suponer de antemano que situaciones poco probables sean delirantes. La veracidad de las creencias de un paciente debe verificarse de forma inmediata antes de etiquetar su contenido como delirante.

Sensorio y cognición. **ORIENTACION.** Los pacientes con un trastorno delirante suelen estar bien orientados a menos que su delirio haga referencia su persona, al lugar o al tiempo.

MEMORIA. La memoria y otros procesos cognoscitivos están intactos en estos pacientes.

Control de impulsos. El especialista debe evaluar en un paciente con un trastorno delirante la ideación o los planes para actuar según el contenido de las ideas delirantes de modo suicida, homicida o violento. Aunque no se conoce cual es la incidencia de estas conductas, el terapeuta no debe basilar en preguntar a estos pacientes sobre sus planes suicidas, homicidas o violentos. La agresión destructiva es más frecuente entre los pacientes con una historia previa de violencia. Si en el pasado existieron sentimientos agresivos, el terapeuta debería preguntarle al paciente como los controló. Si los pacientes son incapaces de controlar sus impulsos puede ser necesario hospitalizarlos.

Juicio y percepción interna. Los pacientes con un trastorno delirante no tienen ninguna conciencia de su patología y casi siempre llegan al hospital conducidos por la policía, familiares, o jefes. La mejor forma de valorar el juicio de estos pacientes es evaluando su conducta pasada y presente y sus planes de futuro.

Fiabilidad. La información que proporcionan estos pacientes suele ser fidedigna, a menos que vaya en contra de sus ideas delirantes (?).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Muchas enfermedades médicas y neurológicas pueden producir ideas delirantes. Los lugares más comunes en donde aparecen lesiones son los ganglios basales y el sistema límbico. En la evaluación médica debe incluirse un análisis de tóxicos y una analítica general. La evaluación neuropsicológica y un electroencefalograma o una tomografía computarizada también pueden estar identificados en el momento de la presentación inicial, en especial si existen otros signos o síntomas que sugieren alteraciones cognoscitivas o electrofisiológicas, o lesiones estructurales (2, 6).

EL ESTADO EVOLUTIVO EN MEXICO.

En la revisión de 1931 expedientes de enfermos que ingresaron al servicio del 6° piso del Hospital "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de 1967 a 1974, se encontró que 913 eran hombres y 718 mujeres. De los cuales 18 pacientes padecían psicosis paranoide involutiva. La frecuencia de esta psicosis en el grupo estudiado de ambos sexos fue de 1%. La frecuencia de mujeres fue de 2.36% (17 casos) en los hombres de 0.10% (un caso únicamente).

La edad de inicio de la enfermedad fue la siguiente:

Promedio	49.58 años
Mínima	42 años
Máxima	59 años

El antecedente de enfermedad mental se encontró en 5 casos o sea el 29.41%

Estado civil del grupo de mujeres fue el siguiente:

Solteras	2
Casadas	8
Divorciadas	3
Viudas	4

Se puede concluir que la psicosis paranoide involutiva es mucho más común en las mujeres; se observa con mayor frecuencia en las casadas; uno de los síntomas más constantemente observados es la alucinación auditiva (76.4%) y, en forma similar se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

observaron las ideas delirantes de perjuicio, las cuales fueron aún más frecuentes. 94.11% Otros síntomas que presentaron a menudo los enfermos estudiados fueron la pérdida de conciencia de enfermedad (88.23%) y los errores de conducta (74.70%). (7)

SISTEMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA Y EL SEXO.

Al evaluar la posible presencia de un trastorno delirante debe tenerse en cuenta la historia cultural y religiosa del sujeto. Algunas culturas tienen creencias ampliamente difundidas y culturalmente aceptadas que pueden ser consideradas delirantes en otros contextos culturales. El contenido de las ideas delirantes también varían en diferentes culturas y subculturas. Probablemente el trastorno delirante celotípico es más frecuente en varones que en mujeres pero no parece haber diferencias genéricas importantes en la frecuencia total del trastorno delirante.

Patrón familiar. Algunos estudios han encontrado que el trastorno delirante es más frecuente en familiares sujetos con esquizofrenia de lo que sería esperable por azar, mientras que otros estudios no han encontrado una relación familiar entre el trastorno delirante y la esquizofrenia. Hay datos que indican que los trastornos paranoide y por evitación de la personalidad pueden especialmente frecuentes entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con trastorno delirante. (1)

EL MIEDO Y LA IRA EN EL TRASTORNO DELIRANTE, EN ASOCIACION CON LA VIOLENCIA.

Lewis en 1970 revisando la historia de la paranoia describe ciclos y una supuesta teología haciendo énfasis en las anormalidades del estado emocional. La Asociación Psiquiátrica Americana en 1987 y la Organización Mundial de la Salud realizó un debate revisado por Zigler y Glick en 1998, quienes argumentaron que el trastorno delirante es equivalente a una depresión o depresión enmascarada siendo criticado por Sorensen et al.

Reportaron una serie de pacientes diagnosticados con el DSM-III-R de trastorno delirante supervisados por el servicio de psiquiatría forense por que había violencia. Según en el DSM-III-R en los pacientes con trastorno delirante no hay ideas vizarras y están envueltos en situaciones que ocurren en la vida real, si hay alucinaciones no son

tan prominentes, dicen que el afecto es congruente con el tiempo del acto violento a diferencia de los esquizofrénicos y bipolares (8)

MORBILIDAD SOMÁTICA ENTRE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PSICOSIS AFECTIVA Y TRASTORNO DELIRANTE.

En resumen se refieren a la morbilidad de los pacientes ya que la mayoría sufren de muerte por otras causas, no solo por violencia o suicidio, sino de heridas enfermedades parasitarias y endocrinas en su mayoría de los pacientes con trastorno delirante (9)

CURSO Y RESULTADO EN TRASTORNO DELIRANTE

El curso de los trastornos delirantes depende de la definición del trastorno. El tema es trastorno delirante, es un concepto que ha sufrido varios cambios durante nuestro siglo. Ultimamente esto fue aplicado con el ICD9 y del DSM-III. Los subtipos del trastorno delirante son incluidos en ésta última década.

El artículo menciona que los problemas con respecto a la definición aún esta en discusión, también hacen referencia que Kraepelin dividió nosológicamente en psicosis endógena, psicosis intoesquizofrénica y enfermedad maniaco-depresiva haciendo una dicotomía además todavía en uso (10)

EL TRASTORNO DELIRANTE-AMBIENTAL, ¿CULTURAL O FENÓMENO CONSTITUCIONAL?

Una prevalencia del trastorno delirante se observó en emigrantes o pacientes psiquiátricos indígenas, esto fue notorio. Observaron en este estudio que los de raza negra eran más discriminados y los paquistaníes por lo que era mayor la prevalencia en éstos.

Observaron también que en los pueblos o regiones rurales con bajos recursos y estatus predominaba este trastorno por el ambiente ya que tenían pensamientos mágico religiosos y que éstos eran factores culturales de gran importancia (11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERPECTIVAS EVOLUTIVAS SOBRE EL TRASTORNO DELIRANTE.

Se ha propuesto que en los seres humanos existen varias conductas específicas de funciones y algo estereotipadas favorecidas por mecanismos cerebrales que han evolucionado genéticamente. Hay dos nociones relacionadas que son comunes a todas esas hipótesis. Primera que dichas conductas representan adaptaciones que evolucionaron en respuesta a retos específicos y duraderos presentados por entornos ancestrales humanos. Y segunda que los complejos mecanismos cerebrales que subyacen a dichas condiciones adaptativas, realmente los contornos de las funciones específicas para cuya realización fueron diseñados mediante selección natural.

El trastorno delirante del DSM-IV define un síndrome en el cual las cogniciones delirantes están delimitadas tanto en forma (v.g. falaces, incontrovertibles, etc.) como en contenido temático (v.g. plausibles, persecutorias, celotípicas, somáticas, etc.). Se reconoce que la forma delirante de la cognición es rara y si no por otra razón, que es improbable que desempeñe cualquier función biológica útil. Por contraste, el contenido de los subtipos de trastorno delirante distinguidos de un rango mucho más amplio de posibles ideas delirantes corresponden estrechamente a preocupaciones normales, si no universales, acerca de clases específicas de retos en la vida.

El trastorno delirante, en sus subtipos más comunes, podría representar entonces formas trastornadas de dichos mecanismos de vigilancia social evolucionados separadamente y específicos de dominios.

Esta posibilidad la sugiere el agrupamiento de las ideas delirantes del trastorno delirante dentro de subtipos temáticos discretos. Esta apoyada por la correspondencia de dichos temas delirantes con ciertas preocupaciones no delirantes bien caracterizadas y universales, las cuales tienen una conexión reconocibles con clases específicas de reto ambiental. Es consistente con los fracasos previos para identificar cualesquiera defectos en el razonamiento inferencial general en el trastorno delirante. Con la carencia relativa de una distinción nosológica válida entre el trastorno delirante y otros ciertos trastornos en un continuo de paranoia (por ejemplo obsesivo compulsivo, ideas sobrevaloradas, tipos de personalidad), con evidencia anecdótica de que los agentes neurolépticos convencionales son menos efectivos para las ideas delirantes del trastorno delirante que para aquellas en otros trastornos psiquiátricos, y con evidencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

anecdótica para al efectividad de una gama de otros medicamentos en los trastornos delirantes.

Análisis evolutivo previo de los trastornos mentales mayores.- el análisis de fenómenos mentales y conductuales con el uso de principios de la teoría evolutiva data por lo menos de Darwin y continúan con un vigor creciente. Dichos análisis evolutivos se han aplicado a diversos fenómenos conductuales, incluidos aquellos considerados dentro del rango de lo normal (por ejemplo altruismo, sociabilidad y apareamiento) aquellos que representan francos trastornos (por ejemplo esquizofrenia y pánico) y aquellos que se manifiestan a lo largo de un continuo de severidad y como tales cruzan los límites definidos de salud y enfermedad (por ejemplo emociones y estados depresivos)

Con su énfasis en la función y en la aptitud el análisis evolutivo puede parecer más adecuado para el estudio de rasgos sanos que para la enfermedad, ya que la definición misma de enfermedad a menudo incluye la pérdida o deterioro de la función. (Efectivamente, los métodos diagnósticos actuales de definición de trastorno mental dependen más de la función perturbada que de la anatomía o fisiología perturbada). Pero como lo han delineado Williams y Nesse, el enfoque funcional / adaptacionista puede proporcionar ideas útiles sobre diversos aspectos de la enfermedad, incluyendo cuales síntomas representan más bien funciones defensivas útiles que mal funciones físicas puras, si una enfermedad puede entenderse como desemparejamiento histórico entre las formas lentamente evolucionadas del cuerpo y los retos súbitos de la extravagancia moderna, e incluso nuevas consideraciones de tratamiento

Como las ideas delirantes son comunes al trastorno delirante y en la esquizofrenia, los análisis evolutivos previos de este último trastorno podrían ser relevantes de revisar

El trastorno delirante, a pesar de que comparte, la presencia de ideas delirantes con muchas formas de esquizofrenia, muestra varias disimilitudes las cuales hacen potencialmente irrelevante a dicho pensamiento previo. A diferencia de la esquizofrenia no se ha establecido firmemente que el trastorno delirante tenga una base genética clara, aunque deberá señalarse que dicha falta de evidencia genética es compartida por un gran número de rasgos que se han sometido provechosamente al análisis evolutivo. No hay ninguna evidencia de que las personas con trastorno delirante padezcan

reducciones en el éxito reproductivo en comparación con los normales. Los hallazgos epidemiológicos sugieren que el comienzo de trastorno delirante ocurre a una mayor edad en comparación con esquizofrenia que es más probable que las personas con trastorno delirante estén casadas y que la función global esta relativamente preservada a diferencia de los esquizofrénicos.

El trastorno delirante esta caracterizado por ideas delirantes no vizarras en la ausencia de otras características psicóticas o deterioro de la personalidad, la subtipificación temática del trastorno delirante refleja la impresión general de las ideas delirantes que se refieren al contenido.

El subtipo celotípico considerado como algunos la forma más pura de paranoia, los celos pueden ser los más directos de considerar en términos adaptacionistas por que se relaciona con una forma de conducta algo restringida -el apareamiento- y por que sus manifestaciones están destinadas a abordar un riesgo ambiental -la copulación fuera de la pareja-, cuya cosecuencia para el éxito reproductivo se aprecia fácilmente. La universalidad de los celos humanos y de las presiones de selección específicas del género y de la especie bajo las cuales evolucionaron, da cierto apoyo para considerar a su subtipo de trastorno delirante correspondiente a una adaptación mental específica de dominio en mal estado

El subtipo persecutorio. En estas ideas delirantes es la más común, se relaciona con ser engañados de que se aprovechan de uno, ser acosado o ser obstruido en la búsqueda de metas a largo plazo. El centro de la idea delirante es frecuentemente alguna injusticia que debe ser reparada mediante acción legal. Como sucede con cualquier rasgo, las indicaciones de la posible significancia adaptativa de las ideas delirantes persecutorias pueden encontrarse en los eventos o retos ambientales con los cuales se relacionan, a saber la relación del si mismo con otros de la comunidad y la jerarquía de poder con el asunto de la interacción social.

Mas allá de la correspondencia observada entre características específicas de diseño de subtipos de trastorno delirante y la función adaptativa de sus variantes normales propuestas, varias otras observaciones son por lo menos congruentes con la noción de que tales ideas delirantes representan salidas trastornadas de adaptaciones mentales específicas del dominio. (12)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE.

El trastorno psicótico monosintomático, ha tenido confrontaciones con los psiquiatras con las clasificaciones terapéuticas en esta última década, ellos no parecen presentar una entidad nosológica homogénea pero tienen una relación similar con el trastorno afectivo, esquizofrenia y trastorno delirante que van de la mano según Schiue et al en 1990, Dvidson y Mucaherjee en 1982 y Duglas en 1980. En Francia el concepto se llama "bouffee delirante" Magnan en 1893. Pichot en 1986 y Jones en 1974 da el concepto escandinavo de psicosis psicogénica Kretschmer en 1918 realizó una de las más importantes contribuciones para la clasificación actual

En 1987 y 1989 estimulados por la observación de una serie de pacientes con trastorno delirante fueron tratados en una clinica de Alemania, ellos estudiaban con gran interés el curso de la enfermedad y la eficacia del tratamiento. hospitalización pacientes diagnosticados con el DSM-III-R con criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1987. En este estudio encontraron tres características importantes:

- 1 Los pacientes tenían una estructura de personalidad vulnerable (carácter sensitivo
- 2 Ellos tenían una cierta experiencia asociada con su presente realidad y una insuficiencia moral.
- 3 Ellos viven en el mismo milenio social con altos estándares morales e intolerancia, actitudes anti liberales. Este estudio fue realizado por dos psiquiatras (WPK y JNA)

Todos los pacientes recibieron 4 mg de Pimozide por día y si presentaban depresión adicionaban 100 mg. de amitriptilina por día y se les daba dos sesiones de psicoterapia de 60 minutos por semana, además de terapia ocupacional y física.

Observando la psicopatología resultante tenían compromiso de factores como la ansiedad-depresión, anergia, trastornos del pensamiento, activación, hostilidad y suspicacia. Aquí fueron diagnosticados en su mayoría con el subtipo celotípico. (13)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. JUSTIFICACION

Los trastornos psicóticos son padecimientos crónicos que implican disfuncionalidad y un alto costo social y personal. El trastorno delirante primario es una identidad nosológica poco frecuente y se asume que es independiente en términos genéticos del espectro de la esquizofrenia y otros diagnósticos.

El objetivo de este trabajo es recabar una muestra de pacientes con trastorno delirante primario en la consulta de primera vez y evaluar a los familiares disponibles.

IV. HIPÓTESIS

- El diagnóstico del trastorno delirante no se realiza adecuadamente en pacientes de consulta de primera vez
- Se necesita de mayor experiencia para realizar este tipo de diagnóstico, inclusive instrumentos de detección como el SCID I.
- El trastorno delirante celótipico y persecutorio es el más frecuentemente encontrado
- La mayoría de los pacientes con T. delirante se asocia en su mayoría la psicopatología depresiva y ansiosa, al igual que en sus familiares
- La mayoría de los pacientes con T. delirante inician con T. depresivo en cualquiera de sus modalidades

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1.- Describir la frecuencia de trastorno delirante primario en pacientes de consulta de primera vez.
- 2 - Describir la comorbilidad de trastornos mentales asociados a pacientes diagnosticados con SCID I con trastorno delirante primario
- 3.- Describir los diagnósticos diferenciales en pacientes de la consulta de primera vez diagnosticados con SCID I
- 4.-Describir la comorbilidad de trastornos mentales asociados a los familiares disponibles de pacientes diagnosticados con SCID I
- 5.-Describir las variables demográficas de los pacientes afectados con trastorno delirante primario

a) Diseño

Se propone la realización de un estudio de observación transversal.

b) Universo y muestra

Se propone una muestra tomada de pacientes que acuden al Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaria de Salud. Se evaluarán los casos diagnosticados en la consulta de primera vez con trastorno delirante primario entre los meses de agosto del 2000 al 31 de enero del 2001.

c) criterios de selección.

Pacientes de cualquier sexo y edad con Dx De T. delirante de acuerdo al DSM IV, en la consulta de primera vez del H P F B A

d) Variables e instrumentos.

Dx Psiquiátrico. Se evaluará con la entrevista estructurada para el diagnóstico del DSM IV (SCID) de Spitzer y cols 1994 Formato para datos clínicos y demográficos.

e) Procedimiento.

Previa autorización de estudio por parte de las autoridades hospitalarias, se procederá a la detección de todos los sujetos que estén bajo tratamiento y sean de la consulta de primera vez con Dx. Presuntivo de trastorno delirante primario. Una vez detectados, se procederá a la corroboración del Dx. Mediante el SCID I. Si el Dx se confirma se aplicara el resto del instrumento para documentar la comorbilidad. Posteriormente se citara a los familiares disponibles de primer grado que estén dispuestos a colaborar y a ellos se les aplicara el SCID completo y se describirá la psicopatología encontrada.

f) Análisis estadístico.

Se procederá a la descripción de variables con medias, frecuencia y porcentajes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. RESULTADOS.

TABLA 1. PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL BASADO EN EL SCIDI

TIPO DE PACIENTE	Nº DE PACIENTES
Pacientes con trastorno delirante primario	17
Paciente con esquizofrenia paranoide	5
Paciente con TMC secundario a alcoholismo	3
Pacientes con Distimia y cuadros recurrentes, depresivos con síntomas psicóticos.	2
Pacientes con trastorno depresivo con síntomas psicóticos	2
Pacientes con trastorno ansioso y depresivo con síntomas psicóticos	2
Paciente con retraso mental leve	2
Paciente con trastorno esquizofreniforme orgánico por electroencefalograma anormal	1
Paciente con trastorno obsesivo compulsivo	1
Paciente con trastorno mental y del comportamiento secundario a hipotiroidismo	1
Paciente con crisis parciales de sintomatología compleja	1
Paciente que no aceptaron la entrevista	8
Total de paciente, tomados del periodo 1-08-00 al 31-01-00.	45

Se puede observar que el 45.9% fueron diagnosticados correctamente en la consulta de primera vez

Confundiendo y se realiza en este momento el diagnostico diferencial: 5.4% pacientes con trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, 5.4% pacientes con trastorno ansioso-depresivo con síntomas psicóticos, 2.7% pacientes con trastorno esquizofreniforme orgánico, 5.4% pacientes con retraso mental leve, siendo el más alto con un 13.5% con esquizofrenia paranoide y en segundo lugar con el 8% con TMC

secundario a alcoholismo. 2.7% pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. 2.7% paciente con TMC sec a causa medica (hipotiroidismo), 2.7 paciente con crisis parciales de sitomatologia compleja, 5.4% pacientes con distimia y cuadros recurrentes depresivos con sintamos psicoticos. Los 8 pacientes que no aceptaron ser incluidos en este estudio tenian este diagnostico de T delirante y probablemente por las ideas delirantes así manifestadas no aceptaron

TABLA 2. PACIENTES CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO UTILIZANDO EL SCID I, POR EDAD Y SEXO.

Nº DE PACIENTE	SEXO	EDAD
1	FEMENINO	22
2	MASCULINO	52
3	FEMENINO	23
4	MASCULINO	37
5	MASCULINO	24
6	FEMENINO	50
7	FEMENINO	32
8	FEMENINO	59
9	FEMENINO	40
10	FEMENINO	54
11	FEMENINO	42
12	FEMENINO	41
13	FEMENINO	49
14	MASCULINO	55
15	MASCULINO	50
16	MASCULINO	44
17	FEMENINO	44

TABLA 3. PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO UTILIZANDO EL SCID I, POR SEXO.

INDICADOR	%
FEMENINO	65
MASCULINO	35
TOTAL	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como podemos observar en este caso los pacientes diagnosticados con T. delirante fue en su mayoría femenino, teniendo más antecedentes psicológicos durante la infancia Como se menciona en el marco teórico en su mayoría son del sexo femenino

TABLA 4. PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO UTILIZANDO EL SCID I, POR EDAD.

INDICADOR	PORCENTAJE
20 A 29 AÑOS	18 %
30 A 39 AÑOS	12 %
40 A 49 AÑOS	35 %
50 A 59 AÑOS	35 %

Observamos que como se menciona en el marco teórico la mayoría de los pacientes inicia en esta edad de 40 a 90 años de edad

Observamos que la mayoría de los pacientes diagnosticados estaban entre la edad de 40 a 59 años de edad, algunos con escasos años de evolución de su padecimiento de T. delirante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5. PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO.

PACIENTE N°	RESIDENCIA	EDO. CIVIL	OCUPACION	ESCOLARIDAD
1	Distrito Federal	Casada	Estudiante	7° sem De contaduria
2	Distrito Federal	Casado	Supervisor de construcc	Lic Incompi En arquit
3	Distrito Federal	Soltera	Control farmaceutico	Secundaria
4	Distrito Federal	Separado	Vigilante	Secundaria
5	Distrito Federal	Casado	Ayudante de electricista	Secundaria
6	Distrito Federal	Divorciada	Hogar	Primaria
7	Distrito Federal	Casada	Estudiante de maestria	Maestria en Psicologia
8	Distrito Federal	Casada	Hogar	Primaria
9	Hidalgo	Casada	Hogar	Primaria
10	Distrito Federal	Casada	Empleada doméstica	S/E sabe leer y escribir
11	Distrito Federal	Unión libre	Empleada doméstica	5° de primaria
12	Distrito Federal	Divorciada	Secretaria ejecutiva	Carrera técnica
13	Distrito Federal	Casada	Hogar	Secundaria
14	Distrito Federal	Casado	Hogar	6° Primaria
15	Distrito Federal	Casado	Comerciante	Primaria
16	Distrito Federal	Casado	Secretario Minist Publi	Lic En Derecho
17	Distrito Federal	Casada	Secretaria	Carrera Técnica

Tenemos en esta tabla que 16 pacientes viven en el Distrito Federal y uno en Hidalgo. Esto se debe probablemente a la cercanía del hospital y la mayoría son enviados a este hospital únicamente, ya que la mayor parte de los pacientes provienen del Ministerio Público o de Derechos humanos para realizar Dx psiquiátrico.

Como observamos todos los pacientes no tienen problemas laborales en este momento y el 35% son empleados. 12% de pacientes son estudiantes y 6% son comerciantes. 29% se dedican al hogar, pero estas pacientes la mayoría con dificultades en su entorno social por el padecimiento, 6% profesionistas y 12% secretarias, esto se debe probablemente al tratamiento oportuno que están recibiendo.

TABLA 6. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO.

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADOS	65 %
SOLTEROS	11 5 %
DIVORCIADOS	11 5 %
SEPARADOS	6 %
UNION LIBRE	6 %

El 65% son casados esto indica que hay menor deterioro en las relaciones a diferencia del espectro esquizofrénico 11 5% son solteros al igual que los divorciados, esto es debido a problemas del propio padecimiento, al igual que el 6% de pacientes separados 6% en unión libre.

TABLA 7. NIVEL ESCOLAR DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO.

NIVEL ESCOLAR	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	24 %
PRIMARIA COMPLETA	18 %
SECUNDARIA COMPLETA	23 5 %
CARRERA TECNICA	11 5 %
LICENCIATURA INCOMPLETA	11 5 %
LICENCIATURA COMPLETA	11 5 %

En estos pacientes observamos que son de nivel educativo bajo, pero llama la atención la comparación entre el 24% de pacientes con primaria incompleta y el 23 5% de secundaria incompleta coincidiendo con el inicio del padecimiento actual

TABLA 8. OCUPACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO.

OCUPACION	PORCENTAJE
EMPLEADOS	35 %
HOGAR	29%
ESTUDIANTES	12 %
SECRETARIAS	12 %
PROFECIONISTAS	6 %
COMERCIANTES	6%

Menciono nuevamente que los pacientes son funcionales a diferencia de los pacientes esquizofrénicos y otros diagnósticos, pero con algún tipo de alteración en su entorno de trabajo. Observando que la mayoría de las pacientes se dedica al hogar por la edad y el porcentaje mayor de pacientes femeninas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 9. DESCRIPCION DE PSICOPATOLOGIA ASOCIADA A FAMILIARES
DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DELIRANTE**

PACIENTE N°	PARENTESCO	DESCRIPCION DE LA PSICOPATOLOGIA
1	Tía materna	Trastorno delirante primario
2	2 hermanos	Trastorno depresivo leve
3	Madre	Trastorno depresivo moderado
4	Madre	Alcohólica
5	Madre Hermano	Trastorno depresivo moderado Trastorno depresivo moderado
6	Padre	Alcohólico
7	Padre	Trastorno depresivo leve
8	Madre Hijo	Alcohólica Esquizofrénico
9	Padre	Enfermedad mental no especificada
10	Hermano Hijo	Esquizofrénico paranoide Alcohólico
11	Hermana	Trastorno depresivo moderado
12	Padre	Padre alcohólico
13	Madre	Trastorno depresivo leve
14	Padre	Enfermedad mental grave no especificada
15	Hijo	Trastorno depresivo leve
16	Hermana	Episodios depresivos recurrentes
17	Madre	En enfermedad de Parkinson

Se observa que es importante la asociación de la psicopatología ya que el 25 % padecen de alcoholismo con sus respectivas atrocidades, 20% depresión leve y moderada debida probablemente al padecimiento de sus familiares afectados con este diagnóstico, algunos de los familiares de estos en tratamiento, 10 % con enfermedad mental no especificada, 10% con esquizofrenia, siendo en la enfermedad mental no especificada en su mayoría con violencia física hacia los pacientes y el 5% con T. delirante primario, aun que el porcentaje se esperaba mayor por la entidad genética, 5% depresión recurrente, 5 % con enfermedad de Parkinson

TABLA 10. PORCENTAJE DE FAMILIARES, ASOCIADOS EN EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO

PARENTESCO	PORECENTAJE
PADRE	25 %
MADRE	30 %
HERMANO	25 %
HIJO	15 %
TIA	5

La mayoría de pacientes asociados es por parte de la madre ya que es la más cercana al paciente y el 25% en padres e hijos por la constelación familiar que le rodea al paciente y únicamente el 5% tía materna

TABLA 11. PORCENTAJE PSICOPATOLOGIAS ASOCIADAS EN EL DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO

PSICOPATOLOGIA	PORCENTAJE
ALCOHOLISMO	25 %
TRASTORNO DEPRESIVO LEVE	20 %
TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO	20 %
ENFERMEDAD MENTAL	10 %
ESQUZOFRENIA	10 %
EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES	5 %
TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO	5 %
ENFERMEDAD DE PARKINSON	5 %

La mayoría con alcoholismo y la influencia de esta enfermedad en el entorno social del probando, además de la depresión secundaria tal vez por el padecimiento del paciente

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 12. DESCRIPCION DE LA PSICOPATOLOGIA ASOCIADA A PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON SCID I Y CON TRASTORNOS ASOCIADOS**

PACIENTE N°	TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO	DESCRIPCION Y PSICOPATOLOGIA ASOCIADA A PACIENTES
1	PERSECUTORIO	Depresión moderada
2	CELOTIPICO	Depresión mayor recurrente con síntomas psicóticos en remisión total
3	PERSECUTORIO	Tx. Ansioso y depresivo, alcoholismo hasta ahora asociado
4	PERSECUTORIO	Tx. Ansioso
5	NO ESPECIFICADO	Tx. Ansiedad generalizada
6	PERSECUTORIO	Tx. Ansioso
7	PERSECUTORIO	Alcoholismo hasta ahora asociado
8	CELOTIPICO	Distimia y trastorno depresivo recurrente moderado
9	PERSECUTORIO	Tx. Depresivo mayor en remisión
10	NO ESPECIFICADO	Tx. De ansiedad
11	CELOTIPICO	Insomnio y trastorno de ansiedad
12	NO ESPECIFICADO	Depresión moderada
13	CELOTIPICO	Depresión moderada
14	PERSECUTORIO	Insomnio y trastorno ansioso
15	CELOTIPICO	Depresión mayor recurrente
16	PERSECUTORIO	Depresión moderada
17	NO ESPECIFICADO	Trastorno de ansiedad

En esta tabla encontramos, el subtipo de T delirante y su psicopatología asociada, debo decir que todos los pacientes diagnosticados iniciaron con cuadros depresivos o ansiosos de cualquier grado o agresividad como mencione en el marco teórico, la psicopatología asociada se debe al trastorno que sufren ya que es un padecimiento difícil de tratar y es crónico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13. SUBTIPOS DEL TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO ENCONTRADOS EN EL TOTAL DE LOS PROBANDOS.

TRASTORNO ENCONTRADO	N° PACIENTES
PERSECUTORIO	8
CELOTIPICO	5
NO ESPECIFICADO	4
TOTAL.	17

De los 17 pacientes captados observamos que en su mayoría son persecutorios, esto se explicara del por que de que la mayoría padezcan de este subtipo a diferencia del 5% que se describe como el de mayor índice en otros países y 4 no especificados ya que eran enviados del MP o de Derechos humanos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 14. DESCRIPCION DE TRATAMIENTO ACTUALMENTE EMPLEADO EN LA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO

PACIENTE N°	TRATAMIENTO ACTUAL		
	MEDICAMENTO	CANTIDAD (mg)	DIAS
1	TRIOFLUOPERAZINA	7.5	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	2.5	DOSIS DIARIA
2	PIPOTIAZINA	25	CADA 30 DIAS
	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA
	CLONACEPAM	1	DOSIS DIARIA
3	ZUCLOPENTIXOL	200	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	4	DOSIS DIARIA
	CLONACEPAM	2	DOSIS DIARIA
4	PENFLURIDOL	20	CADA 7 DIAS
	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA
	CLONACEPAM	3	DOSIS DIARIA
5	PIPOTIAZINA	50	CADA 30 DIAS
	ACIDO VALPROICO	600	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	2	POR 5 DIAS
6	ACIDO VALPROICO	520	DOSIS DIARIA
	TRIOFLUOPARIZINA	1	DOSIS DIARIA
	TRIHEXIFENIDIL	5	DOSIS DIARIA
7	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA
	TRIOFLUOPERIZINA	10	DOSIS DIARIA
8	RISPERIDONA	3	DOSIS DIARIA
	FLUOXETINA	30	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA
	CLONACEPAM	1	DOSIS DIARIA
9	FLUOXETINA	60	DOSIS DIARIA
	CLONAZEPAM	1	DOSIS DIARIA
	HALOPERIDOL	5	DOSIS DIARIA
10	TRIOFLUOPERAZINA	10	DOSIS DIARIA
	BEPIRIDEN	2	DOSIS DIARIA
11	TRIOFLUOPERAZINA	10	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA
	CLONACEPAM	3	DOSIS DIARIA
12	PIPOTAZINA	25	CADA 30 DIAS
	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA
13	RISPERIDONA	2	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	1	DOSIS DIARIA
	CITALOPRAM	20	DOSIS DIARIA
	CLONAZEPAM	0.5	DOSIS DIARIA
14	TIORIDAZINA	25	DOSIS DIARIA
15	PENFLUORIDOL	20	CADA 7 DIAS
	ALPRAZOLAM	0.5	DOSIS DIARIA
16	CLORPROMAZINA	200	DOSIS DIARIA
	LEVOMEPRMAZINA	25	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA
17	FLUPAZINE	10	DOSIS DIARIA
	BIPERIDEN	2	DOSIS DIARIA

La descripción de esta tabla es para observar cual es el tratamiento utilizado en nuestros pacientes con este diagnóstico ya que a diferencia de la bibliografía encontrada se observo que el Pimozide es el tratamiento de elección y en nuestro país no esta en existencia además de ser el más efectivo en este T delirante, los más utilizados son los NLP en variedad importante, pero controlados con estos, además de su respectivo corrector y ansiolítico, que es lo que mantiene controlados a estos pacientes con esta entidad crónica, pero en nuestro país no existe algun tratamiento efectivo para este padecimiento, pero si para su control junto con las consultas psiquiatricas que serian las más importantes para el apoyo de estos pacientes

Quise que se observaran las dosis por considerarlo importante para este estudio y dar un enfoque de lo utilizado en nuestro país o por lo menos lo representativo de nuestro país, que es el H P F B A

VIII. ANALISIS

De los 42 pacientes que se incluirían en este estudio solo 37 aceptaron, fueron diagnosticados en la consulta de primera vez en el H.P.F.B.A observando que el 45.9% fueron diagnosticados con certeza, esto debido a que en la consulta de urgencias se detectan por primera vez a los pacientes y lo realiza en primera instancia un medico con mediana experiencia además de no tener y no utilizar el instrumento que utilizamos en este estudio que fue el SCID I, si siguiéramos el curso de estos pacientes tal vez sean diagnosticados posteriormente con más exactitud ya que los médicos tienen más experiencia en la C.E del Hospital, además de realizarse una Historia clínica más completa y con mayor tiempo de dedicación. Este estudio fue interesante ya que logramos realizar diagnósticos diferenciales con el trastorno delirante, es difícil ya que todos los pacientes inician con cuadros depresivos de cualquier grado y con síntomas psicóticos, como se menciona en el marco teórico y solo el curso o evolución de la enfermedad les dará tal vez el diagnóstico. También pudimos observar que la mayoría eran confundidos con esquizofrenia paranoide, esto lo podemos diagnosticar con la H.C y los parámetros que tenemos para diferenciar estas dos entidades, ya que los pacientes con T. Delirante son más funcionales y las ideas no son vizarras como mencione en el marco teórico. T.M.C secundario a alcoholismo que tiene como mayor alteración las ideas delirantes celotípicas y otras, esto se puede diferenciar bien realizando una H.C completa ya que si el paciente inicia antes con el consumo de alcohol es inconfundible. Y el otro diagnóstico de T. depresivo y ansiedad, que tendrían que observar su curso y evolución y guiarse por los parámetros establecidos para este diagnóstico de T. delirante. Observamos también que los pacientes continúan con depresión en su mayoría y que se agrega el alcoholismo para mitigar su padecimiento, teniendo que poner mayor interés y tratarlos adecuadamente, se menciona en el marco teórico algunas formas de tratamiento efectivo pero no las hay en México.

En el final de cada una de las tablas de resultados trate de explicar el por que de cada uno de los resultados. Siendo importante saber que el tratamiento más efectivo es el Pimozide pero no existe en nuestro país y es efectivo el tratamiento instalado ya que por lo menos son funcionales nuestros pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los subtipos encontrados en nuestro estudio coinciden con lo descrito en el marco teórico y ahí se explica el posible origen de cada subtipo como fue el persecutorio y el celotípico y esto arrojado por los datos demográficos que fueron imprescindibles para estos resultados obtenidos

Al igual que como mencionó en el marco teórico la mayoría de las pacientes fueron del sexo femenino y coincide con que en estudios anteriores se ha encontrado que en este trastorno la mayoría son del sexo femenino a diferencia del espectro esquizofrénico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

IX. DISCUSION

Llama la atención que casi la mitad del diagnóstico se llevo a cabo y que falta más experiencia en este Trastorno difícil de diagnosticar sobretodo si no existe la suficiente experiencia e información sobre el paciente y el padecimiento, si fue representativo ya que debería acercarse lo más posible el diagnóstico o por lo menos ponerlo como probable pero esto no sucedió así en ningún paciente que tuvo otro diagnostico.

También observamos que la mayoría de los pacientes ya diagnosticados certeramente con el instrumento de evaluación (SCID I) arrojaran datos que si coinciden con lo esperado de la literatura probablemente en nuestros los pacientes la mayoría eran subtipos de T delirante persecutorio y en 2º Lugar el subtipo celotípico y en 3er Lugar el no especificado ya que estos pacientes fueron enviados del MP y derechos humanos.

Podemos pensar que se debe al entorno socio económico y moral como mencione en el marco teórico, que rodea en especial a estos pacientes, para mi gusto siendo la violencia intrafamiliar y la delincuencia social que están viviendo estos pacientes. Otra cosa interesante es que se puede demostrar que efectivamente los pacientes diagnosticados con trastorno delirante primario son más funcionales, tal vez por las ideas más aceptadas en la sociedad o que no reconocen como enfermedad mental por el curso de este padecimiento y sean más aceptados a diferencia del espectro esquizofrénico y otros diagnósticos, también haciendo referencia en el marco teórico, que coincide con lo cultural, subcultural y los datos demográficos observados coinciden con la literatura que se trata de pacientes con escasos recursos económicos y de bajo estrato social.

En uno de los artículos encontrados hacen referencia a la asociación con la depresión y dos autores inclusive describieron que este padecimiento era depresión o depresión enmascarada y fueron criticados, pero me llama la atención que todos los pacientes iniciaran con cuadros de depresión, irritabilidad o agresividad y que fuera la mayor parte de la psicopatología asociada a este padecimiento, debemos estudiar más a fondo el por que inicia con esto esta patología, aun que probablemente desde la infancia como se menciona en la estructura de la psicosis la mayoría de nuestros pacientes presentan algún problema aun que no lo mencione en este trabajo pero si

podemos observar que la madre y padre tuvieron el mayor porcentaje de psicopatología asociada, entonces podemos deducir la importancia de las relaciones la adaptabilidad al medio y en este siglo con grandes presiones desde morales, económicas y de competencia. La mayoría de los pacientes sufrían de depresión o alguna enfermedad mental que cause ira o algún tipo de depresión en algún momento de la vida de cualquier persona que este rodeada por este ambiente no favorable para ellos ya que como mencionamos todos los factores ambientales no se pueden adaptar correctamente desde el inicio de su vida y hasta se mencionan como utilización de diversos tipos de mecanismos de defensa.

Quisiera hablar del tratamiento, en este hospital tan representativo de nuestro país, podemos observar que si no es tan efectivo el tratamiento con los medicamentos en este caso antipsicóticos con los que contamos, si es efectivo el control de estos pacientes tan es así que les permite seguir funcionando en esta sociedad, observándolo por los datos demográficos antes presentados. Llama la atención la baja escolaridad con la que cuentan nuestros pacientes ya diagnosticados, como mencione en el marco teórico esto puede influir en que tengan una baja cultura y pensamientos mágicos o del tipo de baja cultura con la que cuenten e influya como se menciona en el marco teórico. Y pienso que aun la clasificación, etiológica, curso, evolución, pronóstico y tratamiento es poco estudiado y deberíamos estudiar mucho más aun que represente una entidad nosológica escasa pero interesante, inclusive encontrando un estudio realizado en 1967 a 1974 en donde ya diagnosticaban este padecimiento y arrojaron datos similares a este estudio.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1) Pierre Pichot et al. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- 2) Harold I Kaplan, Benjamin J Sadock, sinopsis de psiquiatría, 8º edición, editorial panamericana, 1998, pag 580-587.
- 3) Albus M Strauss A. Strauss, A Stieglitz RD Schizophrenia, Schizotypal and delusional disorder (section F2): Results of the SCID 10 field trial Pharmacopsychiatry 23 (4): 155 año 1990.
- 4) Gabriel E Schanda H: Why do the results of follow-up studies in delusional disorder differ?, Psychopathology 24: 304 Año 1991.
- 5) Retterstol N. Opjordsmoen S: Fatherhood, impending or newly established, precipitating delusional disorders: long term course and outcome Psychopathology 24: 232 año 1991.
- 6) Block B, Pristach CA: Diagnosis and management of the paranoid patient Am Fam Physician 45: 2634 año 1992.
- 7) Fundamentos de psiquiatría Agustín Caso Muñoz 3ª edición, 1970.
- 8) H.G Kennedy, L.I. Kemp and D.E Dyer, Fear and Anger in delusional (paranoid) disorder: The association with violence British Journal of Psychiatry, 160, 488-492 Año 1992.
- 9) A B. Dalmau MD et al , Somatic Morbidity Among Patients Diagnosed With Affective Psychoses and paranoid Disorders Psychosomatics, 39: 253-262 año 1998.
- 10) Nils Reterstol, Course and Outcome in paranoid disorders, Psychopathology, 24: 277-286 año 1991.
- 11) D.M N Detei, Paranoid disorder- environmental, cultural or constitutional phenomenon?. Acta Psychiatr Scand 74: 50-54 año 1986.
- 12) David Schlanger MD Evolutionary perspectives on Paranoid disorder The psychiatric Clinics of north America. Volume 18, Number 2, June 1995.
- 13) Wolfgang P. Kaschka et al Treatment outcome in Patients With Delusional (paranoid) disorder. Eur J. Psychiat Vol 5 No.4 (240-253), oct-december 1991.

XL ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV

SCID-I

Manual de Administración

SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE PSICHIATRÍA

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA DSM-IV TRASTORNOS DEL EJE I
EDICIÓN PARA NO-PACIENTES
(Enero de 1995)

ECED-I/NP (Versión 2.0)

Michael B. First, M.D.; Robert L. Spitzer, M.D.; Miriam
Gibbon, M.S.W.; and Janet B. W. Williams, D.S.W.

Estudio: _____ Estudio No.: _____ NP1
Sujeto: _____ I.D. No.: _____ NP2
Evaluador: _____ Evaluador No.: _____ NP3

Fecha de la
entrevista:

____/____/____
Dia Mes Año

NP4

Evaluación:

Inicial

Reevaluación

1

2

Tiempo de entrevista

empezó _____

terminó _____

Fuentes de información (revise que todas se apliquen):

- Sujeto
 Familia/amigos/conocidos
 Profesional de la salud/expediente/
opinión de referencia

NP5

NP6

NP7

Completado y revisado por: _____ Fecha: _____

El desarrollo del ECED fue apoyado en parte por el contrato NIMH
#275-83-0007(DB) y los derechos NIMH #1 R01 MH40511.

Para citas: First, Michael B., Spitzer, Robert L., Gibbon, Miriam, and
Williams, Janet B.W.: "Structured Clinical Interview for DSM-IV
Axis I Disorders - Non-patient Edition (SCID-I/NP, Version 2.0)"
Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
722 West 168th Street
New York, New York 10032

© 1995 Biometrics Research Department

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Clave
del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA
VIDA

ALCANZA EL
CRITERIO DE DIAGNOSTICO
SINTOMATICO DURANTE
EL MES PASADO

INFORMACION
DECLARADA

AUSENTE

SUB-
UMBRAL

UMBRAL

AUSENTE PRESENTE

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO		Códigos					
		INFORMACION DECLARADA	AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE		PRESENTE				
02	Trastorno Bipolar II (D.2.)	?	1	2	3	→	1	3	NP17 NP18 NP19			
					0					1	Episodio actual:	
					0					1	1 Nipomanía	
					1					2 Depresión mayor		
03	Otro Trastorno Bipolar (D.4)	?	1	2	3	→	1	3	NP20 NP21 NP22 NP23 NP24 NP25			
					0					1	0 Sin características Maníacas, Atípico o Catastrófico	
					0					1	1 Melancólico	
					1					2	2 Atípico	
										6	7	3 Característico
										6	7	4 Gravedad actual leve
										6	7	1 moderada
										6	7	2 grave, sin síntomas psicóticos
										6	7	3 con síntomas psicóticos congruentes con el afecto
										6	7	4 con síntomas psicóticos incongruentes con el afecto
										6	7	5 con síntomas psicóticos incongruentes con el afecto
										1	2	Trastorno del estado
										2	3	Episodios intermitentes de Nipomanía
										3	4	Episodio maníaco o hipomaniaco superpuesto a un trastorno psicótico
										3	4	Otro
										3	4	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADO DE GUATEMALA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ICED-IMP Versión 2.0
(para DSM-IV)

Hoja de Puntuación Final III

Clave del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA

ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SIMPTOMATICO DURANTE EL MES PASADO

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	INFORMACION INADECUADA	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SIMPTOMATICO DURANTE EL MES PASADO		
			AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE	PRESENTE	
04	TRASTORNOS AFECTIVOS (CONTINUACION) Depresión Mayor (D.4)	?	1	2	3	1	3	NP28 NP29 NP30 NP31
				<p>Sin otros rípidos Con otros rípidos</p>	0 1	<p>Tipo de Episodio actual:</p> <p>0 Sin carácter Melancólico, Atípico o Catatónico</p> <p>1 Melancólico</p> <p>2 Atípico</p> <p>3 Catatónico</p>		NP32
				<p>Sin patrón estacional Con patrón estacional</p>	0 1	<p>Gravedad actual:</p> <p>1 leve</p> <p>2 moderada</p> <p>3 grave, sin aspectos psicóticos</p> <p>4 con aspectos psicóticos congruentes con el afecto</p> <p>5 con aspectos psicóticos incongruentes con el afecto</p>		NP33 NP34
				<p>(sólo si es actual): En remisión parcial En remisión completa</p>	6 7			
05	Trastorno Dismórfico (sólo actual) (A.23)	?	1	2	3			NP35 NP36
				<p>1 Inicio temprano 2 Inicio Tardío</p>				
				<p>1 Sin rasgos atípicos 2 Con rasgos atípicos</p>				

47

Cirve
del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA
VIDA

ALCANZA EL
CRITERIO DE DIAGNOSTICO
SINTOMATICO DURANTE
EL MES PASADO

INFORMACION
INADECUADA

AUSENTE

SUB-
UMBRAL

UMBRAL

AUSENTE PRESENTE

TRASTORNOS AFECTIVOS
(CONTINUACION)

06 Trastorno de Depresión
No especificado de otra forma
(D. 8)

? ! 2 3 1 3

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

- 1 Trastorno depresivo postpsicótico relacionado a Esquizofrenia
- 2 Episodio de Depresión Mayor sobrepuesto a un trastorno psicótico
- 3 Trastorno disfórico premenstrual
- 4 Trastorno de depresión menor
- 5 Trastorno de depresión breve recurrente
- 6 Otro

NP37

NP38

NP39

07 Trastorno afectivo asociado a una
Condición Médica General (A. 28)
Especifique CMG: _____

? 1 2 3 1 3

- 1
- 2
- 3
- 4

- 1 Con episodios parecidos a Depresión Mayor
- 2 Con rasgos depresivos
- 3 Con rasgos de manía
- 4 Con rasgos mixtos

NP40

NP41

NP42

08 Trastorno afectivo inducido por una
sustancia (A. 24) Especifique la
sustancia: _____

? 1 2 3 1 3

- 1
- 2
- 3

- 1 Con rasgos depresivos
- 2 Con rasgos de manía
- 3 Con rasgos mixtos

NP43

NP44

NP45

SINTOMAS PSICOTICOS

09 Síntomas Psicóticos
Primarios (que no sean
parte del trastorno
afectivo) (B.C. 1)

? 1 2 3 1 3

3

NP46

NP47

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

46

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO			
		INFORMACION INADECUADA	AUSENTE	ABUSO	DEPENDENCIA	AUSENTE		PRESENTE
TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS								
17	Alcohol (E. 3/E. 6)	?	1	2	3	1	3	NP48 NP49
18	Sedante-Hipnótico-Ansiolítico (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	1	3	NP50 NP51
19	Carabón (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	1	3	NP52 NP53
20	Estimulante (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	1	3	NP54 NP55
21	Opioides (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	1	3	NP56 NP57
22	Cocaína (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	1	3	NP58 NP59
23	Alucinógenos /PCP (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	1	3	NP60 NP61
24	Múlti Droga (E. 17)	?	1		3	1	3	NP62 NP63
25	Otro (E. 12/E. 17)	?	1	2	3	1	3	NP64 NP65

ESTADO DE CALIFICACION
EXAMENADO POR ASESOR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Clave
del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA

ALCANZA EL
CRITERIO DE DIAGNOSTICO
SINTOMATICO DURANTE
EL MES PASADO

DIAGNOSTICO	INFORMACION INADECUADA	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA		ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO		Clave del Dx	
		AUSENTE	SUB- UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE PRESENTE		
TRASTORNOS DE ANSIEDAD							
26 Trastorno de Pánico (F.5)	?	1	2	3	→	1 3	NP66 NP67
1 sin Agorafobia							
2 con Agorafobia							NP68
27 Agorafobia de historia de trastorno de Pánico (ASHTP) (F. 8)	?	1	2	3	→	1 3	NP69 NP70
28 Fobia Social (F.11)	?	1	2	3	→	1 3	NP71 NP72
29 Fobia Específica (F.14)	?	1	2	3	→	1 3	NP73 NP74
30 Trastorno Obsesivo Compulsivo (F.18)	?	1	2	3	→	1 3	NP75 NP76
31 Trastorno de Estrés Posttraumático (F. 21)	?	1	2	3	→	1 3	NP77 NP78
32 Trastorno de Ansiedad Generalizada (solo actual) (F.26)	?	1	2	3			NP79

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ECED-I/HP Versión 2.0
(para DSM-IV)

Hoja de Puntuaje Final vII

Clave del Dx

DIAGNOSTICO

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA

ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO

INFORMACION INADECUADA

AUSENTE

SUB-UMBRAL

UMBRAL

AUSENTE

PRESENTE

TRASTORNOS DE ANSIEDAD (CONTINUACION)

Clave del Dx	DIAGNOSTICO	INFORMACION INADECUADA	AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SINTOMATICO DURANTE EL MES PASADO	AUSENTE	PRESENTE	
33	Trastorno de ansiedad asociado a una Condición Médica General (F 27) Especifique CMG: _____	?	1		3	→	1	3	NP10 NP81 NP82
	1 2								
	1 Con ataques de pánico 2 Con ansiedad generalizada								
34	Trastorno de ansiedad inducido por uso de alguna sustancia (F 28) Especifique la sustancia: _____	?	1		3	→	1	3	NP83 NP84 NP85
	1 2								
	1 Con ataques de pánico 2 Con ansiedad generalizada								
35	Trastorno de ansiedad No Especificada de Otra Forma (F 30)	?	1		3	→	1	3	NP86 NP87

Código del Dx	DIAGNOSTICO	PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA			ALCANZA EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO SIMTOMÁTICO DURANTE EL MES PASADO			
		INFORMACION INADECUADA	AUSENTE	SUB-UMBRAL	UMBRAL	AUSENTE		PRESENTE
TRASTORNOS SOMATOMORFOS								
36	Trastorno de Socialización (sólo actual) (G.1)	?	1	2	3			NP88
37	Trastorno por Dolor (sólo actual) (G.3)	?	1	2	3			NP89
38	Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (sólo actual) (G.6)	?	1	2	3			NP90
39	Hipocondría (sólo actual) (G.8)	?	1	2	3			NP91
40	Trastorno Dismórfico corporal (sólo actual) (G.9)	?	1	2	3			NP92
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA								
41	Anorexia Nerviosa (H.2)	?	1	2	3	1	3	NP93 NP94
42	Bulimia Nerviosa (H.4)	?	1	2	3	1	3	NP95 NP96
43	Trastorno de Ingesta excesiva de alimentos (H.6)	?	1	2	3	1	3	NP97 NP98
44	TRASTORNO DE AJUSTE (sólo actual) (I.2)	?	1	2	3			NP99
45	OTRO TRASTORNO DEL EJE I DSM-IV:	?	1	2	3	1	3	NP100 NP101

Especifique: _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ECED-I/MP Versión 2.0
(para DSM-IV)

Hoja de Puntaje Final 2

EJE V DSM-IV: EVALUACION GLOBAL DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO

Considere el funcionamiento psicológico, social y ocupacional sobre un continuo hipotético de salud-enfermedad mental. No incluya impedimentos funcionales debido a limitaciones físicas (o de medio ambiente).

Indique el código apropiado para el NIVEL MAS BAJO de funcionamiento durante la semana del MAS DEFICIENTE funcionamiento durante el mes pasado. (utilice un nivel intermedio cuando sea apropiado, por ej. 45 (dentro del rango 41-50), 48,72, etc.) Nota: Ponga una calificación de 0 si la información es inadecuada

MP104

- 100 Funcionamiento óptimo en un gran rango de actividades, los problemas de la vida nunca escapan de su control.
- 91 Es buscado por otros debido a sus cualidades positivas. Sin síntomas
- 90 Ausencia o síntomas mínimos (por ej. ansiedad ligera antes de un examen, buen funcionamiento en todas las áreas interesado e involucrado en un amplio rango de actividades, socialmente funcional, generalmente satisfecho con la vida, no más allá de problemas o cuestiones cotidianas, por ej. discusiones con los miembros de la familia)
- 81 Si los síntomas presentes, son transitorios y ruidosos esperados ante situaciones psicosociales estresantes (Por ej. dificultad para concentrarse después de una discusión familiar), no más que un leve desarrreglo en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ej. fallas temporales o retrasos en el trabajo escolar)
- 80 Algunos síntomas leves (por ej. afecto deprimido e aislamiento leve) O alguna dificultad en en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ej. deslucidez ocasional o robos domésticos), pero generalmente tiene un buen funcionamiento, tiene relaciones interpersonales significativas
- 71 Buena funcionamiento, tiene relaciones interpersonales significativas
- 61 Algunos síntomas moderados (por ej. afectividad apática y pérdidas de entusiasmo, ataques de pánico ocasionales) O dificultad moderada en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ej. pocos amigos, conflictos con los compañeros de trabajo)
- 51 Síntomas moderados (por ej. afectividad apática y pérdidas de entusiasmo, ataques de pánico ocasionales) O dificultad moderada en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ej. pocos amigos, conflictos con los compañeros de trabajo)
- 41 Síntomas graves (por ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, frecuentes borrachos en tiendas) O cualquier dificultad seria en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (por ej. no tener amigos, incapacidad para mantener un empleo).
- 31 Algunas incapacidades en pruebas de realidad o comunicación (por ej. discursos a veces vagas, oscuros o irrelevantes) O incapacidades mayores en algunas áreas, tales como relaciones familiares, laborales o escolares, juicio, pensamiento o afecto (Por ej. un hombre deprimido evita a los amigos, rechaza a la familia y es incapaz de trabajar; el niño frecuentemente golpea a los más pequeños, es desafiante en casa, y está fallando en la escuela).
- 21 La conducta está influenciada considerablemente por delirios, alucinaciones, o incapacidades graves en la comunicación o juicio (Por ej., algunos veces incoherente, actos considerablemente inapropiados, preocupaciones múltiples) O incapacidad para funcionar en todas las áreas (por ej. permanecer en cama todo el día, no tener empleo, casa o amigos)
- 11 Daños o heridas a sí mismo o a otros (Por ej. intentos de suicidio sin clara conciencia de muerte, violencia frecuente, excitación maníaca) O fallas ocasionales para mantener higiene personal mínima (Por ej. esparcir heces fecales) O fuertes impedimentos en comunicación (por ej. evidentes incoherencias o períodos de mutismo)
- 10 Daños persistentes y graves a sí mismo o a otros (violencia recurrente) O incapacidad persistente para mantener higiene personal mínima o actos de conducta de suicidio con clara conciencia de muerte

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ECED-1/11P Versión 2.0
(para DSM-IV)

Exploración General II

¿Trabaja actualmente?

▶ **EN CASO AFIRMATIVO:** ¿Durante cuánto tiempo ha trabajado en su actual empleo?

SI TIENE MENOS DE 6 MESES:

¿Por qué abandono su antiguo empleo?

¿Ha realizado siempre esa clase de trabajo?

▶ **SI NO:** ¿Por qué?

¿Qué clase de trabajo ha realizado siempre?

¿De qué se mantiene actualmente?

SI ES INDEFINIDO: ¿Ha habido algún periodo en su vida en que haya sido incapaz de trabajar o ir a la escuela?

EN CASO AFIRMATIVO:

¿Cuándo?

¿A que se debió?

ANTECEDENTES DE PSICOPATOLOGÍA (LA HOJA DE SÍNTOMAS, PÁGINA V DEL APARTADO DE EXPLORACIÓN GENERAL, PUEDE EMPLEARSE PARA RESUMIR UNA HISTORIA COMPLEJA DE PSICOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO)

¿Ha consultado a alguien acerca de sus problemas afectivos o psicológicos?

Tratamiento por problemas afectivos con su profesional de la salud física o mental.

SI NO
2 31

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Por qué motivo? ¿Qué tratamiento le dieron? ¿Qué medicamentos?

¿Hubo alguna (otras) ocasión en que usted o alguien más pensara en que debiera obtener ayuda por su manera de sentir o de actuar?

¿Ha recibido algún tratamiento por consumir drogas o alcohol?

¿Alguna vez ha sido paciente en un hospital psiquiátrico?

Número de hospitalizaciones previas (No incluye transferencias)

0
1
2
3
4
5 (o más)

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Por qué? ¿Cuántas veces?

SI LE DA UNA RESPUESTA INADECUADA, PREGUNTELE CORTESMENTE: por ej. ¿No fue por alguna otra razón? La gente no asiste a hospitales psiquiátricos sólo por estar cansada o nerviosa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Exploración General III

ECED-1/XP Versión 2.0
(para DSM-IV)

¿Ha estado usted en algún hospital
por un tratamiento o problema médico?

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuál fue el motivo?

Revisando toda su vida, ¿Cuándo ha sido el
período en que ha estado más alterado o molesto?

(¿Por qué? Describe qué es lo que
pasaba y como se sentía)

¿Cuándo se ha sentido mejor
que ahora?

PSICOPATOLOGIA DURANTE EL MES PASADO

Ahora me gustaría preguntarle acerca del
mes pasado. ¿Cómo han sido las cosas
para usted?

¿Ha sucedido algo que haya sido
especialmente difícil para usted?

¿Qué hay acerca de las actividades
en el trabajo o con su familia?

¿Cómo ha estado su humor?

¿Qué hay acerca de su
estado de salud física?

(¿Ha tenido algún problema
médico?) USE ESTA INFORMACION
PARA CODIFICAR EJE III

(¿Toma algún medicamento o
vitaminas actualmente?)

EN CASO AFIRMATIVO: ¿Qué
cantidad de medicamento ha tomado y
con qué frecuencia? ¿Ha habido algún
cambio en la dosis que ha estado
tomando?

¿Qué tanto ha bebido
(alcohol) en el mes pasado?

¿Se ha drogado en alguna ocasión
(durante el mes pasado)? ¿Qué tal coc
mariguana, cocaína o alguna otra
droga (por ej., drogas ilícitas de venta en
la calle)

ECED-I/MP Versión 2.0
(para DSM-IV)

FUNCIONAMIENTO SOCIAL ACTUAL

¿Cómo ha estado disfrutando su tiempo libre?

¿Con qué pasa su tiempo libre?

PROBABLE DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO QUE REQUIERE
DESCARTARSE:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ICED-L/NP Versión 2.0
(para DSM-IV)

Preguntas de exploración

Exploración Pág. 1

MODULO DE EXPLORACION DEL ECED (OPCIONAL)

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas específicas acerca de problemas que pudo haber tenido usted. Más adelante le preguntaré detalladamente acerca de ellos.

A LAS PREGUNTAS QUE SEAN RESPONDIDAS AFIRMATIVAMENTE, EL ENTREVISTADOR DEBERA DECIR: "Más adelante hablaremos un poco más acerca de esto."

1. ¿Ha habido alguna época en su vida en las que ha tomado cinco o más copas (cerveza, vino o licor) en una misma ocasión?
2. ¿Ha usado alguna vez drogas fuertes de venta en la calle?
3. ¿Alguna vez ha tomado un medicamento prescrito por su médico, durante mucho más tiempo del que se supone que debería tomarlo?
4. ¿Alguna vez ha tenido ataques como de pánico, en los que se sienta repentinamente temeroso o ansioso o repentinamente como muchos latidos (fúlcido)?
5. ¿Alguna vez estuvo muy temeroso de salir fuera de casa solo, estar en una muchedumbre, estar esperando en una fila o viajando en autobús o tren?
6. ¿Hay alguna cosa que le haga sentir asustado o incómodo, como hablar, comer o escribir en frente de otras personas?
7. ¿Hay alguna otra cosa que le haga sentir especialmente asustado o incómodo, como volar, ver sangre, sufrir un disparo, las alturas, lugares cerrados o cierta clase de animales o insectos?

1
Encierre con un círculo "NO" en E.1

2 3
Encierre con un círculo "SI" en E.1

P1

1
Encierre con un círculo "NO" en E.11

2 3
Encierre con un círculo "SI" en E.9

P2

1
Encierre con un círculo "NO" en E.9

2 3
Encierre con un círculo "SI" en E.9

P3

1
Encierre con un círculo "NO" en F.1

2 3
Encierre con un círculo "SI" en F.1

P4

1
Encierre con un círculo "NO" en F.6

2 3
Encierre con un círculo "SI" en F.6

P5

1
Encierre con un círculo "NO" en F.9

2 3
Encierre con un círculo "SI" en F.9

P6

1
Encierre con un círculo "NO" en F.12

2 3
Encierre con un círculo "SI" en F.12

P7

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

A: Episodios Afectivos

Episodio Depresivo Mayor

Criterios para Episodio Depresivo

Mayor

Ahora le haré algunas preguntas acerca de su estado de ánimo

NOTA. El criterio B (no cumple los criterios para episodio mixto) ha sido descartado en el SCID

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

A1 En el último mes

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto) Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables **A1**

¿Hubo algún período de tiempo en el que se sintiera deprimido o decaído la mayor parte del día o casi todo el día?

(¿Cómo era?)

SI: ¿Cuánto duró? (¿Aproximadamente dos semanas?)

A2 ¿Qué acerca de perder el interés o el placer en las cosas que usualmente disfrutaba?

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás). **A2**

SI: ¿Duraba casi todo el día? ¿Cuánto duraba? (¿Aproximadamente dos semanas?)

Si A1 ni A2 es "+" en el presente mes, verifique si en el pasado se presentaron episodios depresivos mayores pregunte nuevamente A1 y A2 buscando episodios pasados, comenzando con "¿Alguna vez...?"
SI AL MENOS HUBO UN EPISODIO DEPRESIVO EN EL PASADO: ¿Ha estado así en más de una ocasión? ¿Cuál fue el peor?
 Si A1 ni A2 fueron "+", vaya a A16 (Episodio Maniaco)

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CÉNTRASE EN EL PEOR PERÍODO DE 2 SEMANAS:

Durante (período de 2 semanas)

A3 ¿Bajó o subió de peso? (¿Cuánto? ¿Estaba tratando de bajar de peso?)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables **A3**

NO: ¿Cómo estaba su apetito? (¿Comparado con su apetito usual? ¿Alguna vez se forzó a comer? ¿Comía mucho más o mucho menos de lo usual? ¿Ocurría diario?)

A4 ¿Cómo dormía? (¿Tenía problemas para quedarse dormido, se despertaba con frecuencia, problemas para mantenerse dormido, se despertaba muy temprano o dormía demasiado? ¿Cuántas horas comparado con lo usual? ¿Ocurría casi cada noche?) (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día A4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A5 ¿Estaba tan acelerado o despierto que no podía mantenerse sentado? (¿Era tan grave que otras personas lo notaban? ¿Qué es lo que notaban? ¿Ocurría casi diario?) (5) Agitación o entretimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entretenido) A5

NO: ¿Y lo opuesto, hablar o moverse más despacio de lo normal? (¿Era tan grave que otras personas lo notaban? ¿Qué es lo que notaban? ¿Ocurría casi diario?)
NOTA: CONSIDERE EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA.

A6 ¿Cómo estaba su nivel de energía? (¿Estaba cansado todo el tiempo? ¿Casi todo el tiempo?) (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día A6

A7 ¿Cómo se sentía consigo mismo? (¿Despreciable? ¿Casi todo el día?) (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). A7

NO: ¿Se sentía culpable por cosas que había o no había hecho? (¿Casi todo el día?)

NOTA: CODIFIQUE "-" SI SOLO HAY BAJA AUTOESTIMA

A8 ¿Tenía problemas para pensar o concentrarse? (¿Con qué cosas interfería? ¿Casi todo el día?) (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). A8

NO: ¿Se le dificultaba tomar decisiones de la vida diaria?

A9 ¿Las cosas estaban tan mal que pensaba mucho en la muerte o de que estaría mejor muerto? ¿Que acerca de lastimarse? (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo el temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse A9

SI: ¿Hizo algo para lastimarse?

A10 AL MENOS CINCO DE A(1)-A(9) SON "+" Y AL MENOS UNO DE ESTOS REACTIVOS A(1) O A(2). A10

Si A10 es "-" (p. eje. menos de cinco es "+") pregunte lo siguiente si es desconocido:
¿Hubo algún otro momento en el que estuvo deprimido y tuvo incluso más síntomas de los que hablamos?
SI: Vaya a A1 y pregunte acerca de ese episodio.
NO: Vaya a A16 (Episodio Maníaco).

A11 SI NO ES CLARO: ¿La depresión le ha dificultado hacer su trabajo, encargarse del hogar o relacionarse con otras personas? C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A11

Si A11 es "-" (síntomas clínicamente no significativos), pregunte lo siguiente si es desconocido:
¿Hubo algún otro momento en el que estuvo deprimido y tuvo más de un efecto sobre su vida?

SI: Regrese a A1 y pregunte sobre ese episodio.
NO: Vaya a A16 (Episodio Maníaco).

A12 Antes de que esto comenzara ¿Estaba físicamente enfermo?

A12 D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

Antes de que esto comenzara ¿Estaba tomando algun medicamento?

SI: ¿Hubo algun cambio en la dosis que estaba consumiendo?

Antes de que esto comenzara ¿estaba consumiendo alcohol o drogas?

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La etiología de las condiciones médicas generales incluyen una enfermedad neurológica degenerativa (e.g., Enfermedad de Parkinson), enfermedad cerebrovascular, condiciones metabólicas (e.g., deficiencia de la vitamina B12), condiciones endócrinas (e.g., hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismo), infecciones virales u otras infecciones (e.g., hepatitis, mononucleosis, VIH), y algunos tipos de cáncer (e.g., carcinoma del páncreas)

Si existe alguna indicación de que la depresión pudo ser secundaria (consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 20 y regrese a esta sección para evaluar "-" o "+"

La etiología de sustancias incluye alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, fenciclidina, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos. Los medicamentos incluyen antihipertensivos, anticonceptivos orales, corticosteroides, esteroides anabólicos, agentes anticancerígenos, analgésicos, anticolinérgicos, medicamentos cardíacos.

Si A12 es "-" (el afecto se debe a sustancias o a una condición médica general), pregunte lo siguiente ¿Hubo algún otro momento en el que se sintió deprimido y no fue debido a (condición médica / uso de sustancia)?
SI: Vaya a A1 y pregunte acerca del episodio.
NO: Vaya a A16 (Episodio Maníaco).

A13 SI ES DESCONOCIDO: ¿Esto comenzó poco después de que alguien cercano a usted murió?

A13 E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Si A13 es "-" (el afecto depresivo es debido a la pérdida), pregunte lo siguiente: ¿Hubo otros momentos en los que estuvo deprimido y no fue debido a la pérdida de un ser querido?

SI: Vaya a A1 y pregunte por el episodio.
NO: Vaya a A16 (Episodio Maníaco)

- A14** SI ES DESCONOCIDO ¿Ha tenido (síntomas calificados "+") en el último mes? **A14** LOS CRITERIOS A, C, D, Y E SON "E" (REALICE AL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR)
- A15** ¿Cuántas veces ha estado deprimido casi todo el día por al menos 2 semanas y ha tenido varios de los síntomas que acaba de describir, tales como (síntomas o episodio más severo)? **A15** El número total de episodios depresivos mayores incluyendo el actual (CODIFIQUE 99 si son muy numerosos o indistintos para contar)

Episodio Maníaco

Criterios para Episodio Maníaco

Nota: El criterio C (ej. no cumple los criterios para episodio mixto) ha sido omitido del SCID.

- A16** ¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se sentía muy bien, elevado, excitado y más activo que incluso otras personas pensaron que no estaba en su estado normal o que tenía algún problema? (¿Alguien le dijo que estaba maníaco? ¿Era más que solo sentirse bien?) **A16** A Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.
- ¿Cómo era?
NO: ¿tuvo algún período de tiempo en el que se sintió tan irritable que incluso le gritaba a la gente o empezaba peleas o discusiones? (¿Se encontró gritándole a gente que en realidad no conocía?)

Si A16 es "-" (p.ej., nunca ha tenido períodos elevados o de afecto irritado), vaya a A45 (trastorno Distímico).

- A17** ¿Cuánto duraba? (¿Aproximadamente 1 semana? ¿Tuvo que ingresar a un hospital?) **A17** que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización)

Si A17 es "-" (duración menor a una semana), vaya a A30 (Episodio Hipo maníaco)

¿Ha tenido más de un período así? ¿En que momento estuvo más (elevado/irritable)?

PARA LOS REACTIVOS A18-A27
CÉNTRASE EN EL EPISODIO MÁS EXTREMO.

SI ES DESCONOCIDO: Durante este tiempo ¿Cuándo estuvo más eufórico o irritable?

Durante el (período más grave de síntomas maníacos)...

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido un grado significativo:

- A18** ...¿Cómo se sentía consigo mismo? (¿Se sentía más confiado de lo usual? ¿Con poderes o habilidades especiales?) **A18** (1) Autoestima exagerada o grandiosidad

- A19 ¿Necesitaba dormir menos de lo usual? (2) Disminución de la necesidad de dormir A19
(p.ej. se siente descansado tras solo tres horas de sueño)
- SI: ¿Aun así se siente descansado?
- A20 ¿Hablabas o platicabas más de lo usual? (3) Más hablador de lo habitual o A20
(¿A la gente se le dificultaba pararlo o entenderlo? ¿A la gente se le dificultaba poder hablar mientras usted lo hacía?)
verborreico.
- A21 ¿Sus pensamientos iban muy rápido en (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de A21
su cabeza? que el pensamiento está acelerado
- A22 ¿Se distraía con facilidad por cosas a su (5) Distractibilidad (p.ej. la atención se A22
alrededor por lo que tenía problemas para desvía demasiado fácilmente hacia
concentrarse o mantenerse en alguna estímulos externos banales o irrelevantes)
actividad?
- A23 ¿Cómo pasaba el tiempo? (Trabajo, (6) Aumento de la actividad intencionada A23
amigos, pasatiempos? ¿Estaba tan activo (ya sea socialmente, en el trabajo o los
que sus amigos o familiares estaban estudios, o sexualmente) o agitación
preocupados por usted?) psicomotora
- SI NO HAY INCREMENTO EN LA
ACTIVIDAD: ¿Estaba físicamente
agitado? (¿Qué tan malo fue?)
- A24 ¿Hizo algo que le causó problemas a (7) Implicación excesiva en actividades A24
usted o a su familia? (¿Como comprar placeras que tienen un alto potencial
cosas que no necesitaba? ¿Alguna para producir consecuencias graves (p.ej.
actividad inusual para usted? ¿Manejar enzarzarse en compras irrefrenables,
sin precaución?) indiscreciones sexuales o inversiones
económicas alocadas)
- A25 AL MENOS TRES DE B(1)-B(7) SON "+" A25
(O CUATRO SI EL ÁNIMO ES
IRRITABLE Y NO ELEVADO)

Si A25 es "-" (menos de 3 son "+") pregunte lo siguiente:
¿Hubo algún otro momento en el que estuviera elevado/irritable y que tuviera más síntomas de los que hablamos?
SI: Regrese a A16 y pregunte acerca del episodio
NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

- A26 SI ES DESCONOCIDO: ¿En ese tiempo, D La alteración del estado de ánimo es A26
tuvo problemas en el hogar o trabajo suficientemente grave; como para provocar
(escuela) porque estaba (síntomas) o tuvo deterioro laboral o de las actividades
que ingresar a algún hospital? sociales habituales o de las relaciones con
los demás, o para necesitar hospitalización
con el fin de prevenir los daños a uno
mismo o a los demás, o hay síntomas
psicóticos.

Si A26 es "-" (No lo suficientemente severo) pregunte lo siguiente:
¿Hubo otros momentos en los que estuvo elevado/irritable y tuvo problemas con las personas u hospitalizado?
SI: Regrese a A16 y pregunte acerca del episodio
NO: Vaya a A39 (Criterio C para Episodio Hipomaniaco)

- A27 ¿Antes de que esto comenzara, estaba E Los síntomas no son debidos a los A27
físicamente enfermo? efectos fisiológicos directos de una
sustancia (p.ej. una droga, medicamento u
otro tratamiento) ni a una enfermedad
médica.
- ¿Antes de que esto comenzara, estaba Nota: Los episodios parecidos a la manía

tomando algún medicamento?

que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p.ej. un medicamento terapéutica electroconvulsiva, terapéutica luminica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I pero son considerados como trastornos del ánimo inducidos por sustancias

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando?

¿Antes de que esto comenzara, estaba consumiendo alcohol o alguna droga?

Si existe alguna indicación de que la manía pudiera ser secundaria (consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia) vaya a la página 20 y regrese para evaluar "-" o "+"

La etiología de las condiciones médicas generales incluyen una enfermedad neurológica degenerativa (e.g. Enfermedad de Parkinson), enfermedad cerebrovascular, condiciones metabólicas (e.g. deficiencia de la vitamina B12, Enfermedad de Wilson), condiciones endócrinas (e.g. hipertiroidismo), infecciones virales u otras infecciones (e.g. hepatitis mononucleosis, VIH) y algunos tipos de cáncer (e.g. neoplasmas cerebrales)

La etiología de sustancias incluye alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, fenciclidina, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos. Los medicamentos incluyen psicotrópicos, corticosteroides, esteroides anabólicos, medicamentos antiparkinsonianos (e.g. levodopa), y simpatomiméticos/descongestionantes.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Si A27 es "-" (manía secundaria a una sustancia o condición médica general), pregunte lo siguiente: ¿Hubo algún otro momento en el que estuviera elevado /irritable y que no estuviera (físicamente enfermo/ tomando medicamento /consumiendo alguna sustancia)?

SI: Vaya a A16 y pregunte acerca de ese episodio

NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

A28 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido LOS CRITERIOS A, C, D Y E SON "+" A28 (síntomas evaluados "+") en el último mes?

(HAGA EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO MANÍACO)

A29 ¿En cuántas ocasiones ha estado (elevado /palabras propias) y ha tenido (síntomas maníacos reconocidos) durante al menos una semana (o fue hospitalizado)? Número total de episodios maníacos, incluyendo el actual (CODIFIQUE 99 si son muy numerosos o indistintos para contar).

HA TERMINADO DE EVALUAR LOS EPISODIOS AFECTIVOS VAYA AL MÓDULO B (SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ASOCIADOS) B1

Episodio Hipomaniaco

Criterios para Episodio Hipomaniaco

A30 SI ES DESCONOCIDO: ¿Cuando estaba elevado/irritable) esto duraba al menos 4 días?

A. Un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente A30

del estado de ánimo habitual

¿Ha tenido más de un momento así? ¿En que momento estuvo más (elevado/irritable)?

PARA LOS REACTIVOS A31-A37. CÉNTRERE EN EL EPISODIO MÁS EXTREMO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Si A30 es "-" (no han habido períodos de ánimo elevado o irritable con una duración de al menos 4 días), vaya a A45. (Trastorno Distímico)

Durante (PERÍODO MÁS EXTREMO DE SÍNTOMAS HIPOMANIACOS)

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y se ha presentado en un grado significativo:

- | | | | |
|---|---|--|-----|
| A31 | ¿Cómo se sentía de sí mismo? (¿Más confiado de lo usual? ¿Con algún poder o habilidad especial?) | (1) Autoestima exagerada o grandiosidad | A31 |
| A32 | ¿Necesitaba dormir menos de lo usual? | (2) Disminución de la necesidad de dormir (p.ej. se siente descansado tras solo 3 horas de sueño). | A32 |
| SI: ¿Se sentía descansado? | | | |
| A33 | ¿Hablaba más de lo usual? (¿La gente tenía problemas para que dejara de hablar o para entenderle? ¿a la gente se le dificultaba hablar mientras usted lo hacía?) | (3) Más hablador de lo habitual o verborreico | A33 |
| A34 | ¿Sus pensamientos iban demasiado rápido en su cabeza? | (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. | A34 |
| A35 | ¿Se distraía con facilidad por cosas de su alrededor por lo que se le dificultaba concentrarse o mantener una idea? | (5) Distractibilidad (p.ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) | A35 |
| A36 | ¿Cómo ocupaba el tiempo? (¿Trabajo, amigos, pasatiempos? ¿Estaba tan activo que sus amigos o familiares se preocuparon por usted?) | (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora | A36 |
| SI NO HAY INCREMENTO EN LA ACTIVIDAD: ¿Estaba físicamente agitado? (¿Qué tan malo era?) | | | |
| A37 | ¿Hizo algo que le causó problemas a usted o a su familia? (¿Comprar cosas que no necesitaba? ¿Alguna actividad sexual inusual para usted? ¿Mancjar sin precaución?) | (7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas) | A37 |
| A38 | | AL MENOS TRES B(1)-B(7) SON "+" (O CUATRO SI EL ÁNIMO ES IRRITABLE Y NO ELEVADO). | A38 |

Si A38 es "-" (menos de tres son "+") pregunte lo siguiente:

¿Han habido otros momentos en los que estuvo (elevado/irritable) y tuviera más síntomas de los que hablamos?

SI: Regrese a A30 y pregunte sobre el episodio

NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| A39 | SI ES DESCONOCIDO: ¿Esto es muy diferente de la forma como usualmente | C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es | A39 |
|-----|---|---|-----|

es? (¿Como era diferente? ¿En el trabajo? característico del sujeto cuando está
¿Con los amigos? asintomático.

Si A39 es "-" (Característicamente "hipomaniaco"), pregunte lo siguiente:

¿Han habido otros momentos en los que estuvo (elevado/irritable) y fuera usted realmente diferente de como generalmente es?

SI: Regrese a A30, y pregunte por el episodio

NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

A40 SI ES DESCONOCIDO: ¿Otras personas D La alteración del estado de ánimo y el A40
notaban estos cambios en usted? (¿Qué es cambio de la actividad son observables por
lo que decían?) los demás.

Si A41 es "-" (lo suficientemente severo para provocar un marcado deterioro), regrese a A26. codifique "+" para ese reactivo y continúe con A27

A42 ¿Antes de que esto comenzara, estaba E El episodio no es suficientemente grave A42
físicamente enfermo? como para provocar un deterioro laboral o
social importante o para necesitar hospitalización. no hay síntomas psicóticos

¿Antes de que esto comenzara, estaba tomando algún medicamento?

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando?

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepressivo (p.ej. un medicamento terapéutico electroconvulsivo terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II pero son considerados como Episodios del Estado de Animo inducidos por Sustancias

¿Antes de que esto comenzara, estaba consumiendo alcohol o drogas?

Si existe alguna indicación de que la hipomanía es secundaria (consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 20 y regrese a esta sección para hacer la evaluación de "-" o "+".

Refiera la lista de posibles etiologías de condiciones médicas generales y sustancias incluidas en el reactivo A27

Si A42 es "-" (hipomanía secundaria a una sustancia o condición médica general), pregunte lo siguiente
¿Han habido otros momentos en los que estuviera elevado/irritable) y que no estuviera (físicamente enfermo/tomando algún medicamento/consumiendo alguna sustancia)?

SI: Regrese a A30 y pregunte por el episodio

NO: Vaya a A45 (Trastorno Distímico)

A43 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido LOS CRITERIOS A, B, C, D, E Y F SON A43
(síntomas evaluados "+") en el último "+"
mes?

(REALICE EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO HIPOMANIACO).

A44 ¿En cuántas ocasiones ha estado Número total de episodios hipomaniacos A44
(elevado/irritable) y ha tenido (síntomas (CODIFIQUE 99 si son indistintos o muy
hipomaniacos reconocidos) por un numerosos para contar)
período de tiempo?

HA TERMINADO DE EVALUAR LOS EPISODIOS AFECTIVOS. VAYA AL MÓDULO B

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ASOCIADOS), B1

Trastorno Distímico

Criterios para Trastorno Distímico

Nota: Para las presentaciones en donde existe historia de múltiples Episodios Depresivos Mayores recurrentes, el clínico puede omitir la evaluación de Trastorno Distímico (vaya a B1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- A45 ¿En el último par de años, ha tenido un estado de ánimo deprimido la mayoría de los días o más días de los que no? A45
- A Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- (¿Más de la mitad del tiempo?)
- SI: ¿Cómo era?

Si A45 es "-" (Ánimo no crónicamente deprimido), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

- ¿Durante estos periodos de (palabras propias para depresión crónica), se ha dado cuenta de que la mayor parte del tiempo...
- B Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- A46 ¿Ha perdido su apetito? (¿Come demasiado?) A46 (1) Pérdida o aumento de apetito.
- A47 ¿Ha tenido problemas para dormir o duerme demasiado? A47 (2) Insomnio o hipersomnia.
- A48 ¿Tiene poca energía para hacer las cosas o se siente muy cansado? A48 (3) Falta de energía o fatiga.
- A49 ¿Se siente mal consigo mismo? (¿Despreciable o fracasado?) A49 (4) Baja autoestima.
- A50 ¿Ha tenido problemas para concentrarse o para tomar decisiones? A50 (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- A51 ¿Se siente sin esperanza? A51 (6) Sentimientos de desesperanza.
- A52 AL MENOS DOS SÍNTOMAS "B" SON "+".

Si A52 es "-" (menos de dos síntomas son "+"), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

- A53 ¿Cuál ha sido el mayor periodo de tiempo, durante este periodo de depresión, en el que sintió bien? (SIN SÍNTOMAS DISTÍMICOS) A53
- C Durante el periodo de 2 años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

Si A53 es "-" (Más de dos meses sin síntomas), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

- A54 ¿Por cuanto tiempo se ha sentido de esta forma? (¿Cuándo comenzó?) A54
- Edad de inicio del Trastorno Distímico Actual (Codifique 99 si es desconocido).
- A55 SI ES DESCONOCIDO: ¿Comenzó de forma gradual o empezó con un periodo grave de depresión? A55
- D No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un

trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses) Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Si A55 es "-" (episodio depresivo mayor durante los primeros dos años), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

A56

E una ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico

A56

Si A56 es "-" (episodio pasado de manía, mixto o hipomanía o se cumplen los criterios para trastorno ciclotímico), vaya a Bc (Síntomas Psicóticos y Asociados)

A57 ESTO PUEDE SER QUE TENGA QUE SER DIFERENDO AÚN CUANDO LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS HAYAN SIDO DESCARTADOS

F La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

A57

Si A57 es "-" (ocurre durante un trastorno psicótico), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

A58 ¿Antes de que esto comenzara, estaba físicamente enfermo?

G Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo)

A58

¿Antes de que esto comenzara, estaba tomando algún medicamento?

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando?

La etiología de las condiciones médicas generales incluyen: enfermedades neurológicas degenerativas (Enfermedad de Parkinson), enfermedades cerebrovasculares, condiciones metabólicas (deficiencia de la vitamina B12), condiciones endócrinas (hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismos), infecciones virales o de otro tipo (hepatitis, mononucleosis, VIH) y algunos tipos de cáncer (carcinoma de páncreas)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

¿Antes de que esto comenzara, estaba consumiendo alcohol o drogas?

Si existe alguna indicación de que la distimia es secundaria (consecuencia fisiológica directa por una

La etiología de sustancias incluye: alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, fenclidina, sedantes,

condición médica general o sustancia) vaya a la página 20 regrese para hacer la evaluación de "-" o "+"

hipnóticos ansiolíticos. Los medicamentos incluyen antihipertensivos, anticonceptivos orales, corticosteroides, esteroides anabólicos, agentes anticancerígenos, anticolinérgicos y medicamentos cardíacos.

Si A58 es "-" (debido a una condición médica general crónica o uso crónico de sustancias), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

A59 SO NO ES CLARO: ¿Qué tanto H Los síntomas causan un malestar A59 (síntomas en A y B) interfieren con su vida)? (síntomas en A y B) social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Si A59 es "-" (clínicamente no significativo), vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

A60 LOS CRITERIOS A, B, C, D, E, F, G, Y H A60 SON "+".

(HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO 300.4)

Vaya a B1 (Síntomas Psicóticos y Asociados)

CONSIDERE EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL O USO DE SUSTANCIAS

Si los síntomas afectivos no están temporalmente asociados con una condición médica general, vaya a A65 (Trastorno afectivo inducido por sustancia)

Trastorno del Estado de Animo debido a una Condición Médica General

Criterios para Trastorno del Estado de Animo debido a una Condición Médica General

Nota: El Criterio D (no durante el transcurso de un delirium) ha sido omitido del SCID).

A61 CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes:

- (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de interés o del placer en todas o casi todas las actividades
- (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

A62 ¿Piensa que sus (SÍNTOMAS AFECTIVOS) estuvieron relacionados de alguna forma con su (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA)?

B/C a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica y la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental /p ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Si: Dígame de qué forma
 (¿Los (SÍNTOMAS AFECTIVOS)
 iniciaron o empeoraron solo después de
 que (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL
 COMÓRBIDA) iniciara?)
 SI Y LA CONDICIÓN MÉDICA
 GENERAL HA SIDO RESUELTA: ¿Los
 (SÍNTOMAS AFECTIVOS) mejoraron
 una vez que (CONDICIÓN MÉDICA
 GENERAL COMÓRBIDA) mejoró?

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Si A62 es "-" (condición médica general no etiológica) vaya a A65 (Trastorno afectivo inducido por sustancia)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <p>A63 SI NO ES CLARO: ¿Qué tanto (SÍNTOMAS AFECTIVOS) interferían con su vida?</p> <p>A64 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS AFECTIVOS EVALUADOS "+") en el último mes?</p> | <p>E Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>LOS CRITERIOS A, B/C Y E SON "+" (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL 293.83)</p> | <p>A63</p> <p>A64</p> |
|---|--|-------------------------------------|

Si los síntomas no están temporalmente asociados con uso de sustancias, regrese al episodio evaluado:
 A12 para Episodio Depresivo Mayor
 A27 para Episodio Maníaco
 A42 para Episodio Hipomaniaco
 A58 para Trastorno Distímico
 D11 para Otros Trastornos Bipolares
 D18 para Trastorno Depresivo no Especificado

Trastorno Afectivo Inducido por Sustancias

Criterios para Trastorno Afectivo Inducido por Sustancias

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <p>A65 CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA</p> <p>A66 SI ES DESCONOCIDO: ¿Cuándo comenzaron (SÍNTOMAS AFECTIVOS)? ¿Ya estaba consumiendo (SUSTANCIA) o acababa de dejar de consumirla o redujo la dosis?</p> | <p>Nota: El Criterio D (no debido a delirium) ha sido omitido del SCID</p> <p>A En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes:
 (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
 (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.</p> <p>B A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):
 (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
 (2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la</p> | <p>A65</p> <p>A66</p> |
|--|---|-------------------------------------|

alteración.

Si A66 es "-" (etiologicamente no relacionado a la sustancia) regrese al episodio evaluado:

- A12 para Episodio Depresivo Mayor
- A27 para Episodio Maníaco
- A42 para Episodio Hipomaniaco
- A58 para Trastorno Distímico
- D11 para Otros Trastornos Bipolares
- D18 para Trastorno Depresivo no Especificado

A67 ¿Piensa que sus (SÍNTOMAS AFECTIVOS) están de alguna forma relacionados con el uso de (SUSTANCIA)? C La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno afectivo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno afectivo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: A67

SI: ¿De qué forma?

HAGA CUALQUIERA DE LA SIGUIENTES PREGUNTAS SI SE REQUIERE DESCARTAR ALGUNA ETIOLOGÍA QUE NO SE DEBA A LA SUSTANCIA.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A67 SI ES DESCONOCIDO: ¿Que vino primero, el uso de (SUSTANCIA) o (SÍNTOMAS AFECTIVOS)? (1) los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento

SI ES DESCONOCIDO: ¿Alguna ha dejado de consumir (SUSTANCIA) por un período de tiempo? (2) los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p.ej. alrededor de un mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave

SI: ¿Cuando dejó de usar (SUSTANCIA) los (SÍNTOMAS AFECTIVOS) mejoraron? (3) Los síntomas son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso

SI ES DESCONOCIDO: ¿qué cantidad de (SUSTANCIA) estaba usando cuando iniciaron (SÍNTOMAS AFECTIVOS)? (4) hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno afectivo no inducido por sustancias (p.ej. una historia de episodios depresivos mayores recurrentes)

SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido otros episodios de (SÍNTOMAS AFECTIVOS)?

SI: ¿Cuántos? ¿Estaba usando (SUSTANCIA) en esos momentos?

Si A67 es "-" (el trastorno se clasifica mejor como un trastorno afecto no inducido por sustancia) regrese al episodio evaluado:

- A12 para Episodio Depresivo Mayor
- A27 para Episodio Maníaco
- A42 para Episodio Hipomaniaco
- A58 para Trastorno Distímico
- D11 para Otros Trastornos Bipolares
- D18 para Trastorno Depresivo no Especificado

A68 SI ES DESCONOCIDO: ¿Qué tanto los (SÍNTOMAS AFECTIVOS) interferían con su vida? E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo A68

A69 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido LOS CRITERIOS A, B, C Y E SON "++" A69
 (SÍNTOMAS AFECTIVOS) en el último mes?
 (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO INDUCIDO POR SUSTANCIAS)

Regrese al episodio evaluado:
 A12 para Episodio Depresivo Mayor.
 A27 para Episodio Maníaco.
 A42 para Episodio Hipomaniaco
 A58 para Trastorno Distímico.
 D11 para Otros Trastornos Bipolares
 D18 para Trastorno Depresivo no Especificado

B. Síntomas Psicóticos y Asociados

PARA CADA SÍNTOMA PSICÓTICO, DESCRIBA EN LA HOJA DE CALIFICACION EL CONTENIDO ACTUAL E INDIQUE EL PERÍODO DE TIEMPO EN EL QUE SE PRESENTÓ EL SÍNTOMA

A continuación le haré algunas preguntas acerca de experiencias inusuales que en ocasiones la gente tiene

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Delirios

Creencias personales falsas basadas en inferencias incorrectas de la realidad externa y que se sostienen firmemente a pesar de lo que los demás creen y a pesar de lo que constituye una evidencia obvia e incontrovertible de lo contrario. La creencia ordinariamente no es aceptada por otros miembros de la cultura de la persona o subcultura. No se considera como delirio las creencias irrazonables y sostenidas que se mantienen con una menor intensidad ("ideas sobrevaloradas")

- | | | |
|---|---|------------------|
| <p>B1 ¿Alguna vez le ha parecido que la gente hablaba de usted o que especialmente lo notaban?</p> <p>SI: ¿Estaba convencido de que hablaban de usted o pensó que tal vez era solo su imaginación?</p> | <p>Delirio de referencia: eventos objetos u otras personas que en el medio donde se desenvuelve el individuo tienen un significado particular o inusual y que es claramente injustificado</p> | <p>B1</p> |
| <p>B2 ¿Que acerca de que alguien buscara hacerle pasar un mal rato o hacerle daño?</p> | <p>Delirio de persecución: El individuo (o su grupo) es atacado, perseguido, engañado o se conspira en su contra</p> | <p>B2</p> |
| <p>B3 ¿Alguna vez sintió que era especialmente importante de alguna manera, o de que tenía poderes especiales para hacer cosas que las demás personas no podían hacer?</p> | <p>Delirio de grandeza: El contenido involucra un poder, conocimiento o importancia exagerada, o una relación especial con una deidad o persona famosa</p> | <p>B3</p> |
| <p>B4 ¿alguna vez sintió que algo físico estaba muy mal en usted aun cuando el doctor decía lo contrario como tener cáncer o alguna otra terrible enfermedad?</p> | <p>Delirio somático: El contenido involucra un cambio o alteración en la apariencia o funcionamiento corporal</p> | <p>B4</p> |

74

¿Alguna vez ha estado convencido de que algo estaba mal en la forma en que se veía una o varias partes de su cuerpo?

(¿Alguna vez sintió que algo extraño le ocurría a partes de su cuerpo?)

B5 (¿Alguna vez ha tenido alguna experiencia religiosa inusual?)

(¿Alguna vez ha sentido que cometió un crimen o algo terrible por lo que merece ser castigado?)

(¿Alguna vez ha sentido que alguien o algo fuera de usted controla sus pensamientos o acciones en contra de su voluntad?)

(¿Alguna vez ha creído que alguien puede leer su mente?)

(¿Alguna vez ha sentido que ciertos pensamientos que no eran de usted fueron introducidos en su cabeza? ¿qué acerca de que le roben los pensamientos?)

Otros delirios: religiosos, celotípicos, erotomaniacos, delirio de culpa, delirios de ser controlado, pensamiento grabado, inserción del pensamiento, retirada del pensamiento

B5

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Alucinaciones

Percepción sensorial que implica la sensación de una sensación real pero que se presenta sin estímulos externos de los órganos sensoriales

B6 ¿Escucha cosas que los demás no pueden oír, como ruidos, o voces de personas que murmuran o platican?

Sí: ¿Qué es lo que escucha? ¿Con qué frecuencia lo escucha?

Alucinaciones auditivas: Cuando el sujeto está despierto, escucha cosas ya sea dentro o fuera de su cabeza

B6

B7 ¿Alguna vez ha tenido visiones o ha visto cosas que los demás no pueden? (¿Estaba despierto en ese momento?)

Alucinaciones visuales

B7

B8 ¿Ha tenido sensaciones extrañas en su cuerpo o piel?

Alucinaciones táctiles: p.ej. electricidad

B8

B9 ¿Que acerca de oler o probar cosas que los demás no pueden oler o probar?

Otras alucinaciones: p.ej. gustativas, olfatorias.

B9

LOS REACTIVOS RESTANTES DE ESTA SECCIÓN SON OBSERVACIONALES O POR HISTORIA.

Permítame un minuto para poder hacer algunas anotaciones

B10

Conductas catatónicas: p.ej. catalepsia, estupor, agitación catatónica, negativismo, mutismo, movimientos estereotipados, ecolalia, ecopraxia

B10

B11

Comportamiento desorganizado: p.ej. marcada apariencia desaliñada, comportamiento sexual inapropiado, agitación impredecible y sin algún desencadenante

B11

B12

Afecto inapropiado: p.ej. sonreír mientras habla de que es perseguido.

B12

B13

Lenguaje desorganizado: p.ej. pérdida de

B13

- B14 asociaciones o incoherencia
 Síntomas negativos: p.ej. aplanamiento afectivo, alogia, avolición. B14
- B15 SI SE HAN PRESENTADO ALUCINACIONES O DELIRIOS, COMPLETE LA SECCIÓN CRONOLÓGICA

C. Diagnóstico Diferencial de Trastornos Psicóticos

Si no se han presentado los ítems psicóticos del Módulo B, vaya al Módulo D. (trastornos del ánimo)

- C1 Los síntomas psicóticos ocurren en otros momentos distintos a episodios de depresión mayor, manía, o mixtos. C1

Las siguientes preguntas pueden realizarse para clarificación: SI ALGUNA VEZ HA EXISTIDO ALGÚN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, MANÍACO O MIXTO: ¿Alguna vez tuvo (SÍNTOMAS PSICÓTICOS) y no estaba (DEPRIMIDO, MANÍACO)?

- Si No Afecto psicótico- Vaya al Módulo D

Criterios para Esquizofrenia

Nota: Los criterios para esquizofrenia se presentan en un orden distinto al DSM-IV

- C2 A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito) C2
- (1) Ideas delirantes
 - (2) Alucinaciones
 - (3) Lenguaje desorganizado (p.ej. descarrilamiento frecuente o incoherencia)
 - (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
 - (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

(Nota: Solo se requiere de un síntoma del Criterio A, si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto o si dos o más voces conversan entre ellas)

- Si No Vaya a C21

- C3 D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo debido a: C3
- (1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa (p.ej. Los síntomas "a" listados en C2)

Las siguientes preguntas pueden realizarse para clarificación: ¿Hubo algún momento en que tuvo (SÍNTOMAS PSICÓTICOS) al mismo tiempo en que estuvo (deprimido/elevado/irritable)?

(2) Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

activos y residual.

Preguntas para clarificación: ¿Cuanto tiempo en el que tuvo (SÍNTOMAS DE LA FASE ACTIVA Y RESIDUAL) diría que también estuvo (deprimido/elevado/irritable)?

Nota: Conteste "si" si alguna vez ha habido algún episodio depresivo, maníaco o mixto, si tales episodios ocurrieron durante la fase prodrómica o residual o si los síntomas afectivos son breves en relación con el total de la alteración. Conteste "no" si el episodio del estado de ánimo se sobrepone con los síntomas psicóticos Y si el afecto es una parte significativa del total de la alteración.

Si

No Vaya a C16

C4

C. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos y residuales los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p.ej., creencias raras, experiencia perceptivas no habituales).

C4

Preguntas para clarificación: ¿Entre (MÚLTIPLES EPISODIOS), regreso a su estado normal? ¿Cuánto duraba cada episodio?

Si

No Vaya a C13

C5

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, estás claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C5

Preguntas para clarificación: ¿Cuando tuvo (SÍNTOMAS DEL CRITERIO "A") tenía problemas para trabajar o cuidarse de sí mismo?

Si

No Vaya a C39

C6

E. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Preguntas para clarificación: ¿en ese tiempo estuvo consumiendo alguna droga o medicamento? ¿Estaba físicamente enfermo?

Si existe alguna indicación de que los síntomas psicóticos sean secundarios (p.ej., una consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la pág. 39 y regrese aquí para evaluar "si" o "no".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

77

La etiología de condiciones médicas generales incluye condiciones neurológicas (e.g., neoplasmas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Huntington, epilepsia, lesiones del nervio auditivo, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central), condiciones endócrinas (e.g., hiper e hipotiroidismo, hipocortisolismo), condiciones metabólicas (e.g., hipoxia, hipercarbia, hipogluccemia), desbalances de fluidos o electrolitos, enfermedades hepáticas o renales, y desórdenes autoinmunes que involucran el sistema nervioso central (e.g., eritematoso de lupus sistémica).

La etiología de sustancia incluye alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, fenciclidina, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y otras sustancias.

Si (no se debe a una sustancia o condición médica general)

No Vaya a C2 para ver si no existen otros síntomas psicóticos no debidos a sustancias o condición médica general; de otra forma vaya al Módulo D

C7 SI SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C, Y E (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA). SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS PSICÓTICOS U OTROS SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el último mes? C7

C8 Considere el Tipo Paranoide: Actual (o más reciente): C8
A. Preocupación con uno o más delirio o alucinaciones auditivas frecuentes
B. Ninguno de los siguientes es prominente: lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, afecto inapropiado o aplanado.

No

Si

295.30 Esquizofrenia Paranoide

Vaya al Módulo D.

C9 Considere el Tipo Catatónico: Actual (o más reciente) en donde el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes:

- (1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad ceras) o estupor
- (2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externo)
- (3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- (4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- (5) Ecología o ecopraxia.

No

Si

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

295.20 Esquizofrenia Catatónica

Vaya al Módulo D

- C10 Considere el Tipo Desorganizado: Actual (o más reciente) en donde se cumplen los siguientes criterios: C10
- A. Predominan:
- (1) Lenguaje desorganizado
 - (2) Comportamiento desorganizado
 - (3) Afecto inapropiado o aplanado
- B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

No

Si

Esquizofrenia Desorganizada

Vaya al Módulo D

- C11 Considere el Tipo Indiferenciado: Actual (o más reciente) en donde están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no se cumplen los criterios para el tipo paranoide desorganizado o catatónico. C11

No

Si

295.90 Esquizofrenia Indiferenciada

Vaya al Módulo D

- C12 Considere el Tipo Residual: Actual (o más reciente) en el que se cumplen los siguientes criterios: C12
- A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p.ej. creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Si 295.60 Esquizofrenia Residual

Vaya al Módulo D

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criterios para el Trastorno Esquizofreniforme

- C13 B Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) durante al menos un mes, pero menos de seis meses C13
- Preguntas para clarificación: ¿Cuánto duran los (SÍNTOMAS PSICÓTICOS)?

Si

No. Vaya a C27

- C14 A. La alteración no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (e.g., abuso

de alguna droga o medicamento) o una condición médica general.

Preguntas para clarificación: ¿Estaba consumiendo alguna droga o medicamento en este tiempo? ¿Estaba físicamente enfermo en ese momento?

Vaya a la lista de condiciones médicas generales y sustancias en el reactivo C6.

Si existe alguna indicación de que los síntomas psicóticos son secundarios (e.g. consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 39 y regrese para evaluar "sí" o "no".

Si (no se debe a sustancia o condición médica general).

No Vaya a C2 si existe otro síntoma psicótico que no se debe a sustancia o condición médica general, de otro modo, vaya al Módulo D.

C15 LOS CRITERIOS A Y B SE CUMPLEN (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME 295.40) SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el último mes?

Vaya al Módulo D

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Criterios para el Trastorno Esquizoafectivo

C16 A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para esquizofrenia. **C16**

Si

No Vaya a C39

C17 B. Durante el mismo período de enfermedad se han presentado ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados **C17**
Preguntas para clarificación: ¿Han habido ocasiones en las que ha tenido (SÍNTOMAS PSICÓTICOS) cuando no se encontraba (MANÍACO O DEPRIMIDO)?

Si

No Vaya a C39

C18 C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad. **C18**

Si

No Vaya a C39

C19 D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso o un medicamento) o una enfermedad médica. NOTA. Vaya a la lista de condiciones médicas generales y sustancias en el reactivo C6. **C19**

Preguntas para clarificación: ¿Estaba consumiendo alguna droga o medicamento en este tiempo? ¿Estaba físicamente enfermo?

Si existe alguna indicación de que los síntomas psicóticos sean secundarios (p.ej. consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia) vaya a la página 39 y regrese para evaluar "si" o "no".

Si (no debida a sustancia o condición médica general)

No Regrese a C2, si existe algun otro síntoma psicótico que no se debe a sustancia o condición médica general, de otro modo vaya al Módulo D

C20 SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C, Y D (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO 295.70) SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el último mes? C20

Vaya al Módulo D

Criterios para el Trastorno Delirante

C21 A. Ideas delirantes no extrañas (p.ej. que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración. C21

Si

No Vaya a C27

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C22 B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante. C22

Si

No Vaya a C39

C23 C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño. C23

Si

No Vaya a C39

C24 D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes. C24

Preguntas para clarificación: ¿Hubo algún momento en el que creyera (DELIRIOS) al mismo tiempo en el que estuvo (deprimido/elevado/irritable)? ¿Cuánto tiempo en el que estuvo creyendo (DELIRIOS) diría que también estuvo (deprimido/elevado/irritable)?

Nota: Contestar "si" si 1) nunca han habido episodios del estado de ánimo, 2) los

episodios del estado de ánimo ocurrieron en otros momentos que los periodos delirantes o 3) los episodios del estado de ánimo fueron breves en relación a la duración total de los periodos delirantes. Contesté "no" si los síntomas que cumplen los criterios para episodios del estado de ánimo han estado presentes por una porción sustancial de la duración total de la alteración.

Si

No Vaya a C39

C25

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga o un medicamento) o una condición médica general. Nota: Vaya a la lista de condiciones médicas generales y sustancias en el reactivo C6

C25

Preguntas para clarificación: ¿Estaba consumiendo alguna droga o medicamento en ese tiempo? ¿Estaba físicamente enfermo en ese tiempo?

Si existe alguna indicación de que los síntomas psicóticos sean secundarios (p.ej., una consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia) vaya a la página 39 y regrese para evaluar "si" o "no".

Si (no debido a sustancia o condición médica general)

No Vaya a C2, si existe algún otro síntoma psicótico que no se debe a sustancia o condición médica general, de otro modo vaya al Módulo D

C26

SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DELIRANTE 297.1). SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el último mes?

C26

Vaya al Módulo D

Criterios para Trastorno Psicótico Breve

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C27

A. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas:
(1) ideas delirantes
(2) alucinaciones
(3) lenguaje desorganizado (p.ej., disperso o incoherente)
(4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

C27

Si

No Vaya a C39

C28

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C28

Si

No Vaya a C39

C29

C(1) La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia.

C29

Si

No Vaya a C39

C30 C(2) La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o una condición médica general. Nota: Vaya a la lista de condiciones médicas generales y sustancias en el reactivo C6 **C30**

Preguntas para clarificación: ¿Estaba consumiendo alguna droga o medicamento en ese tiempo? ¿Estaba físicamente enfermo en ese tiempo?

Si existe alguna indicación de que los síntomas psicóticos sean secundarios (p.ej. efectos fisiológicos directos de una condición médica general o sustancia, vaya a la página 39 y regrese para evaluar "si" o "no".

Si (no se debe a sustancia o condición médica general)

No Regrese a C2, si existe otro síntoma psicótico que no se debe a sustancia o condición médica general; de otro modo vaya al Módulo D

C31 SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B Y C (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO PSICÓTICO BREVE) SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el último mes?

Vaya al Módulo D

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONSIDERE EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL O USO DE SUSTANCIA.

Si los síntomas psicóticos no están temporalmente asociados con una condición médica general, vaya a C35 (Trastorno Psicótico Inducido por Sustancia)

**Trastorno Psicótico debido a una
Condición Médica General**

**Criterios para Trastorno Psicótico
debido a Condición Médica General**

C32 CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA **C32**

C33 ¿Piensa que sus (DELIRIOS/ALUCINACIONES) estuvieron relacionadas de alguna forma con su (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA)? **C33**

Nota: El Criterio D (p.ej. no durante delirio) ha sido omitido del SCID

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas

B/C. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, y la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Si: Dígame de qué forma

(¿Los (DELIRIOS/ALUCINACIONES) iniciaron o empeoraron solo después de que la (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL) iniciara?

SI Y LA CONDICIÓN MÉDICA

Si

No Vaya a C39

C30

C(2) La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o una condición médica general. Nota: Vaya a la lista de condiciones médicas generales y sustancias en el reactivo C6

C30

Preguntas para clarificación: ¿Estaba consumiendo alguna droga o medicamento en ese tiempo? ¿Estaba físicamente enfermo en ese tiempo?

Si existe alguna indicación de que los síntomas psicóticos sean secundarios (p.ej. efectos fisiológicos directos de una condición médica general o sustancia, vaya a la página 39 y regrese para evaluar "si" o "no".

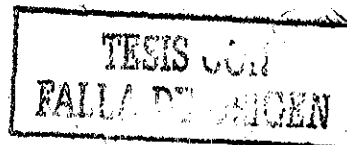
Si (no se debe a sustancia o condición médica general)

No Regrese a C2, si existe otro sintoma psicótico que no se debe a sustancia o condición médica general, de otro modo vaya al Módulo D

C31

SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B Y C (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO PSICÓTICO BREVE) SI ES DESCONOCIDO. ¿Ha tenido (SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el ultimo mes?

Vaya al Módulo D



CONSIDERE EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL O USO DE SUSTANCIA.

Si los síntomas psicóticos no están temporalmente asociados con una condición médica general, vaya a C35 (Trastorno Psicótico Inducido por Sustancia)

Trastorno Psicótico debido a una Condición Médica General

Criterios para Trastorno Psicótico debido a Condición Médica General

Nota: El Criterio D (p.ej. no durante delirio) ha sido omitido del SCID

C32

CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA

A Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

C32

C33

¿Piensa que sus (DELIRIOS/ALUCINACIONES) estuvieron relacionadas de alguna forma con su (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA)?

B/C A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, y la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

C33

SI: Dígame de qué forma (¿Los (DELIRIOS/ALUCINACIONES) iniciaron o empeoraron solo después de que la (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL) iniciara? SI Y LA CONDICIÓN MÉDICA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GENERAL SE HA RESUELTO: ¿Los (DELIRIOS/ALUCINACIONES) mejoraron una vez que la (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA) mejoró?

Si C33 es "-" (condición médica general no etiológica), vaya a C35 (Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias)

C34 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A Y b/c **C34**
(SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") EN (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE
EL ÚLTIMO MES? TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A
UNA CONDICIÓN MÉDICA
GENERAL).

Si los síntomas psicóticos no están temporalmente asociados con uso de sustancias, regrese al trastorno evaluado:
C6 para Esquizofrenia
C14 para Trastorno Esquizofreniforme
C19 para Trastorno Delirante
C30 para Trastorno Psicótico Breve

Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias

Criterios para Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias

Nota: El Criterio D (p.ej. no durante delirio) ha sido omitido del SCID

C35 CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA **C35**

A. Alucinaciones o ideas delirantes Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia

C36 SI ES DESCONOCIDO: ¿Cuándo comenzaron los (DELIRIOS / ALUCINACIONES)? ¿Estaba usando (SUSTANCIA) o acababa de dejar de consumirla o consumirla menos? **C36**

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2):

- (1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias
- (2) el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

Si C36 es "-" (p.ej., etiológicamente no relacionado a sustancia), regrese al trastorno evaluado:
C6 para Esquizofrenia
C14 para Trastorno Esquizofreniforme
C19 para Trastorno Esquizoafectivo
C30 para Trastorno Psicótico Breve

C37 ¿Piensa que sus (DELIRIOS / ALUCINACIONES) están relacionados con su (USO DE SUSTANCIA)? **C37**
C La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes:

SI: Dígame de qué forma.
REALICE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DESCARTAR UNA ETIOLOGÍA NO DEBIDA A SUSTANCIAS

SI ES DESCONOCIDO: ¿Qué fué primero, el (USO DE SUSTANCIA) o los (DELIRIOS/ALUCINACIONES)?

- (1) los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento)
- (2) los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (p.ej. alrededor de un mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave
- (3) los síntomas psicóticos son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso
- (4) hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p.ej. una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

Si C37 es "-" (p.ej. la alteración se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias), regrese al trastorno evaluado:

- C6 para Esquizofrenia
- C14 para Trastorno Esquizofreniforme
- C19 para Trastorno Esquizoafectivo
- C25 para Trastorno Delirante
- C30 para Trastorno Psicótico Breve

C38 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A B Y C38 (SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el C (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS)

Regrese al trastorno evaluado:

- C6 para Esquizofrenia
- C14 para Trastorno Esquizofreniforme
- C19 para Trastorno Esquizoafectivo
- C25 para Trastorno Delirante
- C30 para Trastorno Psicótico Breve

298.9 Trastorno Psicótico no Especificado

C39 Esta categoría incluye una sintomatología psicótica (p.ej. ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual hay informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastorno psicóticos específicos.

C39 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS PSICÓTICOS) en el último mes?

Vaya al Módulo D

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

D. Trastornos Afectivos

Si nunca han existido síntomas afectivos clínicamente significativos, vaya al Módulo E

Criterios para Trastorno Bipolar I

D1 Historia de uno o más Episodios Maníacos o Mixtos (ver A28) **D1**
Nota: En un episodio mixto, se cumplen los criterios tanto para episodio maníaco como para episodio depresivo mayor (excepto por la duración) durante casi cada día durante al menos un período de una semana.

Si No Vaya a D5

D2 Al menos un episodio maníaco o mixto no se debe a un efecto fisiológico directo de una condición médica general o uso de sustancias **D2**
Nota: Los episodios maníacos que son claramente causados por un tratamiento antidepresivo somático (p.ej. medicamento, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica) no deben tomarse en cuenta para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Si (p.ej. episodio maníaco primario o mixto) No Vaya a D5

D3 Al menos un episodio maníaco o mixto no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. **D3**

Si No Vaya a D5

Trastorno Bipolar I

Vaya a D4

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

D4 Seleccione el código del diagnóstico basándose en el episodio actual (o más reciente) (el quinto dígito está basado en la severidad) **D4**

SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS MANÍACOS O DEPRESIVOS) en el último mes?

- 296 40 Trastorno Bipolar I, Episodio Hipomaníaco Más Reciente.
- 296 0x Trastorno Bipolar I, Episodio Maníaco Único
- 296 4x Trastorno Bipolar I, Episodio Maníaco Más Reciente

- 1- Medio: Se cumplen los criterios mínimos de síntomas para episodio maníaco
- 2- Moderado: Incremento extremo en la actividad o deterioro del juicio
- 3- Severo sin rasgos psicóticos: Se requiere de continua supervisión para prevenir el daño físico a sí mismo o a otros.
- 4- Severo con rasgos psicóticos: Delirios o alucinaciones. De ser posible, especifique si los rasgos psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo.

Rasgos congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones son consistentes con los típicos temas maníacos, autoestima elevada, poder, conocimiento, identidad o una relación especial con una deidad o persona famosa

Rasgos incongruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no involucran los típicos temas maníacos de autoestima elevada, poder, conocimiento, identidad, o relación especial con una deidad o persona famosa. Lo que se incluye son delirios persecutorios (no directamente relacionados con ideas o temas de grandiosidad), inserción del pensamiento, y delirios de ser controlado

- 5- En Remisión Parcial: Se presentan síntomas de un episodio maníaco pero no se cumplen todos los criterios, o existe un episodio sin síntomas significativos de un episodio maníaco con una duración menor a dos meses, siguientes al final del episodio maníaco
- 6- En Remisión Total: En los últimos dos meses, no se presentaron signos o síntomas significativos de la enfermedad.
- 0- Inespecífico

296 6x Trastorno Bipolar I, Episodio Mixto Más Reciente

- 1- Medio: No más de los síntomas mínimos se cumplen tanto para episodio maníaco como depresivo.
- 2- Moderado: Los síntomas o el deterioro funcional entre "medio" y "severo".
- 3- Severo sin rasgos psicóticos: Se requiere de supervisión continua para prevenir el daño físico a sí mismo o a otros.
- 4- Severo con rasgos psicóticos: Delirios o alucinaciones. De ser posible, especifique si los rasgos psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo.
Rasgos congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones es consistente con los temas típicos de manía o depresión
Rasgos incongruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no involucra los temas típicos de manía o depresión. Los que se incluyen son síntomas tales como delirios persecutorios (no directamente relacionados a grandiosidad o temas depresivos), inserción del pensamiento y delirios de ser controlado.
- 5- En Remisión Parcial: Se presentan síntomas de un episodio mixto pero no se cumplen todos los criterios, o existe un período sin síntomas significativos de un episodio mixto con una duración menos a dos meses siguientes al final del episodio mixto
- 6- En Remisión Total: Durante los últimos 2 meses, no se presentan signos o síntomas significativos de la enfermedad
- 0- Inespecífico

296 5x Trastorno bipolar I, Episodio Depresivo o Más Reciente

- 1- Medio: Pocos, de existir, síntomas en exceso de aquellos requeridos para hacer el diagnóstico, y los síntomas solo provocan un mínimo deterioro en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales o relaciones con otros
- 2- Moderado: Los síntomas o deterioro funcional entre "medio" y "severo".
- 3- Severo sin rasgos psicóticos: Varios síntomas en exceso de aquellos requeridos para hacer el diagnóstico, y los síntomas interfieren marcadamente con el funcionamiento ocupacional o con las actividades sociales o relaciones con otros
- 4- Severo con rasgos psicóticos: Delirios o alucinaciones. De ser posible, especifique si los rasgos psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo.
Rasgos congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones son consistentes con los temas típicos de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo
Rasgos incongruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no involucra los típicos temas depresivos de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo. Se incluyen los síntomas como delirios de persecución (no relacionados directamente con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

grandiosidad o temas depresivos). inserción del pensamiento. transmisión del pensamiento o delirios de control

5- En Remisión Parcial: Los síntomas de un episodio depresivo mayor están presentes pero no se cumplen todos los criterios, o existe un período sin síntomas significativos de un episodio depresivo mayor con una duración menos a 2 meses siguientes al final de un episodio depresivo mayor (Si el episodio depresivo mayor estuvo superpuesto a un trastorno distímico, el diagnóstico de trastorno distímico debe darse una vez que no se cumplan todos los criterios para episodio depresivo mayor)

6- En Remisión Total: En los últimos dos meses, no se presentaron síntomas significativos de la enfermedad

0- Inespecífico.

296 7 Trastorno Bipolar I. Episodio Inespecífico Más Reciente: (Se cumplen los criterios, excepto por la duración para un episodio maniaco, hipomaniaco, mixto o depresivo).

Vaya al Módulo E

Criterios para Trastorno Bipolar II

D5 Al menos un episodio hipomaniaco no se debe a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general o uso de sustancias (incluyendo tratamiento antidepresivo) (Vea A43). **D5**

Si No Vaya a D10

D6 Al menos un episodio depresivo mayor no se debe a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general o uso de sustancias (Vea A14) **D6**

Si No Vaya a D10

D7 Nunca han habido episodios maníacos o mixtos **D7**

Si No Vaya a D10

D8 Los síntomas afectivos no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. **D8**

Si No Vaya a D10

Trastorno Bipolar II

D9 Especifique el episodio actual o más reciente: SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SINTOMAS HIPOMANIACOS O DEPRESIVOS) en el último mes? **D9**
 296 89 Trastorno Bipolar II. Hipomaniaco
 296.89 Trastorno Bipolar II. Depresivo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Vaya al Módulo E

Otros Trastornos Bipolares

D10 Sintomas maníacos o hipomaniacos clínicamente significativos. **D10**

Si

No Vaya a D13

D11 No debidos a efectos fisiológicos directos de una condición médica general o sustancia (incluyendo el tratamiento antidepressivo somático) Si existe alguna indicación de que los síntomas afectivos puedan ser secundarios (p ej consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia). vaya a la página 20 y regrese para calificar "si" o "no". **D11**

Si

No Vaya a D13

D12 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS MANÍACOS O DEPRESIVOS) en el último mes? **D12**

Indique el tipo:

1- 301.13 Trastorno Ciclotímico (Debe cumplir con los siguientes 3 criterios):

A Presencia, durante al menos dos años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor

Nota: En los niños y adolescentes la duración debe ser al menos de un año.

B Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses

C Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto

2- 296.80 Trastorno Bipolar II No Especificado (incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico)

Vaya al Módulo E

Criterios para Trastorno Depresivo Mayor

D13 Al menos un episodio depresivo mayor no se debe a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general o uso de sustancia (Vea A14). **D13**

Si

No Vaya a D17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D14 Al menos un episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no específico D14

Si

No Vaya a D17

D15 Nunca ha habido un episodio maniaco, episodio mixto o episodio hipomaniaco D15
Nota: En un episodio mixto se cumplen los criterios de episodio maniaco y episodio depresivo (excepto por la duración) casi cada día durante al menos un periodo de 1 semana.

Si

No Vaya a D17

Trastorno Depresivo Mayor

D16 Seleccione el código del diagnóstico basándose en el número de episodios y la D16
severidad del episodio actual:

SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS DEPRESIVOS) en el último mes?

296.2x Episodio Depresivo Mayor, Episodio Único.

296.3x Episodio Depresivo Mayor, Recurrente

(para ser considerado como episodios separados, debe haber un intervalo de al menos 2 meses consecutivos en los cuales no se cumplen los criterios para episodio depresivo mayor)

- 1- Medio: Pocos, de existir, síntomas en exceso a aquellos requeridos para hacer el diagnóstico y los síntomas provocan deterioro mínimo en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales usuales o relaciones con otros
- 2- Moderado: Los síntomas o deterioro funcional entre "medio" y "severo".
- 3- Severo sin rasgos psicóticos: Diversos síntomas en exceso a aquellos requeridos para realizar el diagnóstico y los síntomas interfieren marcadamente en el funcionamiento ocupacional o con las actividades sociales usuales o relaciones con otros.
- 4- Severo con rasgos psicóticos: Delirios o alucinaciones. De ser posible, especifique si los rasgos psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo:
Rasgos congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones es consistente con los típicos temas depresivos de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo
Rasgos incongruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no involucra los típicos temas depresivos de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo. Se incluyen los síntomas tales como delirios de persecución (no directamente relacionados a grandiosidad o temas depresivos), inserción del pensamiento, robo del pensamiento o delirios de control
- 5- En Remisión Parcial: Se presentan síntomas de un episodio depresivo mayor pero no se cumplen todos los criterios, o existe un periodo sin síntomas significativos de un episodio depresivo mayor con una duración menor a 2 meses siguientes al final de un episodio depresivo mayor (Si el episodio depresivo mayor estaba superpuesto a un trastorno distímico, el diagnóstico de trastorno distímico debe darse una vez que no se cumplan los criterios para episodio depresivo mayor)
- 6- En Remisión Total: Durante los últimos dos meses, no se han presentado signos y síntomas significativos de la enfermedad
- 0- Inespecífico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vaya al Módulo E

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Trastorno Depresivo no Especificado

D17 Los síntomas depresivos clínicamente significativos no cumplen los criterios para un trastorno depresivo específico o trastorno de ajuste y no se explica mejor por un duelo. **D17**

Si

No Vaya al Módulo E

D18 No se debe a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general o sustancia (incluyendo el tratamiento antidepressivo somático) **D18**

Si existe alguna indicación de que los síntomas afectivos sean secundarios (p.ej. consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 20 y regrese para calificar "si" o "no".

Si

No Vaya al Módulo E

D19 **311 Trastorno Depresivo no Especificado** **D19**
SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS DEPRESIVOS) en el último mes?

Vaya al Módulo E

E. Alcohol y Trastornos por Uso de Sustancias

¿Cómo son sus hábitos de bebida? (¿Cuánto bebe?) (¿Con qué frecuencia?) (¿Qué es lo que bebe?)

SI EN LA ACTUALIDAD EL CONSUMO NO ES GRAVE: ¿Hubo algún momento en su vida en el que bebía demasiado? (¿Con qué frecuencia bebía?) (¿Qué era lo que bebía. ¿Cuánto? ¿Cuánto tiempo duro este período?)

(Actualmente/ En ese tiempo)

... (le causa/causó) problemas su forma de beber?

... a alguien le (molesta/molestaba) su forma de beber?

Si la Dependencia a Alcohol es probable, vaya a E7

E1

Ha tenido un período de consumo excesivo de alcohol o se presenta evidencia de problemas relacionados con el alcohol **E1**

Si E1 es "-", (p.ej. nunca ha bebido en exceso y nunca ha tenido problemas relacionados con el alcohol), vaya a E17. Trastornos por Uso de Sustancias no Alcohólicas.

Abuso de Alcohol

Criterios para Abuso de Alcohol

Le voy a hacer algunas preguntas acerca de (EL TIEMPO EN EL QUE ESTUVO BEBIENDO MÁS/ TIEMPO EN EL QUE TUVO MÁS PROBLEMAS) En ese tiempo

A Un patrón desadaptativo de uso de sustancia que conlleva a un deterioro significativo o malestar como se manifiesta por dos (o más) de los

- tiempo: siguientes que se presentan en un período de 12 meses:
- E2** ¿Alguna vez faltó al trabajo o escuela porque estaba intoxicado, borracho o con resaca? (¿Con qué frecuencia? ¿Qué acerca de hacer mal alguna actividad en el trabajo o reprobado materias por su forma de beber?) **E2**
- (1) Uso recurrente de alcohol que da como resultado una falla en el cumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela u hogar (p.ej., ausencias continuas o pobre ejecución laboral relacionada con el alcohol, ausencias relacionadas con el alcohol, suspensiones o expulsiones de la escuela, negligencia en el cuidado de hijos o cuidado del hogar)
- NO: ¿Qué acerca de no mantener limpio su hogar o no cuidar apropiadamente a sus hijos por su forma de beber? (¿Con qué frecuencia?)
- E3** ¿Alguna vez bebió en una situación en la que pudo haber sido peligroso el hacerlo? **E3**
- (¿Alguna vez manejó estando muy borracho como para hacerlo?)
- (2) Uso recurrente de alcohol en situaciones que pueden ser físicamente peligrosas (p.ej., conducir un automóvil y manejar maquinaria cuando se encuentra incapacitado por el uso de alcohol)
- SI: ¿Cuántas veces? (¿Cuándo?)
- E4** ¿Su forma de beber le ha causado problemas con la ley? (Platiquéme de ello) **E4**
- (3) Recurrentes problemas legales relacionados con el alcohol (p.ej., arrestos por alteraciones conductuales relacionadas con el alcohol)
- SI: ¿Cuántas veces? (¿Cuándo?)
- E5** SI ES DESCONOCIDO: ¿Su forma de beber le ha causado problemas con otras personas, como su familia, amigos o gente del trabajo? (¿Se ha involucrado en peleas físicas cuando estaba bebiendo? ¿Qué acerca de tener discusiones por su forma de beber?) **E5**
- (4) Uso continuo de alcohol a pesar de tener recurrentes o persistentes problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p.ej., discusiones con la pareja con respecto a las consecuencias de la intoxicación, peleas físicas)
- SI: ¿Aún así continuó bebiendo?
- E6** **AL MENOS UN REACTIVO DE ABUSO ES "+".** **E6**

Si E6 es "-" (p.ej., ningún reactivo de abuso es "+"), vaya a E17 (Trastorno por Uso de Sustancias no Alcohólicas).

Si E6 es "+" (p.ej., al menos un reactivo de abuso es "+") Y ya se revisó Dependencia (p.ej. evaluado E7-E13) y se encontró que hay menos de tres "+" vaya a E16 y haga el diagnóstico de Abuso de Alcohol

Dependencia a Alcohol

Criterios para Dependencia a Alcohol

Quisiera hacerle algunas preguntas más acerca de su forma de beber (en ese tiempo)

Patrón desadaptativo de uso de alcohol, que conlleva a un deterioro clínico significativo o malestar, como se manifiesta por tres (o más) de los siguientes que ocurren en cualquier momento en el mismo período de 12 meses:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Nota: Los criterios para Dependencia son

**TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- E7 ¿Se ha percatado de que cuando empezaba a beber terminaba bebiendo más de lo que planeaba? E7
- presentados en distinto orden que en el DSM-IV.
- (3) Con frecuencia se consumen mayores cantidades de alcohol o por un período mayor del que se pretendía
- NO: ¿Qué acerca de beber por un mayor período de tiempo de lo que planeaba?
- E8 ¿Ha tratado de dejar de beber o de beber menos? E8
- (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos sin éxito por dejar o controlar el uso de la sustancia
- SI: ¿Alguna vez dejó por completo de beber? (¿Cuántas veces ha tratado o ha dejado de beber?)
- NO: ¿Ha deseado dejar de beber o beber menos? (¿Esto es algo que le preocupa?)
- E9 ¿Pasa mucho tiempo bebiendo, borracho o con resaca? E9
- (5) Una gran parte del tiempo se emplea en actividades dirigidas a la obtención de alcohol, uso de alcohol o recuperación de los efectos del alcohol.
- E10 ¿Han habido momentos en los que bebía con tanta frecuencia que comenzaba a beber en lugar de trabajar, pasar tiempo con su familia o amigos, o involucrarse en otras actividades importantes como el deporte, jardinería o tocar música? E10
- (6) Se abandonan o reducen actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de alcohol
- E11 SI ES DESCONOCIDO: ¿Su forma de beber le ha causado problemas psicológicos tales como hacer que se deprima o se sienta ansioso, se le dificulte dormir o que tenga "desmayos"? E11
- (7) Se continúa con el uso de alcohol a pesar de saber que se tienen problemas físicos o psicológicos recurrentes que son causados o exacerbados por el alcohol (p.ej. se continúa bebiendo a pesar de saber que la úlcera empeora por el consumo de alcohol)
- SI ES DESCONOCIDO: ¿Su forma de beber le ha causado problemas físicos importantes o ha hecho que el problema físico empeore?
- SI A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES: ¿Aún así seguía bebiendo?
- E12 ¿Se ha percatado que necesita beber más de lo que bebía antes para poder tener la sensación deseada? E12
- (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
- SI: ¿Cuánto más?
- (a) Necesidad de aumentar las cantidades de alcohol consumidas para estar intoxicado o tener los efectos deseados
- NO: ¿Que acerca de darse cuenta que aunque bebe la misma cantidad tiene menos efectos que antes?
- (b) Marcada disminución de los efectos con el uso continuo de la misma cantidad de alcohol.
- E13 ¿Ha tenido síntomas residuales cuando dejaba de beber o bebía menos como: E13
- (2) Síntomas residuales, manifestados por (a) o (b):
- ... sudoración o palpitaciones rápidas?
- (a) Al menos 2 de los siguientes se desarrollan varias horas o días después de
- ... temblor de manos?

94

... problemas para dormir?
... sentirse agitado?
... o sentirse ansioso?

(¿Que acerca de tener una ruptura o ver sentir o escuchar cosas que en realidad no estaban ahí?)

NO: ¿Alguna vez ha empezado el día bebiendo, o bebe con frecuencia o toma alguna otra droga o medicamento para evitar tener los temblores y no sentirse enfermo?

la cesación del uso severo o prolongado de alcohol:

Hiperactividad autonómica (p.ej. sudoración o pulso mayor a 100)

- Incremento en el temblor de manos

- Insomnio

- Náusea o vómito

- Agitación psicomotriz.

- Ansiedad.

- Ataques del gran mal.

- Alucinaciones o delirios visuales, táctiles o auditivos transitorios

(b) Consumo de alcohol (o sustancias de la clase de sedantes/hipnóticos/ansiolíticos) para aliviar o evitar los síntomas residuales.

E14 SI ES DESCONOCIDO: (¿CUANDO SE AL MENOS 3 REACTIVOS DE E14 PRESENTARON (SÍNTOMAS DEPENDENCIA (E7-E13) SON "+" Y ANTERIORES CALIFICADOS "+")? SE PRESENTAN EN EL MISMO PERÍODO DE 12 MESES. ¿Ocurrieron todos al mismo tiempo?

Si E14 es "-" (menos de tres reactivos de dependencia son "+") Y anteriormente se saltó E2-E5 (debido a que la dependencia era probable), regrese a E2, y verifique Abuso de Alcohol.

Si E14 es "-" (menos de tres reactivos de dependencia son "+") Y E6 es "+" (cumple los criterios para Abuso de Alcohol) vaya a E16

E15 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido HAGA EL DIAGNÓSTICO DE E15 (SÍNTOMAS CALIFICADOS "+") en el DEPENDENCIA AL ALCOHOL último mes?

Vaya a E17, (Trastornos por Uno de Sustancias no Alcohólicas)

E16 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido HAGA EL DIAGNÓSTICO DE ABUSO E16 (SÍNTOMAS DE ABUSO DE ALCOHOL CALIFICADOS "+") en el último mes?

Vaya a E17, (Trastorno por Uso de Sustancias no Alcohólicas).

Trastornos por Uso de Sustancias no Alcohólicas

¿Alguna vez ha tenido que tomar alguna de estas drogas para sentirse bien, dormir mejor, perder peso o para cambiar su estado de ánimo?

MUESTRE LA LISTA DE DROGAS AL PACIENTE Y REGISTRE LA INFORMACIÓN EN LA HOJA DE CALIFICACIÓN

E17 ¿Cuál le causó más problemas?

SI NIEGA PROBLEMAS: ¿Cuál usaba más?

INDIQUE EN LA HOJA DE E17 CALIFICACIÓN LA DROGA QUE SE USA EN MAYOR CANTIDAD/CAUSADO MAYORES

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TEMAS CON FALLA DE ORIGEN

PROBLEMAS O "NINGUNA" SI NO EXISTE UN CONSUMO SEVERO Y NO EXISTEN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DROGA.

Si es probable la Dependencia a Sustancias No Alcohólicas, vaya a E23

Si se registró "NINGUNO" para E17, vaya al Módulo F

Abuso de Sustancias No Alcohólicas Criterios para Abuso de Sustancias No Alcohólicas

Quisiera hacerle algunas preguntas con respecto a su consumo de (DROGA QUE SE HA USADO MÁS O HA CAUSADO MÁS PROBLEMAS).

A Patrón maladaptativo de uso de sustancia que conlleva a un deterioro clínico significativo o malestar, como se manifiesta por uno (o más) de los siguientes, que ocurren en un período de 12 meses:

- | | | |
|--|--|---|
| <p>E18 ¿Alguna vez ha faltado al trabajo o a la escuela porque se encontraba intoxicado o con resaca? (¿Con qué frecuencia?) (¿Qué acerca de hacer mal alguna actividad del trabajo o reprobado materias porque usaba (DROGA)?)</p> <p>NO: ¿Qué acerca de no mantener limpio su hogar o no cuidar apropiadamente a sus hijos porque estaba consumiendo (DROGA)? (¿Con qué frecuencia?)</p> <p>E19 ¿Alguna vez ha consumido (DROGA) en una situación que pudo ser peligrosa? (¿Alguna vez ha manejado cuando estaba muy intoxicado como para poder manejar?)</p> <p>SI: ¿Con qué frecuencia? (¿Cuándo?)</p> <p>E20 ¿El uso de (DROGA) le ha ocasionado problemas con la ley?</p> <p>SI: ¿Con qué frecuencia? (¿Cuándo?)</p> <p>E21 SI ES DESCONOCIDO: ¿El consumo de (DROGA) le ha causado problemas con otras personas, como su familia, amigos, o personas en el trabajo? (¿Alguna vez ha tenido peleas físicas cuando estaba consumiendo (DROGA)?) (¿Qué acerca de tener discusiones acerca de su consumo de droga?)</p> <p>SI: ¿Aún así continuó consumiendo (DROGA)?</p> <p>E22</p> | <p>(1) Uso recurrente de sustancia que resulta en una falla para cumplir con las obligaciones del trabajo, escuela u hogar (p.ej., ausencias repetidas o pobre ejecución laboral relacionados con el uso de sustancia; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionados con el uso de sustancia; negligencia en el cuidado de los hijos o cuidados del hogar)</p> <p>(2) Uso recurrente de la sustancia en situaciones que podrían ser físicamente peligrosas (p.ej., conducir un automóvil o manejar maquinaria cuando está incapacitado por el uso de la sustancia).</p> <p>(3) Recurrentes problemas legales relacionados con el uso de sustancia (p.ej., arrestos por alteraciones conductuales relacionadas con el uso de sustancia)</p> <p>(4) Uso continuo de la sustancia a pesar de tener recurrentes o persistentes problemas interpersonales o sociales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones con la pareja por los efectos de la intoxicación, peleas físicas).</p> | <p>E18</p> <p>E19</p> <p>E20</p> <p>E21</p> <p>E22</p> |
|--|--|---|

AL MENOS UN REACTIVO DE ABUSO ES "+". **E22**

Si E22 es "-" (p.ej., ningún reactivo de abuso es "+"), vaya a E17 si el uso de cualquier otra droga es excesivo o ha sido problemático, o vaya al Módulo E (Trastornos de Ansiedad y Otros Trastornos)

Si E22 es "+" (p.ej. al menos un reactivo de abuso es "+") Y ya se revisó la Dependencia (p.ej. evaluada de E23-E29) y se encontró que menos de 3 fueron "+", vaya a E32 y haga el diagnóstico de Abuso de Sustancias No Alcohólicas

Dependencia a Sustancias No Alcohólicas	Criterios para Dependencia a Sustancias No Alcohólicas
<p>Quisiera hacerle algunas presuntas acerca de su consumo de (DROGA)</p>	<p>Un patrón maladaptativo de uso de sustancia que conlleva a un deterioro clínico significativo o malestar, como se manifiesta por tres (o más) de los siguientes que ocurren en cualquier momento en el mismo periodo de 12 meses:</p> <p>Nota: Los criterios para Dependencia son presentados en distinto orden al del DSM_IV</p>
<p>E23 ¿Se ha percatado de que cuando empieza a consumir (DROGA) termina usando mucha más de lo que planeaba?</p> <p>NO: ¿Qué acerca de consumirla por un periodo más largo de tiempo del que planeaba?</p>	<p>(3) Con frecuencia se consumen mayores cantidades de la sustancia o por mayores periodos de los que se pretendía</p>
<p>E24 ¿Ha tratado de dejar de consumir o consumir menos (DROGA)?</p> <p>SI: ¿Actualmente ha dejado de consumir (DROGA) del todo? (¿Cuántas veces ha tratado de dejar de consumirla?)</p> <p>NO: ¿Ha querido dejar de consumirla o consumir menos? (¿Esto es algo que le preocupa continuamente?)</p>	<p>(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos sin éxito para dejar o controlar el uso de la sustancia</p>
<p>E25 ¿Pasa mucho tiempo consumiendo (DROGA) o haciendo lo necesario para conseguirla? ¿Le toma mucho tiempo regresar a la normalidad?</p>	<p>(5) Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para la obtención de la sustancia (p.ej. múltiples visitas con doctores o manejar grandes distancias), uso de la sustancia o recuperación de sus efectos</p>
<p>E26 ¿Han habido momentos en los que usaba (DROGA) con tanta frecuencia que empezaba a consumir (DROGA) en lugar de trabajar, pasar el tiempo con su familia o amigos, o involucrarse en otras actividades importantes como el deporte, jardinería o tocar música?</p>	<p>(6) Se abandonan o reducen actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de la sustancia</p>
<p>E27 SI ES DESCONOCIDO: ¿El consumo de drogas le ha causado problemas psicológicos tales como sentirse deprimido o ansioso, dificultades para dormir, o "desmayos"?</p> <p>SI ES DESCONOCIDO: ¿El consumo de drogas le ha causado problemas físicos o</p>	<p>(7) Se continúa con el uso de la sustancia a pesar de conocer que se tienen problemas físicos o psicológicos persistentes que pueden ser provocados o exacerbados por la sustancia (p.ej. uso recurrente de cocaína a pesar del reconocimiento de la depresión inducida por cocaína)</p>

ha hecho que algún problema físico enpcore?

SI A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES: ¿Aun así continuó consumiendo drogas?

E28 ¿Se ha dado cuenta que necesita consumir más cantidad de (DROGA) que antes para tener el efecto que desea? (1) Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes: E28

SI: ¿Cuánto más?

(a) Marcada necesidad por incrementar las cantidades de la sustancia para intoxicarse o tener los efectos deseados

NO: ¿Qué acerca de darse cuenta que usando la misma cantidad, tiene menos efectos que antes?

(b) Marcada disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de sustancia

E29 EL SIGUIENTE PUEDE NO APLICARSE A CANNABIS, ALUCINÓGNOS Y FENCICLIDINA (2) Síntomas residuales, como se manifiesta por (a) o (b): E29

¿Alguna vez ha tenido síntomas residuales, esto es, sentirse enfermo cuando dejaba de consumir o consumía menos (DROGA)?

(a) El síndrome residual característico de la sustancia (ver lista de síndromes)

(b) Se consume la misma sustancia (o una relacionada) para aliviar o evitar los síntomas residuales

SI: ¿Qué síntomas tenía? (REFIERA LA LISTA DE SÍNTOMAS RESIDUALES)

SI HA TENIDO SÍNTOMAS RESIDUALES: ¿Después de no consumir (DROGA) por algunas horas o más, con frecuencia la ha usado para no sentirse enfermo por los (SÍNTOMAS RESIDUALES)?

¿Qué acerca de usar (DROGA DE LA MISMA CLASE) cuando se sentía enfermo por (SÍNTOMAS RESIDUALES) para de esta forma sentirse mejor?

E30 SI ES DESCONOCIDO: ¿Cuando ocurrieron (SÍNTOMAS ANTERIORES EVALUADOS "+")? ¿Ocurrían al mismo tiempo? AL MENOS TRES REACTIVOS DE E30 DEPENDENCIA (E23-E29) SON "+" Y OCURREN EN EL MISMO PERÍODO DE 12 MESES.

Si E30 es "-" (menos de 3 reactivos de dependencia son "+") y previamente se saltó E18-E21, (debido a que la dependencia era probable), regrese a E18 y revise Abuso de Sustancias No Alcohólicas

Si E30 es "-" (menos de 3 reactivos de dependencia son "+") y E22 es "+" (se cumplen los criterios para Abuso de Sustancias No Alcohólicas), vaya a E32.

E31 SI ES DESCONOCIDO: Ha tenido HAGA EL DIAGNÓSTICO DE (SÍNTOMAS ANTERIORES DEPENDENCIA A SUSTANCIA EVALUADOS "+") en el último mes? E31

Vaya al Módulo F (Trastornos de Ansiedad y Otros Trastornos)

E32 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido HAGA EL DIAGNÓSTICO DE ABUSO E32

Vaya al Módulo F (Trastornos de Ansiedad y Otros Trastornos)

LISTA DE SÍNTOMAS RESIDUALES (CRITERIOS DEL DSM - IV)

En la lista que a continuación se presenta se muestran los síntomas residuales más característicos de aquellas sustancias en donde ha sido identificado un síndrome residual (NOTA: no se ha identificado un síndrome residual específico para CANNABIS y ALUCINÓGENOS). Los síntomas residuales pueden ocurrir después del cese de un uso moderado o severo de sustancias o una reducción de la cantidad empleada.

SEDANTES, HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS: Dos (o más) de los siguientes, que se desarrollan tras unas horas o días después del cese o reducción del consumo severo o prolongado de sedantes hipnóticos o ansiolíticos:

- (1) Hiperactividad autonómica (p.ej. sudoración o pulso mayor a 100)
- (2) Incremento en el temblor de manos
- (3) Insomnio
- (4) Náusea
- (5) Alucinaciones o delirios transitorios visuales, táctiles o auditivas
- (6) Agitación psicomotriz
- (7) Ansiedad
- (8) Ataques del gran mal

ESTIMULANTES / COCAÍNA: Animo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios psicológicos que se desarrollan tras unas horas o días después del cese o reducción del consumo severo o prolongado de cocaína o estimulantes:

- (1) Fatiga
- (2) Sueños, vívidos, displacenteros.
- (3) Insomnio o hipersomnio.
- (4) Incremento en el apetito.
- (5) Retardo o agitación psicomotriz.

OPIOIDES: Tres (o más) de los siguientes, que se desarrollan de minutos a varios días después del cese (o reducción) del uso severo o prolongado de opioides (varias semanas o más) o después de la administración de un opioide antagonista (después de un periodo de uso de opioides):

- (1) Animo disfórico
- (2) Náusea o vómito
- (3) Dolores musculares
- (4) Lagrimeros o rinorrea
- (5) Dilatación pupilar, piloerección o sudoración
- (6) Diarrea
- (7) Bostezos.
- (8) Fiebre.
- (9) Insomnio

F. Trastornos de Ansiedad y Otros Trastornos

Trastorno de Angustia (Panic Disorder)	Criterios para el Trastorno de Angustia (Panic Disorder)
F1 ¿Alguna vez ha tenido crisis de angustia cuando de repente se sentía asustado o ansioso o repentinamente desarrollaba	A (1) Crisis de angustia inesperadas o recidivantes F1 desarrollaba

muchos síntomas físicos?

SI. ¿Estas crisis estaban fuera de control en situaciones en las que no esperaba sentirse nervioso o incómodo?

NO ES CLARO: ¿Cuántas de estas crisis ha tenido? (¿Al menos dos?)

Si F1 es "-" (p.ej. sin crisis recurrentes inesperadas) vaya a F25. (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

- | | | |
|--|--|------------------|
| <p>F2 Después de alguno de estas crisis:</p> <p>¿Se preocupaba de que hubiera algo muy malo en usted, como que tuviera un ataque cardíaco o se estuviera volviendo loco? (¿Cuánto tiempo se preocupaba? ¿Al menos un mes?)</p> <p>NO: ¿Se preocupaba demasiado por tener otra crisis? (¿Cuánto tiempo se preocupaba? ¿Al menos un mes?)</p> <p>NO: ¿Hacia algo de diferente debido a las crisis, como evitar algunos lugares o no salir solo? (¿Qué acerca de evitar algunas actividades como el ejercicio? ¿Que acerca de cosas como asegurarse de estar cerca de un baño o una salida?)</p> | <p>(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:</p> <p>(b) preocupación por las implicaciones de la crisis y sus consecuencias (p.ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").</p> <p>(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis</p> <p>(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis</p> | <p>F2</p> |
|--|--|------------------|

Si F2 es "-" (p.ej. sin preocupación persistente por las crisis o sus implicaciones y sin cambios en el estilo de vida), vaya a F25 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

- | | | |
|---|--|------------------|
| <p>¿Cuándo fue la última crisis más severa?
¿Qué fue lo primero que notó? ¿Después?</p> <p>F3 SI ES DESCONOCIDO: ¿Todos los síntomas se presentaron repentinamente?</p> <p>SI: ¿Cuánto tiempo tomaba desde que empezaba la crisis hasta que se ponía peor? (¿Menos de 10 minutos?)</p> | <p>Los síntomas de las crisis de angustia se desarrollan de forma abrupta y alcanza la cúspide aproximadamente en 10 minutos</p> | <p>F3</p> |
|---|--|------------------|

Si F3 es "-" (p.ej. los síntomas no se desarrollan abruptamente o toma más de 10 minutos para alcanzar la cúspide), vaya a F25 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

- | | | |
|---|---|---|
| <p>¿Durante esta crisis:</p> | | |
| <p>F4 ... se aceleraba su corazón, latía rápido o se detenía?</p> <p>F5 ... sudaba?</p> <p>F6 ... temblaba o se sacudía?</p> <p>F7 ... se le cortaba la respiración? (tenía problemas para jalar aire?)</p> <p>F8 ... sentía como si se ahogara?</p> <p>F9 ... sentía dolores o presión en el pecho?</p> <p>F10 ... tenía náuseas o dolor de estómago o sentía como si tuviera diarrea?</p> <p>F11 ... se sentía mareada o como si se fuera a desmayar?</p> | <p>(1) palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco.</p> <p>(2) Sudoración</p> <p>(3) Temblores</p> <p>(4) Sensación de respiración limitada o sofocación</p> <p>(5) Sensación de ahogo.</p> <p>(6) Dolores o incomodidad en el pecho</p> <p>(7) Náusea o dolores abdominales</p> <p>(8) Sensación de mareo o desmayo.</p> | <p>F4</p> <p>F5</p> <p>F6</p> <p>F7</p> <p>F8</p> <p>F9</p> <p>F10</p> <p>F11</p> |

- | | | | |
|-----|---|--|-----|
| F12 | ... las cosas a su alrededor parecían irreales o se sentía ajeno a las cosas que le rodeaban o ajeno a partes de su cuerpo? | (9) Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (sentirse fuera de uno mismo) | F12 |
| F13 | ... tenía miedo de volverse loco o que pudiera perder el control? | (10) Temor a perder el control o volverse loco | F13 |
| F14 | ... tenía miedo de poder morir? | (11) Temor a morir | F14 |
| F15 | ... tenía entumecidas algunas partes de su cuerpo? | (12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormiguco) | F15 |
| F16 | ... tenía oleadas de calor o frío? | (13) Oleadas de calor o escalofríos | F16 |
| F17 | AL MENOS CUATRO DE F4-F16 SON "+" | | |

Si F17 es "-" (p.ej., se presentan tres o menos síntomas de trastorno de angustia), vaya a F25 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| F18 | ¿Antes de que esto iniciara estaba físicamente enfermo? | C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia /p.ej., drogas o fármacos) o una condición médica general (p.ej. hipertiroidismo) | F18 |
| | ¿Antes de que esto iniciara estaba tomando algún medicamento? | | |
| | SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando? | La etiología de las condiciones médicas generales incluye hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, y condiciones cardíacas (p.ej., arritmias, taquicardia supraventricular) | |
| | ¿Antes de que esto iniciara estaba bebiendo o consumiendo alguna droga? | La etiología de sustancias incluye intoxicación con estimulantes del sistema nervioso central (p.ej., cocaína, anfetaminas, cafeína) o cannabis o depresores del sistema nervioso central (p.ej., alcohol, barbitúricos) o por cocaína. | |
| | Si existe alguna indicación de que las crisis de angustia sean secundarias (p.ej., una consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 81 y regrese aquí para evaluar "-" o "+" | | |

Si F18 es "-" (p.ej., las crisis de angustia se deben a una sustancia o condición médica general), pregunte lo siguiente:

¿Han habido otros momentos en los que ha tenido crisis de angustia y no fueran causadas por (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL O USO DE SUSTANCIA)?

SI: Regrese a F1 y pregunte por esas crisis

NO: Vaya a F25 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

F19

D Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p.ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p.ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión es el tema de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (p.ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), trastorno por ansiedad de separación (p.ej., al estar lejos

de casa o de los seres queridos).

Si F19 es "-" (p.ej. las crisis de angustia no son mejor explicadas por otro trastorno mental), vaya a F25 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

Criterios para Trastorno de Angustia con Agorafobia

- | | | |
|---|---|-------------------|
| <p>F20 SI NO ES OBVIO A PARTIR DEL RESUMEN: ¿Existen situaciones que lo ponen nervioso porque teme que le de una crisis de angustia?</p> <p>SI: Platíqueme de ello.</p> <p>SI NO PUEDE SER ESPECÍFICO: ¿Qué acerca...</p> <p>...sentirse incómodo si está más lejos de lo que desea de su hogar?</p> <p>...estar en un lugar concurrido como en una tienda, cine o restaurant?</p> <p>...estar en una fila?</p> <p>...estar en un puente?</p> <p>...usar transporte público- como camiones, tren, metro- o conducir un auto?</p> | <p>B Presencia de agorafobia:</p> <p>(1) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares de angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer fila; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.</p> | <p>F20</p> |
|---|---|-------------------|

Si F20 es "-" (sin ansiedad por estar en lugares asociados con las crisis de angustia) vaya a F24

- | | | |
|---|--|-------------------|
| <p>F21 ¿Evita estas situaciones?</p> <p>NO: ¿Cuando está en alguna de estas situaciones, se siente muy incómodo o como si fuera a tener un ataque de angustia?</p> <p>(¿Puede estar en alguna de estas situaciones solo si hay alguien con usted?)</p> | <p>(2) Estas situaciones se evitan (p.ej. se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.</p> | <p>F21</p> |
|---|--|-------------------|

Si F21 es "-" (p.ej. no se evitan las situaciones y no existe incomodidad), vaya a F24

- | | | |
|-------------------|---|-------------------|
| <p>F22</p> | <p>(3) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p.ej. evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p.ej. evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej. evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (p.ej. evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p.ej. evitación de abandonar el hogar o la familia)</p> | <p>F22</p> |
|-------------------|---|-------------------|

TEJIS C.C.
FALLA DE ORIGEN

Si F22 es "-" (p.ej., la evitación es mejor explicada por otro trastorno mental), vaya a F24

<p>F23 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (CRISIS DE ANGUSTIA O SÍNTOMAS DE AGORAFOBIA) en el último mes?</p>	<p>SE PRESENTA AGORAFOBIA CON EL TRASTORNO DE ANGUSTIA. (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA 300.21).</p>	<p>F23</p>
---	---	-------------------

Vaya a F25 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

<p>F24 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido alguna crisis de angustia en el último mes?</p>	<p>NO SE PRESENTA AGORAFOBIA CON EL TRASTORNO DE ANGUSTIA (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA 300.01)</p>	<p>F24</p>
---	--	-------------------

Vaya a F25, (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Criterios para Trastorno Obsesivo-Compulsivo

<p>F25 ¿Quisiera preguntarle si en alguna ocasión se ha sentido incómodo por pensamientos que no tienen sentido alguno y que continúan llegando a su mente aun cuando trata de no tenerlos?</p>	<p>Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):</p>	<p>F25</p>
--	---	-------------------

(¿Qué eran?)

SI EL PACIENTE NO ESTÁ SEGURO DE LO QUE SIGNIFICA ¿Pensamientos como de lastimar a alguien aun cuando en realidad no lo desea o de ser contaminado por gérmenes o suciedad?

(1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos

Si F25 es "-" (p.ej., sin pensamientos recurrentes que son intrusivos e inapropiados), vaya a F30

<p>F26</p>	<p>(2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.</p>	<p>F26</p>
-------------------	--	-------------------

Si F26 es "-" (p.ej., los pensamientos son preocupaciones de problemas de la vida real), vaya a F30

<p>F27 ¿Cuando tiene estos pensamientos se esfuerza por sacarlos de su cabeza? (¿Qué es lo que trata de hacer?)</p>	<p>(3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.</p>	<p>F27</p>
--	---	-------------------

Si F27 es "-" (p.ej., sin intentos por ignorar o suprimir los pensamientos), vaya a F30

<p>F28 SI NO ES CLARO: ¿De dónde cree que vengan estos pensamientos?</p>	<p>(4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)</p>	<p>F28</p>
---	---	-------------------

Si F28 es "-" (p.ej. si la persona siente que los pensamientos son sobrepuestos en su mente) vaya a F30

F29 LAS OBSESIONES (1), (2), (3) Y (4) SON "+" F29

F30 ¿Alguna vez hubo algo que tuviera que estar haciendo una y otra vez y que no pudiera resistir el hacerlo, como lavar continuamente sus manos, contar ciertos números, o revisar varias veces algo para asegurarse que estaba hecho correctamente?
(¿Qué es lo que tenía que hacer?)
Las compulsiones se definen por (1) y (2):
(1) Comportamientos (p.ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, contar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que deben seguir estrictamente. F30

Si F30 es "-" (p.ej. sin comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a una obsesión o de acuerdo a ciertas reglas), vaya a F33.

F31 SI NO ES CLARO: ¿Porqué tenía que hacer (ACTO COMPULSIVO)? ¿Qué pasaría si no lo hiciera?
SI NO ES CLARO: ¿Cuántas veces tiene que hacer (ACTO COMPULSIVO)? ¿Cuánto tiempo del día emplea en hacerlo?
(2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. F31

Si F31 es "-" (p.ej. el comportamiento o actos no son realizados para prevenir el malestar o algún evento adverso y no son excesivos), vaya a F33

F32 LAS COMPULSIONES (1) Y (2) SON "+" F32

F33 YA SEA F29 "+" O F32 "+", A. Ya sea obsesiones o compulsiones F33

Si F33 es "-" (sin presencia de obsesiones o compulsiones), vaya a F39 (Trastorno por Estrés Postraumático).

F34 ¿Ha (pensado en (PENSAMIENTO B. En algún momento del curso del F34 OBSESIVO)/ hecho (ACTO trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan COMPULSIVO) más de lo que debería (o excesivas o irracionales. Nota: Este punto de lo que tiene sentido)? NO: ¿Qué acerca de cuando comenzó con este problema?
esta obsesión o compulsión resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

Si F34 es "-" (p.ej. nunca reconoce que las obsesiones o compulsiones son ilógicas), vaya a F39 (Trastorno por Estrés Postraumático)

F35 ¿Qué efecto tiene (OBSESIÓN O C. Las obsesiones o compulsiones F35 COMPULSIÓN) en su vida? (¿Le molesta demasiado (OBSESIÓN O representan una pérdida de tiempo COMPULSIÓN)? ¿Cuánto tiempo emplea en (OBSESIÓN O COMPULSIÓN)?) (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

Si F35 es "-" (p.ej., las obsesiones y compulsiones no son clínicamente significativas) vaya a F39 (Trastorno por Estrés Postraumático).

F36

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p.ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimenticio, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

Si F36 es "-" (p.ej., el contenido de las obsesiones y compulsiones está restringido a otro Trastorno del Eje I), vaya a F39 (Trastorno por Estrés Postraumático).

F37 ¿Antes de que tuviera (OBSESIONES O COMPULSIONES) estaba tomando alguna droga o medicamento?

E El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o de una condición médica general

¿Antes de que comenzaran (OBSESIONES O COMPULSIONES) estaba físicamente enfermo?

La etiología de las condiciones médicas generales incluye ciertos neoplasmas del sistema nervioso central

Si existe alguna indicación de que las obsesiones o compulsiones sean secundarias (p.ej., consecuencia fisiológica directa de una condición médica general), vaya a la página 81 y regrese para evaluar "+" o "-".

La etiología de sustancias incluye intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p.ej., cocaína, anfetaminas).

Si F37 es "-" (p.ej., las obsesiones y compulsiones se deben a una condición médica general o sustancia) vaya a F39 (Trastorno por Estrés Postraumático)

F38 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (OBSESIONES O COMPULSIONES) en el último mes?

LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E SON "+" (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO 300.3)

Trastorno por Estrés Postraumático

F39 A veces le ocurren cosas a la gente que les afecta demasiado- cosas como haber estado en algún desastre, tener un accidente grave o incendio; ser agredido físicamente o presar por una violación; ver como muere o asesinan a otra persona, o ser herido de gravedad, o escuchar que algo horrible le ocurrió a alguien cercano a usted ¿En algún momento de su vida, le ha ocurrido alguna de estas cosas?

REGISTRE LOS EVENTOS TRAUMÁTICOS EN LA HOJA DE CALIFICACIÓN

SI OCURRIÓ ALGUNO DE ESTOS EVENTOS: En ocasiones, estas cosas regresan en pesadillas, recuerdos o pensamientos de los cuales uno puede deshacerse ¿Le ha ocurrido esto?

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NO: ¿Qué acerca de preocuparse demasiado cuando se encuentra en alguna situación que le recuerda alguna de estas terribles cosas?

Si no se enlistan los eventos o la respuesta es negativa a cualquiera de las preguntas anteriores, vaya a F65.

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CÉNTRASE EN EL EVENTO(S) TRAUMÁTICO MENCIONADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR.

Criterios para IEPT

F40 SI SE REPORTA MÁS DE UN TRAUMA: ¿Cuál de estos piensa que le ha afectado más?

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) La persona ha experimentado presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

Si F40 es "-" (p.ej., estresor no calificado), vaya a F65

F41 SI NO ES CLARO: ¿Cómo reaccionó cuando (TRAUMA) ocurrió? (¿Estaba muy asustado o se sentía aterrorizado o indefenso?)

(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

Si F41 es "-" (p.ej., la persona no reaccionó con miedo, indefensión u horror), vaya a F65

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de formas específicas en las que pudo haberle afectado.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

Por ejemplo:

F42 ¿pensaba en (TRAUMA) cuando no lo deseaba o pensamientos del (TRAUMA) venían repentinamente cuando no quería?

(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

F43 ¿que acerca de soñar con (TRAUMA)?

(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

F44 ¿que acerca de hallarse actuando o sintiéndose como si estuviera reviviendo la situación?

(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones

F45	¿que acerca de preocuparse demasiado cuando algo le recordaba (TRAUMA)?	alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico	F45
F46	¿qué acerca de tener síntomas físicos- como sudar repentinamente, respirar pesada o irregularmente, o que su corazón se acelerara?	(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático	F46
F47		AL MENOS UNO DE LOS SÍNTOMAS "B" ES "+".	F47

Si F47 es "-" (p.ej. ningún síntoma "B" es "+"), vaya a F65.

	Desde (TRAUMA)	C Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:	
F48	¿ha hecho esfuerzos especiales para evitar pensar o hablar de lo que ocurrió?	(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático	F48
F49	¿se ha alejado de cosas o gente que le recuerden (TRAUMA)?	(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	F49
F50	¿ha sido incapaz de recordar alguna parte importante de lo que ocurrió?	(3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma	F50
F51	¿ha estado menos interesado en cosas que antes eran importantes para usted, como visitar a sus amigos, leer libros o ver T.V.?	(4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas	F51
F52	¿se ha sentido distante o alejado de otros?	(5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás	F52
F53	¿se ha sentido "paralizado" o como si ya no tuviera fuertes sentimientos hacia nada o sentimientos de amor hacia alguien?	(6) Restricción de la vida afectiva (p.ej. incapacidad para tener sentimientos de amor).	F53
F54	¿ha notado cambios en su forma de pensar o en sus planes para el futuro?	(7) Sensación de un futuro desolador (p.ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)	F54
F55		AL MENOS 3 SÍNTOMAS "C" SON "+".	F55

Si F55 es "-" (p.ej. menos de 3 síntomas "C" son "+"), vaya a F65.

	Desde (TRAUMA)	D Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguiente síntomas:	
F56	¿ha tenido problemas para dormir? (¿Qué clase de problemas?)	(1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño	F56
F57	¿ha estado inusualmente irritable? ¿Qué acerca de estallidos de enojo?	(2) Irritabilidad o ataques de ira	F57
F58	¿ha tenido problemas para concentrarse?	(3) Dificultades para concentrarse	F58
F59	¿se ha vuelto suspicaz o está a la	(4) Hipervigilancia	F59

- defensiva sin razón alguna?
- F60 ¿ha estado nervioso o se sobresalta con facilidad. con sonido repentinos? (5) Respuestas exageradas de sobresalto F60
- F61 AL MENOS DOS SÍNTOMAS "D" SON "+" F61

Si F61 es "-" (p ej. menos de dos síntomas "D" son "+"), vaya a F65

- F62 ¿Como cuánto tiempo duraron estos problemas. tales como (SÍNTOMAS TEPT)? E Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes. F62

Si F62 es "-" (p ej. la duración es de un mes o menos), vaya a F65

- F63 F Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. F63

Si F63 es "-" (p ej. la alteración no es clínicamente significativa) vaya a F65

- F64 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS CODIFICADOS "+") en el último mes? LOS CRITERIOS A, B, C, D, E Y F SON "+" (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO 309.81) F64

Otros Trastornos de Ansiedad

- F65 SI NO SE HA DIAGNOSTICADO TRASTORNO DE ANGUSTIA: ¿Tenía miedo de salir solo de su casa, estar solo, estar en una multitud, estar en una fila, o viajar en autobus o trenes? SI. Considere: 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p ej. mareos o diarrea, sin historia de trastorno de angustia) F65

- F66 ¿Tenía miedo de hacer alguna cosa o se sentía incómodo haciendo algo frente a otras personas como hablar, comer o escribir? SI. Considere: 300.23 Fobia Social Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás y que interfiere con la rutina normal del individuo, funcionamiento laboral, actividades sociales o interpersonales (o existe un marcado malestar por tener la fobia) F66

- F67 ¿Tenía miedo de alguna otra cosa, como volar, ver sangre, que le dispararan, alturas, lugares cerrados o a ciertos animales o insectos? SI. Considere: 300.29 Fobia Especifica Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos y que interfiere significativamente con la rutina normal de la persona, funcionamiento laboral, actividades sociales o interpersonales (o existe un marcado malestar por tener la fobia) F67

- F68 En los último 6 meses ¿se ha sentido particularmente ansioso o nervioso? SI. Considere: 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o F68

actividades que se prolongan más de 6 meses y que no se debe a una condición médica general o sustancia, y que causa un deterioro o malestar significativo

Nota: El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizado requiere que la ansiedad ocurra en otros momentos distintos a aquellos durante un trastorno del estado de ánimo o trastorno psicótico

Trastorno de Ansiedad no Especificado

F69

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. **F69**

Si F69 es "-" (p.ej., ausencia de síntomas clínicamente significativos de ansiedad que no cumplen los criterios para un trastorno específico de ansiedad), vaya a F72 (Trastornos Somatoformes)

F70 Antes de que esto comenzara ¿estaba físicamente enfermo? No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., droga o fármaco) o a una condición médica general. **F70**

Antes de que esto comenzara ¿estaba tomando algún medicamento?

SI: ¿Hubo algún cambio en la dosis que estaba tomando?

Antes de que esto comenzara ¿estaba bebiendo o consumiendo alguna droga?

Si existe alguna indicación de que los síntomas de ansiedad sean secundarios (p.ej., consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o sustancia), vaya a la página 81 y regrese para evaluar "-" o "+"

La etiología de condiciones médicas generales incluye hiper e hipotiroidismo, hipoglicemia, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, fallas congestivas cardíacas, arritmias, embolias pulmonares, enfermedades crónicas de obstrucción pulmonar, neumonía, hiperventilación, deficiencia de vitamina B12, neoplasmas del sistema nervioso central, disfunciones vestibulares y encefalitis

La etiología de sustancias incluye la intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p.ej., cocaína, amfetaminas, cafeína) o cannabis, alucinógenos, PCP, o alcohol, o depresores del sistema nervioso central (p.ej., alcohol, sedantes, hipnóticos).

Si F70 es "-" (p.ej., se debe a una condición médica general o sustancia) vaya a F72

F71 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) en el último mes? **HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECÍFICO 300.0** **F71**

Trastornos Somatoformes

F72 En los últimos años ¿como ha sido su esta... de salud? Si han existido quejas físicas inexplicables, considere: **F72**

¿Con qué frecuencia ha ido a visitar al doctor porque no se sentía bien? (¿Porqué?) **300.81 Trastorno de Somatización**
Al menos 8 quejas físicas inexplicables que ocurren en un periodo de varios años.

SI ES FRECUENTE: ¿El doctor siempre pudo hallar aquello que estaba mal? (Platíqueme de ello). ¿Hubo ocasiones en las que el doctor le dijo que no había nada malo pero usted estaba convencido de que algo estaba mal?

con inicio anterior a los 30 años o
300 82 Trastorno Somatoforme Indiferenciado
Quejas físicas que no cumplen los criterios para el Trastorno de Somatización.

F73 ¿Se preocupa mucho por su salud física? ¿El doctor piensa que se preocupa demasiado?

SI. Considere: 200 7 Hipocondriasis F73
Preocupación con temores de padecer alguna enfermedad grave que persiste a pesar de una evaluación médica apropiada

F74 Algunas personas se preocupan demasiado por su apariencia ¿Esto es un problema para usted?

SI. Considere: Trastorno Dismórfico Corporal F74
Resistencia a mantener el peso corporal normal, acompañado por un temor intenso a engordar

Trastornos Alimenticios

F75 ¿Alguna vez ha pesado mucho menos de lo que otras personas piensan debería de pesar?

SI. Considere: 307 1 Anorexia Nerviosa F75
Resistencia a mantener el peso corporal normal, acompañado por un temor intenso a engordar

F76 ¿Con frecuencia tiene momentos en los que su forma de comer está fuera de control?

SI. Considere: 307 51 Episodios recurrentes de atracones con un comportamiento compensatorio inadecuado F76

Platíqueme de esos momentos.

CONTINÚE CON LOS REACTIVOS RESTANTES DEL SCID SOLO SI EXISTE ALGUNA ALTERACIÓN ACTUAL Y QUE NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA UN TRASTORNO ESPECÍFICO DEL EJE I DEL DSM-IV, DE OTRO MODO. TERMINE CON LA ENTREVISTA SCID

Trastornos Adaptativos

Criterios para Trastornos Adaptativos

F77 SI ES DESCONOCIDO: ¿Le ocurrió algo antes de (INICIO DE LA ALTERACIÓN ACTUAL)?

A La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable que tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante F77

si: ¿Piensa que (ESTRESOR) tiene algo que ver con sus (SINTOMAS)?

Si F77 es "-" (p.ej. sin síntomas como respuesta al estresor). FINALICE EL SCID.

F78 (¿Qué efecto tienen (SÍNTOMAS) en usted y en su capacidad para hacer las cosas? ¿Qué tan preocupado estaba? ¿Se le ha dificultado hacer su trabajo o estar con sus amigos?)

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: F78

(1) malestar mayor de los esperable en respuesta al estresante.

(2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

Si F78 es "-" (p.ej. síntomas clínicamente no significativos). FINALICE EL SCID.

F79 (¿Ha tenido esta clase de reacción en C La alteración relacionada con el estrés F79

muchas ocasiones?)

no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

(¿Tenía (SÍNTOMAS) aun antes de que ocurriera (ESTRESOR)?)

Si F79 es "-" (p ej., exacerbación de un trastorno preexistente) FINALICE EL SCID

F80 SI ES DESCONOCIDO: ¿Alguien D Los síntomas no responden a una F80 cercano a usted murió antes (INICIO DE reacción de duelo LA ALTERACIÓN ACTUAL)?

Si F80 es "-" (p ej., representa duelo) FINALICE EL SCID

F81 (¿Cuánto tiempo ha pasado desde E Una vez ha cesado el estresante (o sus F81 (ESTRESOR Y COMPLICACIONES consecuencias). los síntomas no persisten DEL MISMO) terminaron? más de 6 meses.

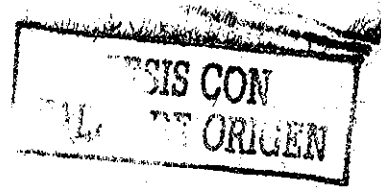
Si F81 es "-" (p ej., los síntomas persisten 6 meses después de la finalización del estresor) haga el diagnóstico apropiado NO Especificado (p ej., vaya a D17, si existen síntomas depresivos o F69) si existen síntomas de ansiedad)

F82 Haga el diagnóstico de Trastorno Adaptativo basado en los síntomas predominantes: F82

- 309.0 Trastorno Adaptativo con Afecto Depresivo
- 309.24 Trastorno Adaptativo con Ansiedad
- 309.28 Trastorno Adaptativo con Afecto Ansioso y Depresivo
- 309.3 Trastorno Adaptativo con Alteraciones Conductuales
- 309.4 Trastorno Adaptativo con Alteraciones Emocionales y Conductuales
- 309.9 Trastorno Adaptativo No Específico

FINALICE EL SCID

CONSIDERE EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL O USO DE SUSTANCIAS



Si los ataques de angustia, obsesiones, compulsiones u otros síntomas de ansiedad no están temporalmente asociados con una condición médica general, vaya a F87 (Trastornos de Ansiedad Inducidos por Sustancias)

	Trastornos de Ansiedad Debidos a Condición Médica General	Criterios para Trastornos de Ansiedad Debidos a Condición Médica General	
F83	CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA	A La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.	F83
F84	¿Piensa que (CRISIS DE ANGUSTIA/ OBSESIONES/ COMPULSIONES SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) están de alguna forma relacionados con su (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA)?	B / C A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica y estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad	F84
	Si: ¿De qué forma?		
	(¿Las (CRISIS DE ANGUSTIA		

/OBSESIONES/ COMPULSIONES/ (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA) iniciaron o empeoraron solo después de que (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA) iniciara?)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SI Y LA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL SE HA RESUELTO: ¿Las (CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES/ COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) mejoraron una vez que (CONDICIÓN MÉDICA GENERAL COMÓRBIDA) mejoró?

Si F84 es "-" (condición médica general no etiológica), vaya a F87 (Trastornos de Ansiedad Inducido por Sustancias).

- | | | | |
|-----|--|--|-----|
| F85 | SI NO ES CLARO: ¿Qué tanto (CRISIS DE ANGUSTIA / COMPULSIONES / OBSESIONES/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) interferían con su vida? | E. Estas alteraciones provocan un malestar clínico significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo | F85 |
| F86 | SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) en el último mes? | LOS CRITERIOS A, B/C, Y E SON "+" (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL 293.89). | F86 |

Si las crisis de angustia, obsesiones, compulsiones u otros síntomas de ansiedad no están temporalmente asociados con uso de sustancias, regrese al trastorno evaluado:

F18 para Trastornos de Angustia
 F37 para Trastorno Obsesivo-Compulsivo
 F70 para Trastorno de Ansiedad No Especificado

Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias	Criterios para Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias	
F87	CODIFIQUE DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA	F87
F88	SI ES DESCONOCIDO: ¿Cuándo comenzaron (CRISIS DE ANGUSTIA/ OBSESIONES/ COMPULSIONES/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD)? ¿Ya estaba usando (SUSTANCIA) o acababa de dejar de consumirla o redujo su consumo?	F88
	A La ansiedad de carácter prominente las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico	
	B. A partir de la historia clínica de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) los síntomas del criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente o (2) el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración	

Si F88 es "-" (p ej., etiológicamente no relacionado a sustancia), regrese al trastorno evaluado

F18 para Trastorno de Angustia.
 F37 para Trastorno Obsesivo-Compulsivo
 F70 para Trastorno de Ansiedad no Especificado

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| F89 | ¿Pienso que (CRISIS DE ANGUSTIA/ OBSESIONES/ COMPULSIONES/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) están de | C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias Los síntomas | F89 |
|-----|---|---|-----|

alguna forma relacionados con (USO DE SUSTANCIA)?

pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias entre los que se incluyen:

SI: Platíqueme de ello

(1) La aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o uso del medicamento).

PREGUNTE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PARA DESCARTAR UNA ETIOLOGÍA DE NO SUSTANCIAS

SI ES DESCONOCIDO: ¿Qué fue primero, el (USO DE SUSTANCIA) o (CRISIS DE ANGUSTIA, OBSESIONES/COMPULSIONES/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD)?

(2) Los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p.ej. alrededor de un mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o de abstinencia.

SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido períodos en los que no ha consumido (SUSTANCIA)?

SI: ¿Después de que dejó de consumir (SUSTANCIA) mejoraron los (CRISIS DE ANGUSTIA/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD)?

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

F89 (cont) SI ES DESCONOCIDO: ¿Qué cantidad de (SUSTANCIA) consumía cuando comenzaban (CRISIS DE ANGUSTIA/ OBSESIONES/ COMPULSIONES/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD)?

(3) Los síntomas son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo.

SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido otros episodios de (CRISIS DE ANGUSTIA/ OBSESIONES/ COMPULSIONES/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD)?

(4) Existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p.ej. una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias)

SI: ¿Cuántos? ¿Estaba consumiendo (SUSTANCIA) en esos momentos?

Si F89 es "-" (p.ej., la alteración se explica mejor por un Trastorno de Ansiedad no Inducido por Sustancias), regrese al trastorno evaluado:

F18 para Trastornos de Angustia.

F37 para Trastorno Obsesivo-Compulsivo

F70 para Trastorno de Ansiedad No Especificado.

F90 SI ES DESCONOCIDO: ¿Qué tanto los (CRISIS DE ANGUSTIA/ OBSESIONES/ COMPULSIONES/ SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) interferían con su vida?

E La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F90

Si F90 es "-" (clínicamente no significativo), regrese al trastorno evaluado:

F18 para Trastornos de Angustia

F37 para Trastorno Obsesivo-Compulsivo

F70 para Trastorno de Ansiedad No Especificado

F91 SI ES DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS DE ANSIEDAD) en el último mes?

LOS CRITERIOS A, B, C Y E SON "+" (HAGA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS)

F91

Regrese al trastorno evaluado:

F18 para Trastornos de Angustia.

F37 para Trastorno Obsesivo-Compulsivo
F70 para Trastorno de Ansiedad No Especificado

TEEIS CON
FAMIA DE ORIGEN

**Trastorno Mixto
Ansiedad-Depresión**

**Criterios para Trastorno Mixto
Ansiedad-Depresión**

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| A | Animo disfórico persistente o recurrente con una duración de al menos 1 mes | ? | 1 | 2 | 3 |
| B | El animo disfórico se acompaña de 4 (o más) de los siguientes síntomas con una duración de al menos 1 mes: | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (1) Dificultad para concentrarse o la mente se pone en blanco | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (2) Alteraciones del sueño (dificultad para quedarse dormido o mantenerse dormido o sueño no reparador) | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (3) Fatiga o falta de energía | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (4) Irritabilidad | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (5) Preocupación | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (6) Tendencia al llanto | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (7) Hipervigilancia | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (8) Anticipación de lo peor | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (9) Desesperanza (pesimismo constante acerca del futuro) | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (10) Baja autoestima o sentimientos de autodesprecio | ? | 1 | 2 | 3 |
| C. | Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o deterioro en las áreas social u ocupacional, u otras áreas importantes del funcionamiento | ? | 1 | 2 | 3 |
| D | Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. abuso de drogas, medicamento) o a una condición médica general | ? | 1 | 2 | 3 |
| E | Todos los siguientes: | | | | |
| | (1) No se cumplen los criterios para un Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Angustia, o Trastorno de Ansiedad Generalizada | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (2) No se cumplen los criterios para cualquier otro Trastorno de Ansiedad o del Estado de Animo (incluyendo un Trastorno del Estado de Animo o Trastorno de Ansiedad, en remisión parcial) | ? | 1 | 2 | 3 |
| | (3) Los síntomas no son mejor explicados por otro trastorno mental | ? | 1 | 2 | 3 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**