

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
UNIDAD MÉDICA COMPLEMENTARIA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA UNIDAD "MORELOS"**



Frecuencia de Trastornos Mentales en el Cuidador Primario de Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia y Demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos  
IMSS

**TESIS:**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

Presenta:

Hugo Alberto Andriano Vicencio

TUTORA:

Dra. en C. Silvia Aracely Tafoya Ramos

Ciudad Universitaria, Ciudad De México 2017



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.

## HOJA DE DATOS:

### **Nombre del alumno autor del trabajo de tesis:**

Hugo Alberto Andriano Vicencio

Médico Residente de 4to año de la Especialidad de Psiquiatría

Correo electrónico: [scarface03italy@hotmail.com](mailto:scarface03italy@hotmail.com)

### **Nombre del tutor(a):**

Dra. en C. Silvia Aracely Tafoya Ramos

Lugar donde trabaja: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correo electrónico: [sartafoya@gmail.com](mailto:sartafoya@gmail.com)

### **Nombre de los asesores:**

Dra. Claudia Fouilloux Morales

Lugar donde trabaja: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correo electrónico: [fouiclau@prodigy.net.mx](mailto:fouiclau@prodigy.net.mx)

Dr. Miguel Palomar Baena

Lugar donde trabaja: Unidad Médica Complementaria de Alta Especialidad Hospital de Psiquiatría Unidad "Morelos"

Correo electrónico: [miguel.palomar@imss.gob.mx](mailto:miguel.palomar@imss.gob.mx)

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** El cuidado de un familiar enfermo implica una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los cuidados que brindará al paciente.

Existen estudios que han hallado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de trastornos mentales en el cuidador primario de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

**MATERIAL Y METODOS:** Se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI a cuidadores primarios del Hospital de Psiquiatría Morelos, Delegación Norte de la Ciudad de México, de marzo a mayo 2017. Los datos se analizaron mediante frecuencias para identificar la presencia de trastornos mentales en los cuidadores primarios y la prueba de Chi cuadrada para evaluar la asociación entre ser cuidador primario de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o demencia y la presencia de trastornos mentales.

**Resultados:** Se encontró que 74% de los cuidadores primarios presenta algún trastorno mental (n=69), siendo el trastorno de ansiedad generalizada (39%) el diagnóstico más frecuente, seguido por el episodio depresivo mayor (30%), de estos el 16% fueron episodios recurrentes y el 26% cumplieron criterios para distimia. Se observó una mayor frecuencia de trastornos mentales en los cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

**Conclusiones:** Se identificó una frecuencia de trastornos mentales en tres cuartas partes de la población de cuidadores primarios de pacientes con diagnósticos de Demencia y Esquizofrenia, en los que predominó la ansiedad generalizada y el episodio depresivo mayor. Se considera que la presencia de trastornos mentales en los cuidadores está estrechamente relacionada con el tiempo de ejercer esta función, las patologías con las que cuenta el paciente y con la dependencia de los pacientes a su cuidado.

## **Contenido:**

ANTECEDENTES _____	5
Marco de Referencia _____	10
Planteamiento del Problema _____	15
Pregunta de Investigación _____	16
Justificación _____	17
Objetivos _____	20
Objetivo General _____	20
Objetivo Especifico _____	20
<b>METODOLOGÍA</b>	
Diseño de Estudio _____	21
Población en Estudio y Tamaño de la Muestra _____	22
Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación _____	23
Variables _____	24
Instrumento _____	28
Procedimiento _____	30
Análisis estadístico _____	31
Implicaciones éticas del estudio _____	32
Resultados _____	34
Discusión _____	40
Conclusión _____	44
REFERENCIAS _____	45
ANEXOS _____	48

## **ANTECEDENTES.**

La discapacidad y dependencia ante una enfermedad o dolor crónicos difieren según las características psicosociales y culturales de la población. La dependencia y la discapacidad ocasionan reacciones en el núcleo familiar. En México, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes. A pesar de esto, en México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores, quienes comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su papel. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados (1). De acuerdo con Úbeda «el cuidado de la familia es como la parte oculta de un iceberg, que a veces no se ve pero que desde luego existe, es sólida, fuerte y sostiene inevitablemente el cuidado del familiar enfermo» (2).

La “carga del cuidador” se ha visto muy conectada con el curso de la enfermedad, variando de forma significativa dependiendo de si el paciente responde al tratamiento y la forma de adaptabilidad, especialmente en el uso adecuado de formas de afrontamiento. Existen estudios que señalan que la carga de las familias es mayor en los estadios iniciales de la enfermedad: en el primer episodio, las familias presentan niveles elevados de sufrimiento, independientemente si viven o no con la persona enferma; más adelante, con el paso de los años, los familiares van adaptándose al familiar enfermo y las nuevas circunstancias que les envuelven, y acaban presentando niveles de carga inferiores que en los inicios (3).

Aunque hay discrepancia en distintos estudios, en cuanto a la asociación entre la duración de la enfermedad del paciente y la carga en el cuidador, una gran parte de

ellos señalan una relación directa entre la duración de la enfermedad del paciente y la carga del cuidador (3,4,5,6). Del mismo modo, aunque las cifras de presentación de la carga del cuidador primario son elevadas, estas difieren conforme a los reportes: en México se estima que está presente en un 40% (4) a 58% (5) de los cuidadores primarios; en la literatura extranjera los resultados también son variables, en Estados Unidos de Norteamérica se estima que el 55.5% de los cuidadores presentan sobrecarga leve o intensa; en España el 66.4% presenta sobre carga; en Chile y Argentina el 58%; y en Colombia son el 47% de los cuidadores (6).

En el ámbito de la Psiquiatría dos padecimientos son de principal relevancia por su frecuencia y curso incapacitante: la esquizofrenia y la demencia. La esquizofrenia es un trastorno mental grave que cursa con alteraciones en el pensamiento, las emociones y el comportamiento; afecta al 1% de la población general (DSM-IV-TR), lo que representa a más de 21 millones de personas en el mundo; es más frecuente en los hombres (2:1) y se presenta a una edad temprana; suele tener un mal pronóstico, pues las recaídas son frecuentes, con episodios psicóticos en el año inmediatamente posterior a su alta hospitalaria entre el 40% (si toman la medicación) y el 80% (si la abandonan) de los pacientes remitidos, aumentando estos porcentajes en relación directa al número de episodios psicóticos previos; la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y afecta el desempeño educativo, social, familiar y laboral (7,8).

La Demencia es descrita como una enfermedad neurodegenerativa de curso progresivo, que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad de realizar actividades diarias de la vida; es una de las principales

causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo. Los adultos mayores son una población cada vez más prevalente, las proyecciones a futuro demuestran que el número de personas afectadas con esta enfermedad se duplicará cada 20 años, llegando a 81.1 millones adultos mayores con esta enfermedad en el 2,040 (9). La OMS señala que existen unos 47.5 millones de personas que padecen demencia y cada año se registran 7.7 millones de casos nuevos (10,11).

A pesar del desarrollo de los servicios de larga duración, el cuidado familiar sigue siendo la forma dominante de cuidado en todo el mundo (11), considerando que la familia es un poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial para poder afrontar sus problemas. Aun cuando los cuidadores sienten satisfacción por su tarea, también se ha hallado que experimentan consecuencias negativas como pérdida del empleo y oportunidades, así como padecer trastornos psiquiátricos. Se ha señalado un registro importante de síntomas como tristeza, ganas de llorar, irritabilidad y dificultad para concentrarse, síntomas que la literatura extranjera ha indicado como comunes en los cuidadores, de modo que entre 46% y 59 % de los cuidadores primarios se encuentran clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (3,12).

Los cuidadores de adultos mayores con demencia se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico, lo que conlleva a un elevado estrés, que repercute en la calidad del cuidado que ofrecen al el adulto mayor y en la propia evolución de su enfermedad. La aparición de afecciones óseas, cardiovasculares y otras de índole físico; la aparición de trastornos afectivos como depresión y ansiedad, así como la

alteración de sus relaciones laborales y sociales, con la consecuente merma de sus recursos económicos; son algunos ejemplos de las consecuencias negativas del cuidado de una persona con demencia (13). Así mismo se ha encontrado que trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad se correlacionaron significativamente con la sobrecarga, es decir, que mientras más sintomatología depresiva y ansiosa se perciba, se experimentará mayor nivel de sobrecarga (14). Los resultados de la carga de enfermedad en México de 1990 a 2010 para las principales enfermedades, lesiones y factores de riesgo, por sexo, en el caso de las mujeres, la mitad de los años de vida asociados a discapacidad (AVD) se concentran en las enfermedades mentales 23%, encabezando la lista la depresión mayor. En el caso de los hombres son tres los grupos de enfermedades que concentran la mitad de los AVD, los trastornos mentales abarcan el 25%, de los que la depresión mayor ocupa el 5.5% del total; estos porcentajes pueden aumentar al enfrentarse a la responsabilidad de ser el cuidador primario de un paciente con enfermedades mentales incapacitantes (15).

Una investigación realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría arrojó que más de la mitad de los cuidadores primarios presentaron algún trastorno mental; el diagnóstico que destacó en primer lugar en las mujeres fue depresión y en los hombres, abuso y dependencia del alcohol, cifra muy superior a la reportada en población general (28.7%), además se encontró una correlación significativa entre mayor tiempo de evolución de la enfermedad y el mayor número de diagnósticos en el familiar. Tres cuartas partes de los cuidadores primarios relacionaron su padecimiento emocional con la presencia de esquizofrenia en su pariente, casi la mitad padecían un trastorno físico, donde se menciona la relación de las

manifestaciones somáticas, por un lado –como hipertensión, infartos cardiacos, entre otros– y los síntomas afectivos por otro –como depresión y ansiedad; así como, obsesión, compulsión y alcoholismo, fueron problemas de salud de familiares relacionados con la esquizofrenia de un pariente (16).

## MARCO DE REFERENCIA

Se ha observado que en ciertos grupos de padecimientos de orden crónico y con evolución incapacitante, la dinámica familiar es modificada en gran medida; la familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etc. y cuando se expone a momentos críticos que implican consecuencias, tales como la presencia de una enfermedad incapacitante en uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como cuidador directo, dicha modificación puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el síndrome del cuidador (13). La familia como sistema se ve afectada cuando uno de sus miembros sufre algún tipo de cambio vital; Bowen (1988) en su *Teoría de los Sistemas* concibe a la familia como un organismo, “*lo que ocurra a uno de sus miembros va a repercutir en todos los demás*” (17).

Las enfermedades crónico degenerativas son un grupo de trastornos heterogéneos y una causa importante de discapacidad y morbimortalidad, la tendencia de estos padecimientos es al aumento. Las estadísticas del INEGI (2015) señalan que la esperanza de vida México ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años, en 1970 ascendió a 61 años, en el 2010 fue de 74 y en el 2015 de 75 años (18). La tecnología y los avances en la medicina permiten a las personas vivir más años, incrementando la prevalencia de enfermedades crónicas, que constituyen la principal causa de discapacidad; además, se ha encontrado una estrecha relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad (12). Lo anterior implica que en el curso de la enfermedad el

paciente requiera el apoyo de una tercera persona, recayendo la responsabilidad de su cuidado principalmente en el grupo familiar.

La familia en su conjunto, hace cambios en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros presenta una enfermedad crónica, sobre todo si existe pérdida de la autonomía para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y por lo general, en una persona recae el cuidado del paciente (13).

El cuidador primario “es aquella persona que provee apoyo físico, emocional y financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no tener remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino” (19); la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”(11).

Al valorar el perfil del cuidador primario, se encuentran características de predominio femenino (66%), promedio de edad de 48 años, una tercera parte de estos tienen al cuidado a 2 o 3 personas y hasta un 30% tienen más de 65 años; se estima que el tiempo promedio al cuidado es 10.9 horas (1,13,16,19), sin embargo es necesario valorar el nivel de dependencia, la duración y gravedad de la enfermedad o trastorno y síntomas asociados a discapacidad y comportamiento de la persona cuidada, ya que se ha encontrado que los grados mayores de dependencia o discapacidad

aumentan la sobrecarga del cuidador y la posible aparición de trastornos mentales (19).

El “cuidador primario” se encontraría en la parte no visible de un iceberg, constituyendo la parte más importante y sólida en la prestación de cuidados para los pacientes con discapacidad en México. Los servicios formales (hospitales, centros de salud mental, atención primaria, servicios socio sanitarios, residencias asistidas...) participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas con trastornos mentales que viven en la comunidad; enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia en las distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, hechos que pueden ser el marco de presentación de ansiedad, depresión, alteraciones en el sueño, alteraciones de la alimentación, consumo de sustancias, aislamiento social u otras enfermedades (1,19).

En el cuidador primario es sobre quien recaen las responsabilidades y tareas del cuidado del enfermo, las cuales pueden alterar su equilibrio provocando agobio o estrés que está descrito en el “síndrome del cuidador” deviniendo en un “enfermo oculto”, a veces con consecuencias en su estado de ánimo y en la forma de relacionarse dentro y fuera de la familia (16). Esta situación se vuelve una carga creciente para los individuos involucrados que posteriormente genera agotamiento,

disminución en la calidad de vida tanto de los afectados por el trastorno mental como de sus cuidadores y que finalmente desembocan en la claudicación familiar.

En los cuidadores primarios las alteraciones de salud van desde sentimientos de carga hasta el sentimiento de opresión constante, compartiendo con el paciente, el agobio, agotamiento y la desesperanza; estudios evidencian que los cuidadores de personas con algún trastorno mental incapacitante tienen niveles auto percibidos elevados de carga emocional. Todos estos síntomas pueden verse reflejados en la atención de sus familiares, así como en el desarrollo de enfermedades físicas y trastornos mentales, aumentando la tensión de los miembros de la familia, lo que hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella. Si bien el nivel evidenciado de carga es alto en este grupo, su valor cambia entre regiones lo que sugiere que existen múltiples factores, relacionados al ámbito geográfico, social y cultural. Los síntomas asociados a discapacidad y comportamiento han demostrado que aumentan la sobrecarga del cuidador, sobre todo cuando se tiene a cargo pacientes con alteraciones motoras, deterioro cognoscitivo y depresión (19).

La sobrecarga del cuidador es cada vez más frecuente lo cual se ha descrito en la literatura internacional, pese a lo anterior falta mucho por estudiarse. Las características culturales de México hacen que los resultados de muchos estudios realizados en otras realidades, sobre todo en Estados Unidos y Europa, no puedan ser extrapolables a nuestra población. Para el Comité de Prevención de Trastornos Mentales de Washington D.C. (1994), el nivel de estrés que puede provocar el cuidado de un enfermo mental, no está claramente definido; sin embargo,

consideran que la carga puede ocasionar la aparición de trastornos como la depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de alimentación, el consumo de alcohol, nicotina u otras sustancias, enfermedades cardiovasculares y la violencia intrafamiliar (20).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es relevante realizar una evaluación de los cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia y Demencia que permita conocer el estado de los mismos para poder realizar intervenciones que puedan disminuir o prevenir mayores alteraciones en la salud de los cuidadores primarios y de forma secundaria en sus pacientes.

Sin embargo no hay suficientes antecedentes de este tipo de estudio en la población de familiares con afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que promueve un fértil campo de estudio que ayudará a evaluar la situación de familiares de pacientes con padecimientos mentales crónicos y en el futuro a la realización de intervenciones que favorezcan la salud mental de los mismos.

El presente estudio pretende identificar la frecuencia de trastornos Mentales de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y Demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación norte del Distrito Federal, esto podrá dar pie al establecimiento de programas en beneficio de los cuidadores primarios de pacientes con trastornos mentales de curso crónico, prevenir la aparición de trastornos mentales en los cuidadores primarios y en su caso poder brindar tratamiento oportuno; de esta forma es posible beneficiar la salud mental del cuidador primario, las condiciones del paciente y la dinámica familiar en todas sus vertientes.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION.**

## PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la frecuencia de trastornos mentales en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia y demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos?

## JUSTIFICACIÓN

En la práctica diaria se observa que algunos cuidadores, como consecuencia de su experiencia de cuidar, presentan actitudes y reacciones emocionales negativas, que pueden interferir tanto en su labor cuidadora como en sus relaciones con el enfermo y con los profesionales que le atienden. La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados a los enfermos, sin embargo, el proceso de cuidar es complejo, es necesario contar con conocimientos, habilidades, recursos, modificación de hábitos, de horarios, cambio de roles, reajustes cognitivos, adaptaciones a la realidad diaria y una inversión de tiempo proporcional al nivel de dependencia de la persona a cuidar, la dificultad de los cuidados y la duración de la enfermedad (16).

Es frecuente que los médicos dirijan la mayor parte de su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tomar en cuenta el contexto de la dinámica familiar que es donde se generan frecuentes cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores de pacientes discapacitados o con padecimientos incapacitantes.

El cuidado de un familiar enfermo implica una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los cuidados que brindará al paciente. La labor constante y prolongada del cuidador primario, produce con frecuencia astenia, fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de prioridad, estado depresivo, aislamiento social,

mayor automedicación, irritabilidad, falta de organización, pobre concentración y rendimiento (17).

Las repercusiones en el cuidador primario afectan múltiples esferas —emocional, social, estructural—, las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo. De la misma forma, se ha encontrado en distintos trabajos síntomas diversos de ansiedad y depresión, así como problemas de sueño, fatiga y alteraciones cognitivas. Existen estudios que han hallado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (6).

Las principales consecuencias negativas relacionadas con la salud son de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración, así como tasas de morbilidad mayores que el resto de la población con el consiguiente deterioro de su salud, además de cansancio físico, y falta de tiempo para el autocuidado debido a esta actividad (21).

Un cuidador con bienestar permite mejorar la calidad de vida y de los cuidados del paciente bajo su responsabilidad; los trastornos psiquiátricos son un grupo de enfermedades que pueden presentarse en el cuidador primario y complicar la atención a un tercero si se tiene la responsabilidad de velar por su bienestar. Un diagnóstico y tratamiento oportuno puede permitir mayor bienestar y disminución de la carga percibida tras la responsabilidad del cuidado de un paciente crónico, por lo que la detección y determinación de la magnitud del problema podrá permitir

generar estrategias y programas específicos para la detección y tratamiento temprano para permitir un mejor desenlace.

## **OBJETIVO**

### **GENERAL**

Identificar la frecuencia de trastornos mentales en cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

### **ESPECIFICOS.**

- 1.- Identificar los trastornos mentales que presentan los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos.
- 2.- Identificar los trastornos mentales que presentan los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.
- 3.- Identificar las características sociodemográficas de la población estudiada de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y demencia

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño:**

Estudio transversal, descriptivo

### **Lugar donde se realizó el estudio:**

Hospital de Psiquiatría Morelos en los servicios de Clínica de Esquizofrenia y Psicogeriatría, Hospitalización y Hospital de Día

### **Participantes:**

Cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y demencia que acudieron a los servicios de Clínica de Esquizofrenia, Psicogeriatría, Hospitalización y Hospital de Día del Hospital de Psiquiatría Morelos en el periodo de marzo a mayo del 2017.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### Inclusión:

- Ser cuidador primario de un paciente diagnosticado con demencia que acuda a alguno de los servicios de Clínica de Esquizofrenia, Psicogeriatría, Hospitalización u Hospital de Día del Hospital de Psiquiatría Morelos.
- Ser cuidador primario de un paciente diagnosticado Esquizofrenia que acuda a alguno de los servicios de Clínica de Esquizofrenia, Psicogeriatría, Hospitalización u Hospital de Día del Hospital de Psiquiatría Morelos.
- Aceptar participar en el estudio bajo consentimiento informado.

### Exclusión y Eliminación:

1. Solicitud de no continuar con la entrevista
2. Cuidadores Primarios que no completen la entrevista en más del 80%

\*Se consideró el tipo de vínculo y se controló estadísticamente

## TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se utilizó la fórmula para población infinita y tomando la prevalencia de 50% cuidadores primarios con algún trastorno mental, se realizó el cálculo de la muestra obteniendo un total de 96 cuidadores primarios. La muestra se tomó por conveniencia, de forma no aleatoria.

IC= 95%

n = 96.04

$Z_{\alpha} = 1.96$

p = 0.5

q = 0.5

i = 0.1

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$$

Donde:

n: tamaño muestral

n: tamaño de la población

z: valor correspondiente a la distribución de gauss,  $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$  y  $Z_{\alpha=0.01} = 2.58$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar, en caso de desconocerse (p=0.5), que hace mayor el tamaño muestral

q: 1 - p (si p = 70 %, q = 30 %)

i: error que se prevé cometer si es del 10 %, i = 0.1

**Murray y Larry (2005)**

## DEFINICION DE VARIABLES

<b>Nombre</b>	<b>Definición</b>	<b>Operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Medición</b>
Edad del cuidador	Años de vida que tiene el cuidador primario.	Años de vida que tiene el cuidador primario al momento de la aplicación de la encuesta.	Cuantitativa	Años
Edad del paciente	Años de vida que tiene el paciente.	Años de vida que tiene el paciente al momento de la aplicación de la encuesta a su cuidador primario.	Cuantitativa	Años
Sexo del cuidador primario	Sexo al que pertenece el cuidador primario	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa	Hombre/Mujer
Sexo del paciente	Sexo al que pertenece el cuidador primario	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa	Hombre/Mujer
Estado Civil del cuidador primario	Situación civil del cuidador primario encuestado	Pregunta sobre estado civil	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo
Trastorno Mental en el cuidador primario	Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor). a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	Dicotómica Nominal: Tiene o NO un trastorno mental	A) Trastorno Obsesivo Compulsivo B) Estado por Estrés Postraumático C) Dependencia de Alcohol-Abuso de Alcohol D) Dependencia de otras sustancias (No alcohol)

Nombre	Definición	Operacional	Tipo	Medición
	<p>aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.</p>			<p>E) Abuso de sustancias (No alcohol)  F) Trastornos Psicóticos  Trastornos del Estado de Animo con Síntomas Psicóticos  G) Anorexia Nerviosa  H) Bulimia Nerviosa  I) Trastorno de Ansiedad Generalizada  J) Trastorno Antisocial de la Personalidad  K) MINI  Entrevista neuropsiquiátrica  Internacional  Episodio depresivo Mayor –EDM con síntomas melancólicos (Opcional)  L) Trastorno Distímico  M) Riesgo de Suicidio  N) Episodio Maniaco  Episodio Hipomaniaco  O) Trastorno de Angustia  P) Agorafobia  Q) Fobia social</p>

Nombre	Definición	Operacional	Tipo	Medición
Trastorno Mental del paciente	<p>Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor). a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el</p>	<p>Diagnostico reportado por especialista Mediante DSM-IV</p>	<p>Dicotómica nominal</p>	<p>1.Esquizofrenia 2.Demencia</p>

Nombre	Definición	Operacional	Tipo	Medición
	individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.			
Tiempo de evolución del trastorno mental del paciente	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de trastorno mental del paciente	Número de años desde el diagnóstico de trastorno Mental del paciente	Cuantitativa	Años
Tiempo al cuidado del paciente	Tiempo que lleva el cuidador a cargo del paciente	Número de años que lleva el cuidador a cargo del paciente	Cuantitativa	Años
Tipo de vínculo del paciente con el cuidador	Lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen al proveedor de cuidados con el paciente	Pregunta sobre el tipo de relación con el paciente	Categórica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Padre/Madre</li> <li>2. Hijo</li> <li>3. Otro (Hermano/nieto)</li> <li>4. Cónyuge</li> </ol>

## **INSTRUMENTODE MEDICIÓN.**

### MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) Fue elaborada por Y. Lecrubier y cols. de la “Salpêtrère” de París y D. Scheehan y cols. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998; es una entrevista que se basa en los criterios para trastorno mental del DSM-IV; es una entrevista estructurada heteroaplicada (el médico la utiliza como base para llevar a cabo su interrogatorio) dividida en módulos que corresponde a los principales diagnósticos psiquiátricos, se encuentra disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, con módulos por categorías diagnósticas, con una duración de aplicación entre 15 y 20 minutos, fiable y fácil de usar tras un breve curso de formación. Incluye los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.

Esta entrevista no siempre es necesario aplicarla entera, ya que hay preguntas que dirigen al siguiente módulo cuando no se han cumplido los criterios iniciales del trastorno estudiado y su continuación resultaría improductiva. Facilita la identificación de síntomas que el paciente oculta o expresa con dificultad, bien por la propia patología psiquiátrica o por la vergüenza que puede sentir al admitir ciertos síntomas como ideas de suicidio, consumo de drogas, ideas obsesivas, etc. La inexistencia de pruebas biológicas específicas para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos obliga a que la evaluación de los mismos sea a través de la entrevista con el paciente.

En este proyecto se utilizó la versión en español (5.0.0) validada por L. Ferrando, J. Bobes y J. Gilbert en enero del 2000; que presenta una confiabilidad con Kappa de >0.75.

El objetivo de esta entrevista es la orientación diagnóstica. Los autores autorizan su uso libre con fines clínicos o investigadores a instituciones públicas o entidades sin ánimo de lucro (Anexo 1).

**PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la autorización del protocolo por parte del Comité de Investigación y Ética del Centro Médico Nacional “La Raza” (Anexo 3) se realizó lo siguiente:

Se procedió a enviar por escrito una carta de la jefatura de enseñanza a los Servicios del Hospital de Psiquiatría Morelos (Clínica de Esquizofrenia y Psicogeriatría, Hospitalización y Hospital de día) para su apoyo y notificación de la presencia de posibles participantes en el estudio, en el periodo comprendido entre marzo-mayo 2017.

El medico investigador acudió de manera personal a los Servicios mencionados para realizar las entrevistas a los cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia o Demencia que aceptaron participar en el estudio.

A cada participante se le explico de manera verbal los objetivos del proyecto y su realización, pidiendo su colaboración para responder a la entrevista, la cual fue aplicada por un Psiquiatra en formación de 4° grado.

Se entregó la carta de consentimiento informado (Anexo 2), una vez que el participante aceptó y firmó, se procedió a aplicar la entrevista en un consultorio del Hospital de Psiquiatría Morelos solicitado para fines de investigación.

Las entrevistas permanecieron en sobres cerrados hasta el momento del procesamiento de los datos y fueron archivados posteriormente, siendo los investigadores los únicos que tuvieron acceso a las mismas.

Se capturaron los resultados de manera anónima (Folios) en una base de datos, para posteriormente analizarlos con el paquete estadístico SPSS 24.0.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Una vez obtenidos los cuestionarios, se analizaron los datos con el programa SPSS 24.0 y se sometieron a un análisis de frecuencia para determinar la

presencia de trastornos mentales del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia o demencia.

Se describieron también los datos sociodemográficos obteniendo el rango de edad, sexo, nivel económico, nivel escolar, etc.

La asociación de los trastornos mentales y las características sociodemográficas que presentan los cuidadores de los pacientes con diagnóstico de demencia y con esquizofrenia se evaluaron mediante la prueba de Chi Cuadrado, cuando hubo menos de 5 sujetos, se corrigió por razón de verosimilitud.

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

El tipo de diseño en esta investigación fue observacional, lo que implica un riesgo mínimo. Esta investigación consistió en la aplicación de una entrevista en una única exposición, sin la necesidad de continuar con seguimiento del

paciente, aunque en caso de evaluarse necesario, se canalizó a atención especializada. Se consideró además la posibilidad de que los sujetos pudieran suspender su participación en cualquier momento

Se obtuvo el consentimiento (anexo 2) informado de todos los participantes. Se hizo hincapié en que la información recolectada era estrictamente confidencial y no afectaría de ninguna forma a su persona o a su paciente.

Este protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro Médico Nacional La Raza en Mayo de 2017; aunado a lo anterior, el presente estudio se ajusta a los principios plasmados en los siguientes documentos:

- ✓ Declaración de Ginebra (1948) y enmendada por la 22a. Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia (agosto de 1968).
- ✓ Declaración de Helsinki; de la Asociación Médica Mundial (1964) y actualizada por la misma asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset West y Edimburgo respectivamente.
- ✓ El presente estudio protege la intimidad y confidencialidad de la información; no pone en riesgo la integridad física, mental y social de los pacientes; incluirá sujetos que aceptarán firmando consentimiento informado de las características del protocolo; no afecta de manera adversa la salud de los participantes; de acuerdo con los principios éticos para las investigaciones de la declaración de Helsinki en su (59ª) asamblea más reciente de Seúl, Corea (Octubre de 2008), se ajusta al Reglamento de la Ley General de

Salud en Materia de Investigación; así como las disposiciones y normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Con confidencialidad absoluta para todos los participantes.

- ✓ En caso de encontrar algún Trastorno Mental en los Cuidadores Primarios se envió con referencia a algún servicio del Hospital de Psiquiatría Morelos como Consulta Externa, Clínica del Afecto, Psicogeriatría, Clínica de Adicciones, según las características y el requerimiento individual del Cuidador Primario para recibir tratamiento oportuno.

## RESULTADOS

Participaron 96 Cuidadores Primarios de pacientes con diagnósticos de Demencia y Esquizofrenia, de los cuales 3 no contestaron completamente la entrevista, por lo que fueron eliminados. Al final la muestra comprendió 93 participantes, 43 (43.2%) cuidadores de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y 50 (56.8%) cuidadores de pacientes con diagnóstico de Demencia. Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y demencia**

	Demencia <i>f (%)</i>	Esquizofrenia <i>f (%)</i>	$\chi^2$	p	Total <i>f (%)</i>
<b>Sexo</b>			1.51	.219	
Mujer	33(66.0)	23(53.5)			56 (60.2)
Hombre	17(34.0)	20(46.5)			37 (39.8)
<b>Estado Civil</b>			9.37	.009	
Soltero	11(22.0)	8(18.6)			19(20.4)
Casado/Unión Libre	35(70.0)	21(48.8)			56(60.2)
Divorciado/Separado/Viudo	4(8.0)	14(32.6)			18(19.4)
<b>Escolaridad</b>			1.68	.219	
Sin estudios	0(0.0)	2(4.6)			2 (2.1)
Primaria	16(32.0)	14(32.5)			30 (32.2)
Secundaria	20(40.0)	17(39.5)			37 (39.7)
Preparatoria	8(16.0)	5(11.6)			13 (13.9)
Universidad	5(10.0)	3(6.9)			8 (8.6)
C. técnica	1(2.0)	2(4.6)			3 (3.2)
<b>Religión</b>			.001	.911	
Católica	45(90)	39(90.7)			84 (90.3)
Cristiana	5(10)	4(9.3)			9 (9.7)

Continúa Tabla 1

	Demencia <i>f (%)</i>	Esquizofrenia <i>f (%)</i>	$\chi^2$	p	Total <i>f (%)</i>
--	--------------------------	-------------------------------	----------	---	-----------------------

<b>Responsable económico</b>			12.57	.012	
Entrevistado	30(60)	34(76.7)			64 (68.8)
Otro familiar	13(26.0)	2(4.7)			15 (16.1)
Unión de Hermanos	4(8.0)	7(16.3)			1 (11.8)
Pensión del paciente	3(6.0)	0(0.0)			3 (3.2)
<b>Ingreso mensual del cuidador</b>			23.91	.090	
1,000.00-5,000.00	12(24.0)	16(37.2)			28 (30.2)
6,000.00-12,000.00	30(60.0)	21(48.9)			51 (54.9)
Más de 12,000.00	8(16.0)	6(13.6)			14 (15.1)
<b>Residencia</b>			.121	.728	
CDMX	32(64.0)	29(67.4)			61 (65.6)
Edo de México	18(36.0)	14(32.6)			32 (34.4)
<b>Propiedad de la casa</b>			.547	.700	
Alquilada/Hipoteca	3(6.0)	4(9.3)			7 (7.5)
Propia	47(94.0)	39(90.7)			86 (92.5)
<b>Condiciones de vivienda</b>			5.21	.074	
Malas	0(0.0)	4(9.3)			4 (4.3)
Regulares	25(50.0)	22(51.2)			47 (50.5)
Buenas	25(50.0)	17(39.5)			42 (45.2)
<b>Número de hijos del cuidador</b>			2.34	.309	
0-2	32(64.0)	21(48.9)			53(57.1)
3-4	17(34)	20(46.5)			37(39.8)
4 o mas	1(2.0)	2(4.7)			3(3.2)

\*chi cuadrado con corrección por verosimilitud

En la tabla 1 se observa que en los cuidadores primarios predominan las mujeres (60.2% de los participantes), la media total de la edad de los cuidadores fue de 56.1 años, para el grupo de cuidadores de pacientes con esquizofrenia la media fue de 58.7 años y para el grupo cuidadores de pacientes con demencia fue de 53.8 sin encontrar diferencias significativas en ambos grupos, la escolaridad secundaria (39.7%), como orientación religiosa el catolicismo (90.3%), como lugar de residencia la Ciudad de México (65.6) y la mayoría con 0, 1 o 2 hijos (57%). El ingreso mensual en el 54.9% estuvo entre los 6,000.00 y 12,000.00 pesos, el 92% son propietarios de su domicilio y 50.5% mencionó que su casa se encontraba en regulares condiciones. Se observaron diferencias estadísticas significativas en el Estado Civil,

con el 60% de los cuidadores primarios de pacientes con Demencia casados y 21% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia divorciados ( $p=0.02$ ), así como con respecto al responsable económico del paciente, siendo el 68.8% del total de la muestra, los entrevistados, de los cuales el 60% de los responsables económicos de pacientes con diagnóstico de demencia correspondió a sus hijos y el 76.7% de los responsables económicos de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia fueron sus padres ( $p=0.01$ ).

La tabla 2 muestra el parentesco entre el cuidador y el paciente, así como el tiempo de cuidado del mismo, donde se observa una diferencia en la distribución del cuidador, se encontró que en los cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia fueron principalmente los hijos con 64%, mientras que en los pacientes con esquizofrenia fue el padre 65% ( $p=0.0001$ ), en relación a él tiempo de cuidado, se encontró que en el caso de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se encontraba una distribución simétrica en los distintos rangos de edad con una media de 17.1 años, mientras que en los pacientes con diagnóstico de Demencia se observó un predominio en los primeros 10 años posterior al diagnóstico correspondiendo a un 96% de los cuidadores con una media de 5.1 años ( $p=0.0001$ ).

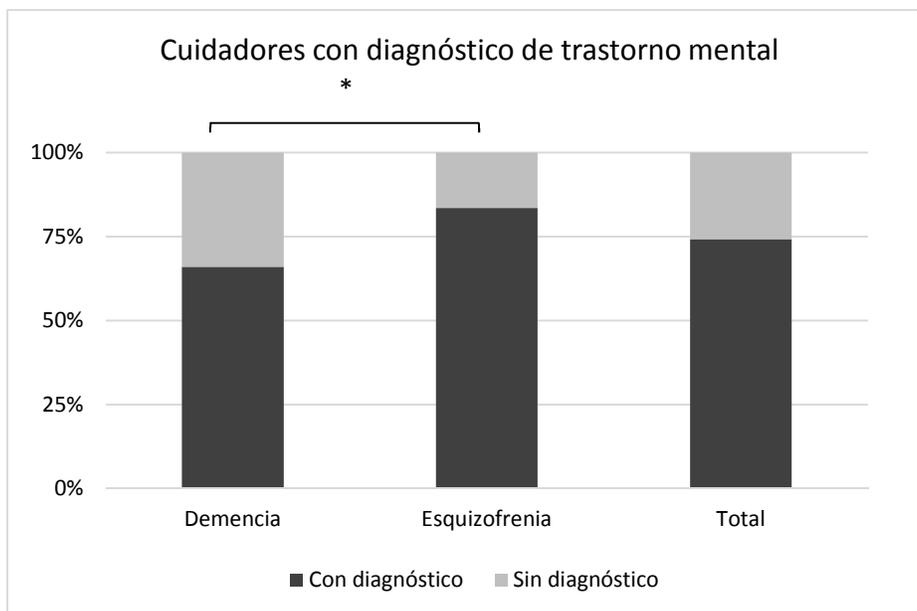
**Tabla 2. Características de la relación entre los cuidadores primarios y los pacientes**

	Demencia <i>f (%)</i>	Esquizofrenia <i>f (%)</i>	$\chi^2$	P	Total <i>f (%)</i>
			85.42	.0001	
<b>Parentesco con el paciente</b>					
Padre	0 (0)	28 (65.1)			28 (30.1)
Hijo(a)	32 (64)	2 (4.7)			34 (36.6)
Otro(Hermano(a)/Nieta)	0 (0)	13 (30.2)			13 (14.0)
Cónyuge	18 (36)	0 (0)			18 (19.4)
			55.21	.0001	
<b>Tiempo al cuidado de su paciente</b>					
1 a 10 años	48 (96)	15 (34.8)			63 (67.9)
11 a 20 años	2 (4)	15 (34.8)			17 (18.3)
20 años o mas	0 (0)	13 (30.3)			13 (14.2)

La tabla 3 y la figura 1 muestran la frecuencia de Trastornos mentales en los cuidadores primarios. Se encontró que del total de la muestra, el 74% presentaba algún trastorno mental; además de una diferencia estadísticamente significativa entre los cuidadores primarios de los pacientes con diagnóstico de demencia y esquizofrenia con respecto a la presencia de algún trastorno mental, con el 66% y el 83% respectivamente ( $p=0.05$ ).

**Tabla 3. Presencia de trastornos mentales en cuidadores primarios**

Frecuencia de Trastorno Mental cuidador primario	Demencia <i>f (%)</i>	Esquizofrenia <i>f (%)</i>	$\chi^2$	p	Total <i>f (%)</i>
Con Diagnostico	33 (66.0)	36 (83.5)			69(74.2)
Sin Diagnostico	17 (34.0)	7 (16.5)			24(25.8)
<b>N</b>	50	43	3.79	0.05	93 (100)



**Figura 1. Frecuencia de Trastorno mental en el cuidador primario de pacientes con Esquizofrenia y Demencia**

\* p 0.05

En la tabla 4 se muestra los trastornos más comunes en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de demencia y esquizofrenia. En el total de la muestra el diagnóstico más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada con 38.7% de los cuidadores primarios, el 30% con diagnóstico de episodio depresivo mayor, de los que el 16% eran recurrentes y en tercer lugar el 25.8% presentó diagnóstico de distimia; así mismo la dependencia a nicotina se encontró en el 29% de los pacientes y el abuso de etanol se encontró en el 9.7% de los pacientes. Al comparar a los grupos de cuidadores, se observó una diferencia con significancia estadística en el diagnóstico de distimia, el cual fue más común en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con 41.9% ( $p=0.01$ ).

**Tabla 4. Principales diagnósticos de los cuidadores primarios**

<b>Trastorno Mental en el Cuidador Primario</b>	<b>Demencia <i>f (%)</i></b>	<b>Esquizofrenia <i>f (%)</i></b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>	<b>Total <i>f (%)</i></b>
<b>Episodio Depresivo Mayor</b>	13 (26.0)	15 (34.9)	0.0006	0.981	28 (30.1)
<b>-Episodio Depresivo Mayor Recurrente</b>	5 (10.0)	10 (23.3)	1.19	0.273	15 (16.1)
<b>Distimia</b>	6 (12.69)	18 (41.9)	5.86	0.011	24 (25.8)
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b>	18 (36.0)	18 (41.9)	-	-	36 (38.7)
<b>Trastorno de Estrés Postraumático</b>	1 (2.0)	0 (0)	-	-	1 (1.1)
<b>Trastorno de Angustia</b>	9 (18.0)	6 (14.0)	1.36	0.244	15 (16.1)
<b>Dependencia a Nicotina</b>	12 (24.0)	15 (34.9)	0.09	0.820	27 (29.0)
<b>Abuso de Etanol</b>	4 (8.0)	5 (5)	1	-	9 (9.7)
<b>Fobia Social</b>	2 (2.2)	0 (0)	-	-	2 (2.2)

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de trastornos mentales en cuidadores primarios de esquizofrenia y demencia, se encontró un porcentaje de 74.2%, superando lo esperado del 46% al 59% de cuidadores primarios con algún trastorno mental reportado en investigaciones internacionales y nacionales (3, 12,16), hecho que impacta seriamente a la atención que se presta en los servicios de Psiquiatría dejando a un sector de la población sin diagnosticar y recibir tratamiento oportuno, hecho que puede repercutir en las distintas esferas del cuidador y en los cuidados otorgados a su paciente (1,3,16).

Muchas de las características sociodemográficas del estudio realizado son equiparables a otros estudios nacionales e internacionales; ya que, en los cuidadores primarios prevalecen mujeres, en su mayoría familiares de primer grado, (Hijos, cónyuges y padres) con escolaridad secundaria y casados, resultados similares a investigaciones realizadas en cuidadores primarios (9, 11, 19).

En las características del estado civil de los cuidadores, se encontraron diferencias con significancia estadística en los dos grupos de cuidadores primarios, con un mayor porcentaje de divorciados en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (20.9% contra 4%) y por otro lado los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de demencia con mayor porcentaje de casados (60% contra 39.5%) con una p-valor de 0.01; llama la atención que dentro de las entrevistas realizadas, estas señalaron que los cuidadores primarios de este estudio en situación de divorcio, atribuyen el enfrentarse a ser cuidadores primarios

como causa de su divorcio, hechos también reportados en la literatura internacional como consecuencias a nivel familiar (14,19,20).

La edad de los cuidadores en esta investigación se encontró con un promedio de 56.1 años para el grupo de cuidadores de pacientes con esquizofrenia la media fue de 58.7 años y para el grupo cuidadores de pacientes con demencia fue de 53.8 sin encontrar diferencias significativas en ambos grupos; observado en otras investigaciones un promedio de 65 años, en otros estudios la tendencia es que estos sean de edades menores, oscilando entre 48 y 50 años, sin embargo con porcentajes altos de cuidadores mayores de 60 años, lo cual puede ser explicado por la inversión demográfica en la que se encuentran la mayoría de los países en vías de desarrollo (16,19,20).

En cuanto a la relación entre el cuidador y el paciente, se identificó que la mayor parte de los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia eran los padres del paciente (64%) y en el grupo de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de demencia son hijos (65%), en ambos grupos de predominio femenino; así mismo, se encontró la relación del tiempo de cuidado y la patología del paciente, con un porcentaje del 96% del tiempo al cuidado de los pacientes con diagnóstico de Demencia entre 1 a 10 años, contra el grupo de cuidadores de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia el cual se repartió en los 3 grupos de 1 a 10 años, 11 a 20 años y 20 o más años con una p-valor de 0.0001, ambas situaciones están relacionadas al ciclo vital de los pacientes y la historia natural de la enfermedad de los 2 grupos estudiados; la demencia se

presenta en su mayor parte en adultos mayores, al contrario de la Esquizofrenia la que se presenta en adolescentes y adultos jóvenes (7, 8, 10, 11).

En otro ámbito, se observó que la frecuencia de trastornos mentales en los cuidadores primarios de ambos grupos de pacientes resultó más alta de lo esperado y de lo reportado en distintas investigaciones en donde se reporta del 46% al 59% con algún trastorno mental en el cuidador primario (3,12). Específicamente en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se encontró un porcentaje significativamente más alto (83.5%) con respecto al grupo de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de demencia (66%) a este respecto investigaciones de Rascón y cols. (2010) indican que los cuidadores primarios relacionan la presencia de trastornos mentales con el padecimiento de sus pacientes, además se encontró una correlación significativa entre mayor tiempo de evolución de la enfermedad y el mayor número de diagnósticos en el familiar (3,12,16).

Al hablar de los trastornos mentales específicos presentes en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de demencia y esquizofrenia, en este estudio se identificó como más frecuente el Trastorno de Ansiedad Generalizada con un 38% de los cuidadores, seguido de los trastornos Afectivos, predominando el Episodio Depresivo Mayor con 30% de los cuales el 16% son recidivantes, continuado de Distimia con 26% de los cuidadores de éste estudio; la distimia presentó una diferencia significativa estadística entre los grupos estudiados de cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y demencia; en el grupo de cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se encontró una mayor

frecuencia de distimia, lo cual puede ser explicado por el ciclo vital de los pacientes y la historia natural de la esquizofrenia, la cual permite al paciente vivir por largos periodos y por consecuencia, una mayor necesidad de cuidados en este grupo de pacientes (3, 7, 8, 12).

El consumo de sustancias fue mayor al de la población general en la dependencia a nicotina el que consistió en 29% de los cuidadores primarios de esta investigación, de acuerdo a la ENA 2011 que reporta un 21.7%; el abuso de etanol se presentó en el 10% de la muestra de nuestros cuidadores, en comparación con lo encontrado por Rascón y cols. 2010 quienes reportan 9.7%(16).

Esta investigación se fortalece en tener una muestra de cuidadores primarios mayor a la reportada en investigaciones anteriores, además se buscó ampliar la gama de trastornos mentales reportados y conocer con mayor profundidad a la población estudiada de la Delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social que acude a la UMAE Hospital de Psiquiatría Morelos; como limitaciones, se trata de un estudio Descriptivo que no cuenta con la robustez de un estudio controlado, sin embargo puede ser el antecedente de la realización de estudios más especializados y profundos del tema.

## **CONCLUSIONES**

Con los resultados del análisis anterior se identificó una frecuencia de trastornos mentales en tres cuartas partes de la población de cuidadores primarios de pacientes con diagnósticos de esquizofrenia y demencia, cifras más altas a lo esperado en relación a resultados encontrados en otros estudios. De esta forma es prioritario el poder realizar programas donde podamos evaluar, dar tratamiento y seguimiento al estado de salud mental de esta población para evitar el desarrollo de trastornos mentales y sus complicaciones, como en los cuidados a los pacientes con algún grado de dependencia, así como en el entorno del cuidador y su núcleo familiar.

Esta investigación puede ser el antecedente para realizar estudios más especializados y profundizar en el tema, hecho que beneficiara el conocimiento de los cuidadores primarios de pacientes crónicos y la manera de llevar a cabo el tratamiento de los pacientes y sus cuidadores.

En el mismo sentido, valdría la pena el poder orientar a esta población en cuanto a los cuidados de su paciente (técnicas de afrontamiento, búsqueda de redes de apoyo, terapia familiar, etc.); lo cual podría impactar de forma positiva tanto en los cuidadores como en los pacientes y el núcleo familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro Ramírez del Castillo OI, Morales Vigil T. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med IMSS*. 2008;46:485–94.
2. Roca Roger M, Úbeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Prim*. 2000;26(4):217–23.
3. Aldana G, Guarino LR. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Rev Psicol*. 2012;9(1):41–8.
4. Zuñiga Santamaría T, Rodríguez García R, Torres Pizano P, Mendoza Martínez L, Galicia Tapia J, Hernández Tapia N, et al. Prevalencia del agotamiento del cuidador primario en el servicio de geriatría. *Psiquis (Mexico)*. 2016;13:147–54.
5. Camacho L, Yokebed G, Jiménez A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el Tiempo de Cuidado. *Enferm Univ*. 2010;7(4):35–41.
6. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga Del Cuidador Principal De Pacientes En Cuidados Paliativos. *Argumentos Soc*. 2015;17(1):307–30.
7. Jaen Varas DC, Callisaya Quispecahuana EW, Quisbert Gutierrez HF. Evaluación de la Sobrecarga de los Cuidadores Primarios de Pacientes con Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría “Dr. José María Alvarado.” *Rev Méd La Paz*. 2012;18(2):21–6.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Esquizofrenia. Nota descriptiva.

2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
9. Nitrini R, Dozzi SM. Demencia: Definición y Clasificación. *Rev Neuropsicol Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2012;12(1):75–98.
  10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia. Nota descriptiva. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
  11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. *Organ Mund la Salud*. 2008;Ginebra.
  12. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Glob*. 2009;(16):1–11.
  13. Espín Andrade AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cuba Salud Publica*. 2012;38(3):393–402.
  14. Jerrom B, Mian I, Rukanyake NG, Prothero D. Estrés en los cuidadores primarios de pacientes con Demencia y predictores de la ruptura de la atención comunitaria. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993;8(4):331–7.
  15. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. Burden of disease, injuries, risk factors and challenges for the health system in Mexico. *Sal Pub Mex*. 2013;55(6):580–94.
  16. Rascón ML, Caraveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Rev Inv Clín*. 2010;62(6):509–15.
  17. Expósito Y. La calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes con

cancer. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2008;7(3):1–9.

18. INEGI. Esperanza de Vida. 2015. p. 1.  
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. GPC Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. Centro Nacional de excelencia Tecnológica en Salud, editor. México: CENETEC; 2015. 6-15 p.
20. Mrazek P, Haggerty R. Reducción de los riesgos para los trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervención preventiva. 1994. p. 14–2.
21. Rogero-García J. Consecuencias de la atención familiar sobre el cuidador: Una evaluación compleja y necesaria. Ind Enf. 2010;19(1):47–50.

## ANEXOS

### Anexo 1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

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

1

## MINI

### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

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

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

#### Versión en español:

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

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

2

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

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

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  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 y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

#### PRESENTACIÓN:

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

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

#### CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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

#### INSTRUCCIÓN 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., periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

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

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede 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 Paris, Francia  
Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59  
Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.  
IAP  
Velázquez, 156,  
28002 Madrid, España  
Tel.: + 91 564 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: mon06190@aol.com

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### A. Episodio depresivo mayor

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

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	=	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)? <small>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS</small>	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 periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	=	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
RECIDIVANTE**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

(\*\* SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, 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 SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?  Si NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?	NO	SÍ	12
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

A6	<b>Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en 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 en 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 SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ		
e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (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 MELANCOLÍCOS ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**B. Trastorno distímico**

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

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

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	18
B3	<b>Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

**C. Riesgo de suicidio**

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

¿CODIFICÓ SI 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	SI	
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>		
1-5 puntos	Leve	<input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto	<input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### D. Episodio (hipo)maniaco

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p>EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	<p>NO      SÍ      12</p> <p>↓           ↓</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p><small>(HIPOMANÍACO)      (MANÍACO)</small></p>								
<p>¿CODIFICÓ NO EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">NO</th> <th style="text-align: left;">SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	NO	SÍ	<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>	
NO	SÍ									
<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">NO</th> <th style="text-align: left;">SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>EPISODIO MANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	NO	SÍ	<b>EPISODIO MANÍACO</b>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>	
NO	SÍ									
<b>EPISODIO MANÍACO</b>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

**E. Trastorno de angustia**

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**F. Agorafobia**

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

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

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? NO SI 20  
*Agorafobia actual*

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SI EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SI

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SI EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SI EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SI

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SI EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO SI

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos vuelvan 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> compulsiones	4
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?		⇒ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	⇒ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO SÍ		6
<b>TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL</b>				

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**I. Estado por estrés postraumático (opcional)**

(= SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR 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 DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADAVER, MUERTE SUBITA DE ALGUIEN CERCAÑO A USTED, GUERRA O CALÁMIDAD NATURAL	NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera injusticia (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, 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 le pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 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**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**J. Abuso y dependencia de alcohol**

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

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

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

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

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

**Tranquilizantes:** Quaalude, 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 CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SOLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

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

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

### L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

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

				EXTRAÑOS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? <small>NOTAR: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACERCIO.</small>	NO	SÍ	1
	b	<b>Si SÍ:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	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	3
	b	<b>Si SÍ:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? <small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.</small>	NO	SÍ	5
	b	<b>Si SÍ:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	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	7
	b	<b>Si SÍ:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? <small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SE 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, BUENA O DISTRIBUCIÓN, ETC.</small>	NO	SÍ	9
	b	<b>Si SÍ:</b> ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ	11
		<small>LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:</small>			
		<b>Si SÍ:</b> ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	<b>Si SÍ:</b> ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

19

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

**M. Anorexia nerviosa**

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

M1 a ¿Cuál es su estatura?  pies   pulgadas  
  cm

b ¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?  libras  
  kg

c ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)? NO SI

En los últimos 3 meses:

M2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar? NO SI 1

M3 ¿A pesar de estar bajo peso, tenía ganas de ganar peso o ponerse gordo/a? NO SI 2

M4 a ¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? NO SI 3

b ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo? NO SI 4

c ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo? NO SI 5

M5 ¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4? NO SI

M6 SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)? NO SI 6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO SI  
**ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL**

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**N. Bulimia nerviosa**

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

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

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

NO	SI
<b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

¿CODIFICÓ **SI** EN N7?

NO	SI
<b>ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**O. Trastorno de ansiedad generalizada**

(= SIGNIFICA DE LAS CASELLAS DIAGNÓSTICAS, BODRAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL**

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

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

**P1 Antes de cumplir los 15 años:**

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

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

**P2 Después de cumplir los 15 años:**

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

**Referencias**

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Traducciones	MINI 4.4 o versiones previas	MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0
Africano		R. Emsley
Alemán	L. v. Denfler, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zyllosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Eslveno	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. Zemoedi
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. Ficinelli, 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, I. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, I. 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
Punjabí		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, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission. Los autores dan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre anorexia nerviosa y bulimia.

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

## Anexo 2. Carta de Consentimiento Informado

 <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b>  <b>Y POLITICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>  <b>(ADULTOS)</b></p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	PREVALENCIA COMPARATIVA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA Y DEMENCIA DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	N/A
Lugar y fecha:	Marzo-Mayo 2017
Número de registro:	R-2017-3501-43
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio tiene el objetivo de determinar la prevalencia de Trastornos Mentales en el cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y Demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos, así como la comparación de los trastornos mentales en los cuidadores primarios de pacientes con demencia y esquizofrenia.
Procedimientos:	Se aplicará la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional a los cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia y Demencia que deseen participar en el estudio
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos físicos ni mentales por mi participación en el estudio. Y solo le tomara un promedio de 25 minutos en contestar las preguntas que se le realicen
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados del presente estudio podrán establecer programas en beneficio de los cuidadores primarios de pacientes con trastornos mentales como Esquizofrenia y Demencia, para prevenir la aparición de trastornos mentales en el cuidador primario y en caso necesario poder brindar tratamiento oportuno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de que usted lo solicite se le proporcionaran sus resultados del presente estudio, y si presentara algún trastorno mental se le canalizara al servicio correspondiente en la especialidad de Psiquiatría
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte a mi paciente en este hospital o su tratamiento, si es el caso.
Privacidad y confidencialidad:	También se me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones, en cualquier modalidad, que deriven de este estudio; que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial; y que se me proporcionará la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>Investigador Dr. Miguel Palomar Baena. Investigador principal. . Tel. 5517316139 Correo electrónico: <a href="mailto:miguel.palomar@imss.gob.mx">miguel.palomar@imss.gob.mx</a> Matricula: 8708029</p> <p>Responsable: <a href="mailto:miguel.palomar@imss.gob.mx">miguel.palomar@imss.gob.mx</a> Matricula: 8708029</p> <p>Colaboradores: Dr. Hugo Alberto Andriano Vicencio: Tesista Tel: 5512910510 correo electrónico: <a href="mailto:scarface03italy@hotmail.com">scarface03italy@hotmail.com</a> Matricula: 98367472</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a></p>	
<p>_____  Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____  Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____  Testigo 1</p>	<p>_____  Testigo 2</p>
<p>_____  Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____  Nombre, dirección, relación y firma</p>

### Anexo 3. Dictamen de Autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación

México  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

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

IMSS

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3501 con número de registro 13 CI 09 002 149 ante COFEPRIS  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, D.F. NORTE

FECHA 25/04/2017

**DR. MIGUEL PALOMAR BAENA**

**PRESENTE**

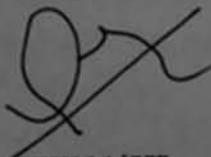
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Frecuencia de Trastornos Mentales en cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia y Demencia del Hospital de Psiquiatría Morelos**

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

Núm. de Registro
R-2017-3501-43

ATENTAMENTE



**DR.(A). ERNESTO ALONSO AYALA LÓPEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3501

IMSS  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL