



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
“DR. BERNARDO SEPULVEDA G”  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN  
PACIENTES CON ACROMEGALIA**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

**ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA**

PRESENTA:

**DR. JORGE JUAN MANJARREZ LOZADA**

ASESOR

M en C. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2013.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**  
INSTITUTO MEXICANO EL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN  
PACIENTES CON ACROMEGALIA**

TESIS QUE PRESENTA

**DR. JORGE JUAN MANJARREZ LOZADA**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD EN

**PSIQUIATRÍA**

**Asesor:** M en C. Martín Felipe Vázquez Estupiñán.

---

MEXICO, D.F.

JULIO DE 2012



DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

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

FECHA **01/06/2012**

**MTRO. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN**

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

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

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON ACROMEGALIA**

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

Núm. de Registro
<b>R-2012-3601-58</b>

ATENTAMENTE

**DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA**

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

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Agradecimientos.**

## DEDICATORIA

El presente trabajo lo quiero dedicar a todos y cada uno de las personas que me han dado la oportunidad de formarme como persona, médico y psiquiatra. Al Instituto Mexicano del Seguro Social por abrirme las puertas para mi formación académica y darme la sensibilidad de atender a los pacientes. A la Facultad de Medicina de la UNAM por ser mi alma mater y sentirme orgulloso de esta gran institución. A todos mis profesores, que me han entregado parte de su tiempo para mi formación; En especial al DR en C Gabriel Manjarrez Gutiérrez, Dr. Felipe Vázquez, Dra. Irma Corlay, Dr. Anaya, Dr. Campos, Dr. Jaramillo, Dr. Gil, Dra. Morales, Dr. Camarena y Dr. Escobedo, gracias por estar presente en mi desarrollo profesional.

Grace, Lore, Claudia, Héctor, Martha, Luis, Diana, One, Calero, Gómez, Castillo, Roció y Pilar. Gracias por dejarme aprender y crecer con ustedes. Daniel, Brenda, Hugo, Lolo, Fer, Ruth, Julie, Sindy, Toros 6, Cris, Zapato, Paola, Alejandro, Lili, Sash, Betsa, Victor, Carol, Tito, Karla y Betty. Gracias por ser parte de mi vida y enseñarme que los sueños nunca acaban.

Nora, Willis, Gab, Genny, Norisa, Angela Gabrielodonte, Samara Y Lupita... Gracias por darme la fortaleza y la pauta de lo que puede alcanzar una familia. Los quiero...

A la Dra. Guadalupe Cisneros Campos por estar ahí, por todo el apoyo, sabiduría y amor que cada día recibo, pero sobretodo, por ser cómplice y guía en mi vida. Mientras dure...

## DEDICATORIA

A TODOS LOS PACIENTES DE LOS CUALES SIEMPRE VOY A APRENDER

A LOS QUE YA NO ESTÁN Y DEJARON UNA HUELLA PROFUNDA EN MI

A MIS PROFESORES QUE ME DAN PAUTA A SEGUIR

A MIS AMIGOS QUE SIEMPRE TENDRÉ SU APOYO

A LA VIDA POR DEJARME INCURSIONAR EN ELLA

A MIS SUEÑOS QUE NUNCA ACABAN

A MI FAMILIA...

## INDICE

◇ RESUMEN.....	8
◇ INTRODUCCION.....	10
◇ JUSTIFICACIÓN.....	14
◇ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
◇ OBJETIVO.....	16
◇ MATERIAL Y METODOS.....	17
○ TIPO DE ESTUDIO	
○ POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMANO DE MUESTRA	
○ CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	
○ VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	
○ MÉTODOS DE RCOLECCIÓN DE DATOS	
○ PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS	
◇ ASPECTOS ÉTICOS.....	21
◇ ORGANIZACIÓN.....	22
○ RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	
○ EVALUACIÓN DE COSTOS	
○ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
◇ RESULTADOS.....	24
◇ DISCUSION.....	28
◇ CONCLUSIONES.....	29
◇ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
◇ ANEXOS.....	31

## RESUMEN

**ANTECEDENTES.** Variaciones en los niveles hormonales pueden cursar con estados de alteración neuropsiquiátrica, expresándose de diversas maneras; estas incluyen cambios de personalidad, en las funciones mentales y la memoria, así como trastornos neurológicos y psiquiátricos. Dichas alteraciones son frecuentemente el primer síntoma de disfunción hormonal y en otros casos, representan manifestaciones importantes de la misma. La acromegalia es una enfermedad crónica, que generalmente es subdiagnosticada y que presenta múltiples complicaciones, entre estas los trastornos mentales, dichas alteraciones generan alteración en la calidad de vida de estos pacientes. Existe un número limitado de estudios sobre la psicopatología de los pacientes con adenomas de la hipófisis, reportando aumento en la prevalencia de dichos trastornos como depresión mayor y trastornos de ansiedad. Actualmente en México, no se cuentan con este tipo de estudios **OBJETIVO.** Describir la frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con acromegalia de la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**MATERIAL Y METODOS.** Se realizará un estudio transversal descriptivo en pacientes que acuden a la clínica de acromegalia del servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI. Donde se les aplicará un cuestionario sociodemográfico así como una entrevista psiquiátrica MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Todos los datos se vaciarán en una base de datos y se realizará análisis estadístico usando paquete estadístico SPSS V 20.

1. Datos del alumno (autor)	1. Datos del alumno
Apellido paterno	Manjarrez
Apellido materno	Lozada
Nombres	Jorge Juan
Teléfono	57584898 0445510083839
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad	Facultad de Medicina
Carrera	Médico cirujano
No. De cuenta	09524152-0
2. Datos del asesor	2. Datos del asesor
Apellido paterno	VAZQUEZ
Apellido materno	ESTUPIÑAN
Nombres	MARTIN FELIPE
3. DATOS DE LA TESIS	
TÍTULO	PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON ACROMEGALIA
No. DE PAGINAS	57p.
AÑO	2012

## INTRODUCCIÓN

Variaciones en los niveles hormonales pueden cursar con diversos grados de alteración neuropsiquiátrica, expresándose de muy diversas maneras. Estas incluyen cambios de personalidad en las funciones mentales y la memoria, así como trastornos neurológicos y psiquiátricos. Dichas alteraciones son frecuentemente el primer síntoma de disfunción hormonal y en otros casos representan manifestaciones importantes de la misma.

La importancia de detectar estos síntomas radica en que la corrección del problema endocrino subyacente invierte generalmente estos cambios.

Actualmente se conoce que los trastornos endócrinos se asocia a una amplia gama de síntomas psiquiátricos. Si bien la depresión y la ansiedad son las manifestaciones más comunes, la psicosis y el delirio pueden surgir en situaciones extremas o posteriores al diagnóstico.

Aproximadamente el 8% de los pacientes con trastornos depresivos tienen algún tipo de disfunción de la tiroides. El hipotiroidismo también puede imitar a la depresión (con síntomas que incluyen fatiga, letargo, falta de apetito, bajo estado de ánimo, y lentitud cognitiva). Más tarde, los resultados pueden incluir alucinaciones, el tratamiento con carbonato de litio puede causar hipotiroidismo. Dentro de estas alteraciones neuroendocrinas se encuentra la acromegalia.

## **ACROMEGALIA**

La acromegalia es una enfermedad crónica, generalmente causada por la hipersecreción de la hormona del crecimiento, sobre todo a partir de un adenoma pituitario secretor de hormona del crecimiento que es responsable de los cambios físicos y bioquímicos en los pacientes afectados. Entre los principales síntomas está el aumento del tamaño acral, aumento de volumen de partes blandas, dolores óseos y articulares, prognatismo, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y cardiopatía.

En forma universal, el inicio de la enfermedad es de tipo insidioso, lo que causa un retraso del diagnóstico entre 7 y 10 años en promedio. En aquellos pacientes en que se sospecha la enfermedad, la confirmación diagnóstica se realiza con un Test de tolerancia a la glucosa con medición simultánea de hormona del crecimiento (TTGO/GH) y la medición del factor de crecimiento semejante a la insulina tipo 1 (IGF1) normalizada por edad y sexo.

En México, se desconoce la prevalencia e incidencia de acromegalia, en contraste con la prevalencia reportada internacionalmente (40 a 60 casos por millón de habitantes), en el consenso nacional de acromegalia, se ha estimado que se atienden en las principales instituciones de salud solamente entre 1,500 y 2,000 casos. A pesar de la creación de registros en línea y de la extensa divulgación de la enfermedad a todos niveles (público general, médico de primer contacto, especialista) la acromegalia sigue siendo una enfermedad subdiagnosticada.

La acromegalia resulta en una elevada tasa de mortalidad (1.5 a 3 veces la tasa de la población general), generalmente por causas cardiovasculares y cerebrovasculares, también reduce la esperanza de vida, además de deteriorar la calidad de vida de quienes la padecen.

En los últimos años ha existido una mayor preocupación por mantener una adecuada calidad de vida.

Entre estas complicaciones no queda claro hasta qué punto los pacientes con acromegalia también sufren de un aumento de la frecuencia de los trastornos mentales.

Los primeros intentos para caracterizar las alteraciones neuropsiquiátricas en los pacientes con acromegalia se remontan al siglo XIX cuando la enfermedad fue descrita por Pierre Marie. El psiquiatra suizo Bleuler y Blickenstorfer, trataron de describir un patrón distinto de la "personalidad" de los pacientes con enfermedades pituitarias tales como la enfermedad de Cushing y acromegalia. Establecieron el término "Síndrome Psicoendócrino".

A partir de la mitad del siglo XX y décadas siguientes, un número limitado de estudios clínicos han llevado a cabo a investigar más a fondo la personalidad y la psicopatología de los pacientes con adenomas de la hipófisis.

En el estudio de Tiemensma et al. Presenta una revisión de los estudios que se han realizado sobre la psicopatología de pacientes con acromegalia donde se informó que los trastornos afectivos, fatiga y pérdida del apetito son los más frecuentes y que la mayoría de pacientes curados de acromegalia presentan un

aumento de bienestar físico, sin embargo todavía presentan una alta prevalencia de trastornos psicológicos, en especial los trastornos de ansiedad y depresión mayor. Aunque en otro estudio se encontró que solo aumentó la prevalencia de trastornos afectivos. Estos estudios han presentado como limitación el número de pacientes y la gran heterogeneidad clínica de la muestra y no se han estudiado los efectos de la curación a largo plazo.

## JUSTIFICACIÓN

Las diversas enfermedades endócrinas, están estrechamente relacionadas a diferentes alteraciones neuropsiquiátricas, como la depresión o ansiedad, por ejemplo, se sabe que bien la asociación de ansiedad y depresión con diversas alteraciones tiroideas. En muchos casos, los síntomas neuropsiquiátricos son la única expresión de los trastornos endócrinos.

La acromegalia al tener una presentación clínica insidiosa y por sus características, presenta retraso en el diagnóstico entre 7 y 10 años en promedio, pueden presentar diversos patrones de alteraciones psiquiátricas. La prevalencia reportada a nivel internacional es de 40 a 60 casos por millón de habitantes, en México no se tienen cifras exactas aunque se estima que se atienden entre 1500 y 2000 casos en instituciones de salud.

En numerosos estudios se ha reportado una alta prevalencia de alteraciones psiquiátricas en pacientes con acromegalia, como trastornos de ansiedad o depresión, en algunos de estos estudios presentan algunas limitaciones como el tamaño o la heterogeneidad de la muestra. En México no se han realizado estudios sobre la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con acromegalia.

En la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI se cuenta con una clínica de acromegalia donde se da seguimiento a estos pacientes, por lo que resulta factible la obtención de la muestra.

El presente estudio permitirá conocer la frecuencia de trastornos mentales en pacientes con acromegalia, para poder realizar estrategias adecuadas de detección y tratamiento de trastornos mentales, de esta manera, podemos mejorar la atención de estos pacientes para favorecer una mejor salud y calidad de vida.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El padecer una enfermedad endocrina, como la acromegalia, puede presentar trastornos emocionales, debido a las propias alteraciones endócrinas y a las alteraciones sociales que pueden presentar estos pacientes. Estos trastornos mentales pueden entorpecer el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con acromegalia. Se han realizado diversos estudios donde existe una alta prevalencia de trastornos mentales en estos pacientes, sin embargo, en México no se cuentan con estos datos. El presente estudio puede ayudar a detectar de forma oportuna los trastornos mentales de los pacientes con acromegalia para así poder realizar medidas para detección temprana para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

¿Cuál es la frecuencia de trastornos mentales en pacientes que acuden a la clínica de acromegalia del Hospital de Especialidades CMN S. XXI?

## **OBJETIVO**

Describir la frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con acromegalia.

Evaluar los factores de riesgo que contribuyen a la presencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con acromegalia.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Estudio transversal descriptivo.

### **POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Pacientes que se encuentran en seguimiento en la clínica de acromegalia del servicio de endocrinología de la UMAE Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda CMN S XXI.

Tamaño de la muestra es a conveniencia.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes con diagnóstico de acromegalia.
- Que por sus condiciones físicas permitan realizar el estudio.
- Que hayan firmado el consentimiento informado.
- Que acepten participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes que rechacen participar en el estudio.
- Paciente que por sus condiciones físicas no sea posible contestar los cuestionarios.

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION**

**Cuestionario Sociodemográfico (anexo 2).**

**MINI Entrevista neuropsiquiátrica internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview)[anexo 3].**

Dicho instrumento es una entrevista diagnóstica de duración breve, validada al español, es heteroaplicada. Explora, para detección diagnóstica los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios han demostrado alta validez y confiabilidad comparándola con el SCID-P para el DSM III-R y el CIDI (entrevista desarrollada por OMS para criterios de CIE-10).

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

## **METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

A los pacientes que acudan a la clínica de acromegalia, previa firma de consentimiento informado, se les aplicará dos cuestionarios, de datos sociodemográficos y la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional. Los pacientes que presenten cualquier alteración neuropsiquiátrica se le derivará al servicio de psiquiatría para su manejo.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Edad</b>	Años cumplidos al momento del estudio	Continua discreta
<b>Sexo</b>	Expresado como mujeres u hombres	Categórica: Mujeres =1, Hombres= 2
<b>Ocupación actual</b>	Estado laboral actual del paciente	Categórica: Empleado=1, desempleado=2,
<b>Escolaridad</b>	Número de años de estudio hasta el momento actual	Continua discreta
<b>Estado civil</b>	Estado civil actual del paciente	Categórica Soltero=1 casado=2 Unión libre=3 Divorciado=4 Viudo=5
<b>Fecha de diagnóstico</b>	Fecha cuando se realizó el diagnóstico	Continua discreta
<b>Tipo de adenoma primario</b>	Característica del adenoma	Categórica Microadenoma=1 Macroadenoma=2 Desconocido=3
<b>Tratamiento</b>	Tipo de tratamiento administrado al paciente	Categórica Quirúrgico=1 Radioterapia=2 Farmacológico=3
<b>Control bioquímico</b>		
<b>Comorbilidades</b>	Otras entidades patológicas que presenta el paciente	Categórica Arritmias=1 Cardiomiopatía=2 Eventos vasculares cerebrales=3 Hipertensión arterial =4

		<p>Enfermedad coronaria=5</p> <p>Infarto agudo a miocardio=6 Artralgia=7</p> <p>Artropatía =8 Sx túnel del carpo =9 Diabetes mellitus =10 Deficiencia pituitaria=11</p> <p>Hiperprolactinemia=12</p> <p>Apnea del sueño =13</p> <p>trastornos pulmonares=14</p> <p>Neoplasias malignas=15</p>
<b>Antecedente de atención psiquiátrica</b>	Si presenta o presentó atención psiquiátrica	Categoría No=0 Si=1
<b>Tratamiento psicofarmacológico</b>	Si alguna vez se le ha indicado algún tratamiento psicofarmacológico	Categoría No=0 Si=1
<b>Entrevista internacional neuropsiquiátrica (MINI)</b>	Consta de 24 módulos	Cada módulo evalúa la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos para trastornos específicos (DSM IV y el ICD- 10.

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

Se elaboró una base de datos en SPSS v20, posteriormente, se verificó la captura de los casos a través de una revisión aleatoria del 10% de los casos obtenidos así como se realizó una búsqueda de registros duplicados. Revisada la buena calidad de captura, se procedió a realizar un análisis exploratorio de los datos para verificar resultados aberrante, posteriormente utilizaremos dicho programa para obtener las frecuencias de los resultados obtenidos

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Los procedimientos que se realizaron en este estudio están de acuerdo con lo estipulado en la Ley general de Salud en materia de la investigación en salud, en su título primero. Siendo considerada esta investigación con un riesgo mínimo según lo estipulado en el artículo 17 de dicha ley.

La investigación se realizó bajo consentimiento informado mismo que se hizo por escrito. Además, se respetó la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Se les informó a las personas que participen en el estudio los procedimientos que se realizaran así como el propósito del estudio y los resultados del mismo.

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **Recursos humanos:**

- 1 Residente de la especialidad de psiquiatría
- 1 Investigador de psiquiatría

### **Recursos materiales**

- Bolígrafos
- Fotocopias de los cuestionarios y entrevista neuropsiquiátrica
- Computadora con programa estadístico SPSSv20.

### **Financiamiento**

Los propios del servicio de psiquiatría, del residente y los investigadores participantes.

### **FACTIBILIDAD**

Debido a las condiciones del estudio, la metodología a realizar y las características de los pacientes a estudiar, es factible para realizarse.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Mes/Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Marco teórico	■						
Protocolo		■					
Realización de entrevista			■	■			
Captura y análisis de datos				■			
Redacción e impresión de tesis					■	■	
Redacción de borrador para publicación						■	
Búsqueda de revistas y envío a publicación							■

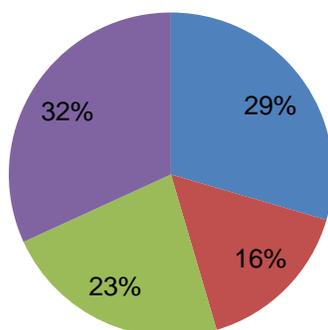
## RESULTADOS

Se obtuvieron 44 casos, de los cuales el 68.2%(n=30) eran del sexo femenino. El rango de edad fue de 20 a 81 años, agrupados por rango de edad el grupo más frecuente fue el de 51 a 60 años (34.1%) seguido por el grupo de 31-40 años (29.5%). De los cuales el 29.5%(n=13) estudió primaria, el 15.9% (n=7) secundaria, 22.7% (n=10) media superior y el 31.8%(n=14) nivel superior. El lugar de origen y residencia de los casos se muestra en la tabla 1 y la distribución del grado de estudios se muestra en la gráfica 1.

<b>TABLA 1. Distribución de estado de origen y residencia</b>				
<b>ESTADO</b>	<b>ESTADO ORIGEN</b>		<b>RESIDENCIA</b>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>AGUASCALIENTES</b>			1	2.3
<b>CHIAPAS</b>	1	2.3	1	2.3
<b>CHIHUAHUA</b>	2	4.5	2	4.5
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	28	63.6	22	50.0
<b>ESTADO DE MEXICO</b>	1	2.3	4	9.1
<b>GUERRERO</b>	3	6.8	3	6.8
<b>JALISCO</b>			1	2.3
<b>MORELOS</b>	2	4.5	4	9.1
<b>OAXACA</b>	1	2.3	1	2.3
<b>PUEBLA</b>	1	2.3	1	2.3
<b>QUERETARO</b>	3	6.8	3	6.8
<b>SAN LUIS POTOSÍ</b>	1	2.3		
<b>VERACRUZ</b>	1	2.3	1	2.3

**GRAFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GRADO ESCOLAR**

■ PRIMARIA ■ SECUNDARIA ■ MEDIA SUPERIOR ■ SUPERIOR ■



El tipo de tumoración más frecuente fue macroadenoma hipofisiario con una frecuencia de 59.1% (n=26), contra el microadenoma que se presentó en el 40.9% de casos. El tipo de tratamiento que han recibido los casos fue quirúrgico en 70.5%(n=31), radioterapia el 11.4%(n=5) y farmacológico el 17.5%(n=33). El índice de masa corporal agrupado fue de 13.6% (n=6) con peso normal, 34.1% (n=15) con sobrepeso, 34.1%(n=15) con obesidad clase I, 13.6%(n=6) obesidad clase II y 4.5%(n=2) con obesidad clase III. La comorbilidad presente en los casos se muestra en la tabla 2.

<b>Tabla 2. Frecuencia de comorbilidad</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>ARRITMIA</b>	5	11.4
<b>CARDIOMEGALIA</b>	13	29.5
<b>HAS</b>	15	34.1
<b>ANGINA</b>	2	4.5
<b>ARTRALGIA</b>	27	61.4
<b>ARTROPATIA</b>	11	25.0
<b>SX TUNEL DEL CARPO</b>	9	20.5
<b>DIABETES MELLITUS</b>	24	54.5
<b>DEF HIPOFISIARIA</b>	22	50.0
<b>HIPERPROLACTINEMIA</b>	4	9.1
<b>SAHOS</b>	11	25.0
<b>TS PULMONAR</b>	3	6.8
<b>TS PSIQUIATRICO</b>	8	18.2

### **PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.**

De todos los casos el 18.2%(n=8) ha recibido atención psiquiátrica y el 22.7% (n=10) ha recibido tratamiento psicofarmacológico. De todos los casos el 45%(n=20) presentaron cualquier diagnóstico psiquiátrico. Agrupando los diferentes trastornos, el 31.8%(n=14) de todos los casos presentaron algún trastorno afectivo, el 25%(n=11) cualquier trastorno de ansiedad y solo 1 (2.3%) presentó diagnóstico de abuso por alcohol. Se evaluó el riesgo de suicidio el cual lo presentaban en el 11.4%(n=5) del cual todos eran de riesgo leve.

Desglosando los diferentes diagnósticos psiquiátricos por el lado de los trastornos afectivos el 25%(n=11) presentaron trastorno depresivo mayor, el 15.9%(n=7) presentaron diagnóstico de depresión recurrente, trastorno depresivo con síntomas melancólicos el 2.3(n=1), y distimia el 13.6%(n=6) de casos. Enfocando los trastornos de ansiedad, quien presentó mayor frecuencia fue el diagnóstico de fobia social con el 11.4%(n=5), seguido de trastorno de angustia de por vida y trastorno de ansiedad generalizada con 6.8%(n=3) respectivamente, luego se presentó el diagnóstico de angustia sin agorafobia con el 4.5%(n=2), por último solo el 2.3%(n=1) presentaron diagnósticos de trastorno de angustia sin agorafobia y trastorno de estrés postraumático. La prevalencia de los trastornos se resume en la tabla 3.

GRUPO	DIAGNÓSTICO	n	%
TRASTORNOS AFECTIVOS <b>n=14 (31.8)</b>	DEPRESIÓN MAYOR	11	25.0
	DEPRESION RECURRENTE	7	15.9
	DEPRESIÓN CON MELANCOLIA	1	2.3
	DISTIMIA	6	13.6
TRASTORNOS DE ANSIEDAD <b>n= 11 (25%)</b>	FOBIA SOCIAL	5	11.4
	TRASTORNO DE ANSIEDAD	3	6.8
	TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA	3	6.8
	TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN	2	4.5
	TRASTORNO DE ANGUSTIA CON	1	2.3
	TRASTORNO DE ESTRÉS	1	2.3
Trastorno por sustancias <b>n=1(2.3%)</b>	ABUSO DE ALCOHOL	1	2.3

## **DISCUSIÓN.**

Nuestros resultados muestran la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con acromegalia, la cual fue del 45% independientemente del diagnóstico psiquiátrico, agrupando los diferentes trastornos solo se presentaron dos grandes grupos ocupando la mayoría de los diagnósticos, los trastornos afectivos ocupan el primer lugar con el 25% de pacientes seguido de trastornos de ansiedad con el 25% de casos, de forma aislada solo se presentó el diagnóstico de abuso por alcohol. Dichos datos concuerdan de forma parcial con los reportados por Siever et al. Los cuales concuerdan con la prevalencia general de trastornos psiquiátricos (45.7%). La distribución por grupo de trastorno fue diferente al mismo autor con los trastornos afectivos presentando el 45.7% contra el 32.8% que se obtuvo de nuestra así como los trastornos de ansiedad con el 13.6% contra el 25% que nosotros obtuvimos. Los diagnósticos específicos se distribuyeron de forma similar con mayor frecuencia el trastorno depresivo mayor y distimia por los trastornos afectivos y fobia social, trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada.

Las limitaciones del estudio es que los datos descritos pueden tener influencia por el tamaño de muestra así como el instrumento que se utilizó. Ya que el dicho instrumento tiene limitaciones respecto a los diagnósticos en estudio, por ejemplo se abordan los diagnósticos de anorexia y bulimia nervosa sin considerar los trastornos de la alimentación no específicos que son la mayoría de este grupo, también no muestra la presencia de trastornos afectivos secundarios a enfermedad médica.

## **CONCLUSIONES.**

El presente estudio es el único estudio realizado en México que muestra la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con acromegalia.

Existe mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en particular los trastornos de depresivos y de ansiedad en esta población. Dicho estudio puede ser útil para predecir los trastornos psiquiátricos que presentan estos pacientes y mejorar el tratamiento multidisciplinario para favorecer la calidad de vida.

## BIBLIOGRAFIA

1. Valera Bestard B, Soria Dorado MA, Piédrola Maroto G, Hidalgo Tenorio MC. Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 206-212.
2. Stern: Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 1st ed. CHAPTER 3 – Laboratory Tests and Diagnostic Procedures.
3. Ben-Shlomo A, Melmed S. Acromegaly. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2008; 37: 101-22, viii.
4. Chanson P, Salenave S. Acromegaly. *Orphanet J Rare Dis* 2008; 3: 17.
5. Melmed S. Acromegaly pathogenesis and treatment. *The journal of clinical investigation* 2009; 119: 3189-202.
6. Melmed S, et al. Guidelines for acromegaly management. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94: 1509-
7. Sara Arellano y cols. Segundo Consenso Nacional de Acromegalia *Revista de Endocrinología y Nutrición* Vol. 15, No. 3 Supl. 1 Julio-Septiembre 2007 pp S7-S16
8. Ángel Alfonso Garduño-Pérez y cols. Calidad de vida en pacientes con acromegalia, *Revista de Endocrinología y Nutrición* Vol. 19, No. 3 Julio-Septiembre 2011 pp 97-101
9. Marie, P (1886) Sur deux cas d'acromégalie; hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique. *Revue Médicale de Liège*, 6, 297–333.
10. Bleuler, M. (1951) The psychopathology of acromegaly. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 113, 497–511.
11. Blickenstorfer, E. (1953) [Psychiatric and genealogic study of 51 cases of acromegaly.]. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 71, 371–374
12. C. Sievers et al. Prevalence of mental disorders in acromegaly: a cross-sectional study in 81 acromegalic patients. *Clinical Endocrinology* (2009) 71, 691–701.
13. Tiemensma et al. Psychopathology and Personality in Acromegaly *J Clin Endocrinol Metab*, December 2010, 95(12):E392–E402



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPULVEDA”  
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION  
CLINICA.**

MÉXICO D.F., A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2012.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON ACROMEGALIA” registrado ante el comité local de investigación del Hospital de Especialidades Del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número: **R-2012-3601-58** .

El objetivo del estudio es el describir la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con acromegalia.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar diversas preguntas y cuestionarios acerca de la presencia o no de trastornos psiquiátricos.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevará a cabo , los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a la permanencia del estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente.

\_\_\_\_\_  
Dr. Jorge Juan Manjarrez Lozada.

\_\_\_\_\_  
Testigos.

## ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA"  
 SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

**HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

PACIENTE: \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ REG No. \_\_\_\_\_

Nombre				Edad	
Sexo	FEM <input type="radio"/>	MASC <input type="radio"/>	ORIGINARIO	Residencia	
Ocupación					
Escolaridad. no de años de estudio.					
Estado civil.	SOLTERO <input type="radio"/>	CASADO <input type="radio"/>	UNION LIBRE <input type="radio"/>	DIVORCIADO <input type="radio"/>	VIUDO <input type="radio"/>
Tipo de adenoma primario	. Microadenoma <input type="radio"/>		Macroadenoma <input type="radio"/>		
Fecha de Dx	DIA		MES		AÑO
Tratamiento					
Quirúrgico					
Radioterapia					
Farmacológico					
Control bioquímico					
Comorbilidades					
Arritmias	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiomiopatía	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventos vasculares cerebrales	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades coronarias	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarto agudo a miocardio	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artralgia	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artropatía	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sx túnel del carpo	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiencia pituitaria	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiperprolactinemia	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apnea del sueño	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastornos pulmonares.	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neoplasias malignas.	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibe o ha recibido atención psicológica/psiquiátrica	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento psicofarmacológico	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

### **MINI**

#### **MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

**Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV**

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

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

#### **Versión en español:**

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

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

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

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

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

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

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

## Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

### ENTREVISTA:

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

### PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

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

### CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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

### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

Laura Ferrando, M.D.  
IAP  
Velázquez, 156,  
28002 Madrid, España  
Tel.: + 91 564 47 18  
Fax: + 91 411 54 32  
e-mail: iap@lander.es

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

## A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO      SÍ  
**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
ACTUAL**

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

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

NO      SÍ  
**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
RECIDIVANTE**

### Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (**A3 = SÍ**), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A2</b> ?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si <b>NO</b> : ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A5a</b> O <b>A5b</b> ?	➡ NO	SÍ	

A6	<b>Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:</b>				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A3c</b> (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A3a</b> (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MÁS RESPUESTAS DE **A6**?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

## B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN B4?

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

### C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

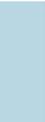
NO	SÍ
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="radio"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="radio"/>
> 10 puntos	Alto <input type="radio"/>

## D. Episodio (hipo)maníaco

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

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

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



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

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓                      ↓  
                        
*HIPOMANÍACO    MANÍACO*

¿CODIFICÓ **NO** EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

## E. Trastorno de angustia

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

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

## F. Agorafobia

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

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

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

*Agorafobia actual*

¿CODIFICÓ **NO** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

**TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

**TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
----	----

**AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia**

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

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

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

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

## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

**TRASTORNO OBSESIVO/  
COMPULSIVO ACTUAL**

## I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO COMO REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	➡ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	➡ NO	SÍ	2
I3	<b>En el último mes:</b>			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad en recordar alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	➡ NO	SÍ	
I4	<b>Durante el último mes:</b>			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	➡ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

## J. Abuso y dependencia de alcohol

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

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	➔ NO	SÍ	1
----	---	---------	----	---

### J2 En los últimos 12 meses:

a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	➔ SÍ
<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

### J3 En los últimos 12 meses:

a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

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

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

a ¿Ha notado usted que necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

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

- |   |  |    |    |   |
|---|--|----|----|---|
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?  | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?   | NO | SÍ | 7 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

NO	SÍ →
<b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>	

**Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

- |      |  |    |    |    |
|------|--|----|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?<br>(CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 8  |
| b    | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?  | NO | SÍ | 9  |
| c    | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?   | NO | SÍ | 10 |
| d    | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?   | NO | SÍ | 11 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

NO	SÍ
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>	

## L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				EXTRAÑOS	
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO SÍ	SÍ	1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO SÍ	SÍ	5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO SÍ	SÍ	9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTRUCCIÓN, ETC.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO SÍ		11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:					
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ → L8b	12

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

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	<b>Si Sí:</b> ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:</b>											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>			
NO	SÍ										
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>											
		o									
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?									
L12		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>		
NO	SÍ	18									
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>											
		o									
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
		VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO									
		o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td></td> </tr> </table>			→			NO	SÍ	
→											
NO	SÍ										
		o									
		EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?									
	b	SI CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L13a:									
		Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable).	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>		
NO	SÍ	19									
<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>											
		Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?									

## M. Anorexia nerviosa

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

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

**En los últimos 3 meses:**

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN M5?

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

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

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

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

## N. Bulimia nerviosa

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

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

N8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN N5 O CODIFICÓ **NO** EN N7 O SALTÓ A N8?

NO      SÍ

**BULIMIA NERVIOSA  
ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO      SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA  
TIPO  
COMPULSIVO/PURGATIVO  
ACTUAL**

## O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **O3**?

NO                      SÍ

**TRASTORNO DE  
ANSIEDAD  
GENERALIZADA  
ACTUAL**

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

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

### P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

### P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

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

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

## Referencias

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

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

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

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