



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

Psicopatología en familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad, en el área de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

MARIANO MENDOZA REY
Médico Residente de 4° año

ASESOR METODOLÓGICO:
Mtra. Juana Freyre Galicia

ASESOR TEÓRICO:
Dr. José Ibarreche Beltrán

Ciudad de México, Julio de 2018



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.

AGRADECIMIENTOS

Un objetivo más alcanzado, un sueño cristalizado; sin duda es momento de agradecer a Dios, a mi familia y a todos los que de alguna manera han hecho posible que el sendero que he recorrido haya sido más fácil.

A mis padres

Por acompañarme e impulsarme en éste camino, por siempre confiar en mí y ser mi más grande motivación y ejemplo de amor en la vida, transmitiéndome su confianza, apoyo y comprensión.

A Valentina

Por ser mi motor de vida, por las sonrisas y los ánimos incondicionales que me brinda, siendo un rayito de luz que me da ánimo en todo momento.

A mi abuelita Anita

Por sus consejos, confianza y amor en todo este recorrido y aunque no esté presente físicamente la llevo siempre en mi mente.

A mi abuelita Carmelita

Por estar siempre a mi lado y alentarme para lograr en todo momento mis metas con trabajo, esfuerzo y dedicación.

A los pacientes

Por ser el mejor libro y una fuente de inspiración.

A mis asesores y todos aquellos que hicieron posible la realización de éste proyecto.

Hago especial mención a la Maestra Juana Freyre, al Dr. Francisco Muñoz y a la Dra. Socorro González por su dedicación y apoyo para la culminación de éste trabajo.

INDICE

Resumen	4
Introducción	5
Marco teórico	6
Epidemiología del TLP	7
Etiología	8
Probables causas biopsicosociales del TLP	9
La terapia de grupo	11
Psicopatología en familiares con pacientes con TLP	13
Familias y prácticas de salud mental	15
Justificación	18
Planteamiento del problema	18
Pregunta de investigación	18
Objetivos	18
Muestreo y muestra	20
Criterios de selección	20
Instrumentos de medición	21
Procedimiento	21
Consideraciones bioéticas	22
Análisis estadístico	23
Discusión	27
Conclusiones	29
Bibliografía	30
Anexos	32

RESUMEN

Introducción. El Trastorno límite de la personalidad es caracterizado en el DSM-IV por la inestabilidad de las conductas interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos y por una notable impulsividad. Entre los factores que influyen en la evolución de la enfermedad mental encontramos como determinante el ambiente que rodea al paciente, ya que sea demostrado que está en relación directa con el comportamiento de la enfermedad, la remisión y las recaídas.

Objetivo. En este estudio se determinó la frecuencia de psicopatología en los familiares de los pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional; mediante un cuestionario autoaplicable SCID-II y una entrevista semi-estructurada M.I.N.I. versión 7.0.2 a los familiares de pacientes de la consulta externa con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.

Resultados. Se encontró psicopatología asociada en familiares con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad, con una mayor frecuencia en madres, con un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, en remisión y episodio depresivo mayor.

Conclusiones. La importancia de la detección oportuna de trastornos psiquiátricos en familiares con pacientes con diagnóstico de TLP, tiene su relevancia al considerar que la realización de un diagnóstico oportuno nos da la pauta para una adecuada intervención familiar y tratamiento específico para familiares con comorbilidad psiquiátrica asociada.

Palabras clave. TLP, frecuencia, familiares, psicopatología, M.I.N.I., SCID-II

TLP. Trastorno límite de la personalidad

M.I.N.I Mini International Neuropsychiatric Interview

SCID-II Entrevista clínica estructurada para los Trastornos de personalidad del eje del DSM-I

INTRODUCCIÓN

La psicopatología como base de la psiquiatría es fundamentalmente descriptiva, esta característica históricamente se ha relacionado con el estudio fenomenológico. Jaspers estableció como tarea cardinal de la fenomenología en psiquiatría la de describir tan claramente como sea posible, las variadas condiciones psicológicas experimentadas por el individuo. (1)

Entre los factores que influyen en la evolución de la enfermedad mental encontramos como determinante el ambiente que rodea al paciente, ya que se ha demostrado que está en relación directa con el comportamiento de la enfermedad, la remisión y las recaídas. El ambiente en primer término es la familia del enfermo, por lo que la dinámica familiar y básicamente el familiar directamente a cargo del paciente y en estrecha convivencia con el mismo tiene una influencia directa sobre el comportamiento de éste y de su enfermedad; esta influencia se da en dos direcciones, la enfermedad psiquiátrica tiene influencia sobre la dinámica familiar, sobre cuándo se han atravesado periodos agudos de la enfermedad y la estructura familiar no es muy adecuada. (2)

Existe una significativa influencia del medio ambiente familiar, independientemente del tipo de enfermedad mental presentada, ésta también tiene un impacto importante en los diferentes miembros de la familia; la enfermedad mental algunas veces es vivenciada como una pérdida que conlleva un proceso de reajuste continuo en donde son confrontados los miembros de la familia; la actitud de la familia hacia el paciente psiquiátrico actualmente puede ser medida por la emoción expresada; así también pueden valorarse los riesgos de morbilidad para enfermedades psiquiátricas en familiares de pacientes y en convivencia estrecha con los mismos. (3)

Por todo lo descrito anteriormente resulta relevante el poder hasta ciertos límites prever estas situaciones o por lo menos disminuir los riesgos de morbilidad al respecto, una valoración pertinente del familiar, además del paciente en tratamiento harían mejores las expectativas en relación a la evolución del padecimiento psiquiátrico.

MARCO TEORICO

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La personalidad surge o se forma a partir de disposición biológica o hereditaria, conocida como temperamento, que a su vez interacciona con disposiciones o influencias ambientales, las cuales van formando el carácter. Se dice que la personalidad está ya presente en la adolescencia o en las primeras etapas de la vida adulta. Así como pueden existir ciertas características de personalidad que benefician al individuo al momento de adaptarse a su medio, existen otras tantas características que pueden llegar a causar angustia o una alteración funcional. (2, 3)

Algunas de las características de los Trastornos de la personalidad son:

Patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas.

Se ponen de manifiesto ya sea en el área cognitiva, afectiva, de control de impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás.

Patrón persistente.

Engloban aquellas características de la personalidad que causan malestar de manera inconsciente al individuo, ocasionándole a sí mismo relaciones interpersonales problemáticas, dificultad para reaccionar ante episodios de estrés, así como una dificultad para responder y adaptarse a su entorno. (4)

Existen diversas clasificaciones o modelos para clasificar los diferentes tipos de personalidad, el modelo más utilizado actualmente es el modelo categorial, utilizado en el DSM-IV. Este modelo como su nombre lo indica, utiliza diferentes categorías, las cuales son específicas y permite una mejor clasificación entre médicos. Si bien desde el año 2013 fue publicado el DSM5, la mayor cantidad de bibliografía sobre los Trastornos de personalidad hasta la actualidad ha usado los criterios del DSM-IV. Éste incluye 10 trastornos de la personalidad, que se agrupan de la siguiente manera:

Grupo A: raro, excéntrico, que incluye a los Trastorno de la personalidad esquizotípico, esquizoide y paranoide.

Grupo B: dramático, emocional o caótico, que incluye a los Trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista y antisocial.

Grupo C: ansioso o temeroso, que incluye a los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo. (4)

Los trastornos de la personalidad llegan a presentarse en un 10-20% en la población general, siendo el más prevalente el Trastorno límite de la personalidad. (2, 4)

EPIDEMIOLOGIA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

En términos generales se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio. (5)

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con periodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo. En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral. (6)

DIAGNÓSTICO

El TLP es caracterizado en el DSM-IV (APA, 1994) por la inestabilidad de las conductas interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos y por una notable impulsividad. Para que se pueda diagnosticar el trastorno se han de cumplir al menos cinco de nueve criterios que versan sobre: a) esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario, b) patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, c) amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos automutilantes, d) impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto, e) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla, f) inestabilidad afectiva, g) sensaciones crónicas de vacío, h) trastorno de la identidad o imagen inestable de sí mismo, e i) ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos graves. En este grupo de síntomas se encuentran representados los tres tipos de respuesta de un individuo. Por un lado, la esfera comportamental, caracterizada por la impulsividad y las conductas autolesivas; por otro, el ámbito cognitivo, con ideas paranoides y con una autoimagen e identidad deterioradas; y, finalmente, un patrón fisiológico inestable.

Por lo que respecta a la CIE-10 (OMS, 1992), incluye un trastorno similar al límite pero denominado «trastorno emocionalmente inestable de la personalidad». En este caso, la categoría es dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos. Las dos variedades se denominan: a) tipo impulsivo, donde se manifiesta inestabilidad emocional y falta de control de los impulsos, comportamientos amenazadores y explosiones violentas, y b) tipo límite, que presenta una imagen de sí mismo alterada y poco definida, sentimientos crónicos de vacío, implicación en relaciones intensas e inestables que desencadenan crisis emocionales frecuentes, miedo al abandono y comportamientos autolesivos o amenazas suicidas. (7)

ETIOLOGIA

Los primeros intentos de explicar el desarrollo del TLP provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones más notables pusieron el énfasis en tres aspectos: 1) el papel de la «separación-individuación» y la ambivalencia que ello creaba; 2) una concepción de «insuficiencia» donde la clave era la presencia muy deficiente de la madre; y 3) la realización de abusos durante los años de formación del niño. Hoy día siguen manteniéndose algunas de las hipótesis propuestas por entonces, aunque con matices diferentes. Son muchas las teorías que resaltan el papel de los abusos sexuales o la ausencia de roles en la infancia, entre otros, en un posterior desarrollo del trastorno. (8)

Los factores etiológicos que se pueden identificar como marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad se pueden sintetizar en seis grupos; tres corresponderían a una naturaleza medioambiental: 1) separaciones en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas, y 3) experiencias de abuso infantil; los otros tres tendrían que ver más con una naturaleza constitucional: 1) temperamento vulnerable, 2) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos, y 3) formas sutiles de disfunción neurológica y/o bioquímica. (7,9)

Las investigaciones centradas en los grupos propuestos de naturaleza medioambiental ofrecen los siguientes datos:

1) Separación o pérdida parental: Entre un 37% y un 64% de los pacientes límite informan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia, lo cual, además de ser un aspecto común entre los sujetos con un TLP, parece ser también un factor discriminativo entre pacientes psicóticos, pacientes con trastornos afectivos o pacientes con otros trastornos de la personalidad.

2) Implicación parental alterada: Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad normalmente perciben la relación con sus madres como altamente conflictiva, distante o sin ningún compromiso o entrega afectiva. Sin embargo, la ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener el niño con su madre. Por otro lado, el hecho de no mantener relaciones adecuadas con ninguno de los padres, es un factor más específico y patogénico para el trastorno que tener enfrentamientos con uno solo.

3) Abuso en la infancia: Tanto el abuso físico como sexual en la infancia son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con el trastorno límite, aunque, en general, el primero de ellos no es significativamente más frecuente al compararse con sujetos controles. No ocurre lo mismo con el abuso sexual, ya que éste aparece, de forma consistente, con una significativamente mayor frecuencia entre los pacientes límite respecto a sujetos depresivos o con otros trastornos de la personalidad. (9)

PROBABLES CAUSAS BIOPSIICOSOCIALES DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Se han propuesto diversos factores que se han relacionado con las causas del desarrollo de Trastorno límite de la personalidad. Se cree que los factores causales del trastorno pueden ser multifactoriales: entre ellos, niveles bajos de serotonina en el sistema nervioso central; falta de apego temprano por maltrato infantil; alteraciones en los procesos de separación-individuación; o ser sujeto de abuso sexual en edad temprana (10). Se señalan aspectos genéticos sobre el trastorno, encontrando una concordancia del 7 al 35% entre gemelos dicigotos y homocigotos respectivamente, además de disfunciones cerebrales principalmente a nivel fronto-límbico; así como en el área orbito-frontal, dorso-lateral y pre-frontal de la corteza, esto hasta el momento no ha sido contundentemente comprobado. (11, 12, 13)

Kandel, ha brindado aportaciones de demostración científica a la psicoterapia, quien reafirma que es innegable que estímulos ambientales modifican la fisiología cerebral y bajo la misma lógica neuroplástica, estímulos brindados en psicoterapia brindan una respuesta similar. (14)

El trastorno límite de la personalidad cuenta con constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. Como son las experiencias vitales adversas tales como “abuso sexual y físico”, ambientes hostiles o circunstancialidad desfavorable, en especial de forma crónica, pueden activar el sistema hipotálamo-pituitario-adrenal. Los esteroides adrenales interactúan con el sistema serotoninérgico; los corticoesteroides generan un proceso llamado: regulación a la baja de los receptores serotoninérgicos; la acción parasimpaticolítica en conjunto con incrementos dopaminérgicos y bloqueo, donde es capaz de inducir síntomas disfóricos y disociativos en los pacientes con TLP (15).

Los niveles de 5-HIAA metabólico de la serotonina están reducidos en el líquido cefalorraquídeo en respuesta al bloqueo crónico durante el desarrollo cerebral y mediado por productos esteroideos. Estudios por imagen como los realizados por Friedel, (2004) y Guendelman (2014) detallan una reducción de la respuesta serotoninérgica en las áreas límbicas posterior a la descarga afectiva; reducción de la triptófano hidroxilasa y del transportador de serotonina, cambio en los receptores 5-HT1b, 5-HT1a, 5-HT2a los cuales están asociados a impulsividad. (13, 16)

Paris (2000), refiere que la aparición del trastorno límite de la personalidad probablemente se deba a la participación del componente biológico aunado a ciertas deficiencias durante la crianza. Este autor, las clasifica en cuatro posibilidades: la primera de ellas se enfoca en que los problemas en el apego con los padres serán más severas en pacientes con TLP que en aquellos que no tienen el trastorno; una segunda posibilidad podría ser que se presente en una etapa específica del desarrollo del TLP, una alteración, como podría ser una falla en la crianza; la tercera perspectiva refiere la interacción entre la vulnerabilidad constitucional y la experiencia infantil. Y por último si llegará a resultar alguno de los hijos con TLP, podría ser: a) más vulnerable a la falla parental por un incremento de la insensibilidad; b) presentar una necesidad inusitada al afecto parental que no podría ser dada por padres negligentes o; recibir menos afecto por una baja socialización. Es decir, los factores constitucionales podrían producir una respuesta patológica ante la negligencia, esta puede ser la inestabilidad afectiva y/o impulsividad combinada con un componente biológico en uno de los hijos que presente el TLP. (17)

Es posible que dicha falla en el apego parental entre los padres y pacientes con TLP, pudiera darse entre la interacción con otros traumas específicos de la infancia. Las interacciones pueden actuar de dos maneras, en abuso físico y sexual; que pudieran producir problemas en el apego, o el abuso podría ser el resultado, de un inadecuado apego que imposibilita el desarrollo del autocuidado, probablemente se deba a la dificultad para leer o interpretar una relación afectiva sana de una relación afectiva de abuso, por los códigos afectivos poco claros que se han incorporado durante el desarrollo y por la relación parental de insensibilidad. (17)

También Masterson (2000), observa que este tipo de pacientes crecen con una madre diagnosticada con TLP. Aclara que la madre habiendo sido incapaz de separarse de su respectiva madre, promueve la relación simbiótica con su hijo, o desea tener una relación de sobreprotección, que favorece la persistencia de la dependencia a fin de mantener su propio equilibrio emocional, siendo incapaz de manejar la individualidad emergente del hijo, pues esto la amenaza, para tal objetivo, despersonaliza al hijo, no puede verlo tal como es, sino que proyecta sobre él, la imagen

de uno de sus padres o de una hermana o hermano, percibe a su hijo como un niño perpetuo, o como un objeto, y lo usa para defenderse contra sus propios sentimientos de abandono. (18)

Los padres con negligencia emocional en consecuencia, serán incapaces de responder a la individualidad en el desarrollo del niño, comportándose negligentes afectivos y éste aprenderá a dejar de lado algunas de sus propias potencialidades, para preservar su fuente de suministros, que está en la madre. Entonces, tiende la madre a aferrarse a su hijo para impedir la separación, devaluando todo avance hacia la individualización y el desarrollo autónomo, mediante el retiro de su apoyo y la sobreprotección, por lo que interfiere con la separación para mantener a su hijo cerca de ella, estas acciones se intensifican durante la fase de separación-individualización. Según esta teoría, entre las edades de uno y medio y tres años, se desarrolla un conflicto en el niño, entre su propio impulso evolutivo hacia la separación-autonomía y la ambivalencia en el retiro de los suministros emocionales y la sobreprotección por parte de su madre, debido a su negligencia emocional. (18,19)

Para el desarrollo emocional del ser humano se debe considerar la unión psicológica entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general resulta ser su madre. El llanto y la risa son elementos de la comunicación afectiva que propician el contacto entre los niños y las personas que los cuidan. Es un vínculo que proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Diversas investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado, dificulta el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida. (20,21)

Ese conflicto inicial representa la cimiento de los sentimientos de abandono, sumamente típicos en los pacientes con TLP y cuyas consecuencias son de alto riesgo. Al mismo tiempo se ha comprobado que no todos los pacientes con TLP, tienen madres con TLP, por lo tanto es importante ubicar la atención en la parentalidad como un factor condicionante o asociado en el desarrollo de este diagnóstico, y no como determinante, y así mismo abrir la posibilidad de investigaciones al respecto. Por esta complejidad en la relación madre-paciente se recomiendan diversos abordajes terapéuticos para el desarrollo de potencialidades, como es la intervención grupal psicoeducativa. (18,20)

Es probable que cuando se registren procesos traumáticos durante la infancia, como pueden ser abusos físicos, o mal nutrición, resulte un problema en el desarrollo y el comportamiento en la edad adulta. Estas experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro. (20)

Dentro de las manifestaciones clínicas de las enfermedades mentales podemos hablar de síntomas biológicos y psicosociales. Entre los primeros se habla de los síntomas y signos propios de la enfermedad que se trate. Entre los segundo se habla de síntomas y signos psicológicos, conductuales y sociales comunes a varias enfermedades, ya que básicamente se trata de la respuesta a la enfermedad. Ambos grupos de síntomas pueden ser desencadenados y exacerbados en frecuencia y severidad por algunos factores psicosociales que, al igual que la respuesta a la enfermedad, pueden adquirir la entidad de varias entidades psiquiátricas y manifestarse como síndromes clínicos, específicos o no, que integran la comorbilidad psicosocial, y que se pueden presentar en forma individual o concurrente. (21)

Dentro del estudio de la crianza de los hijos existe otra teoría llamada el apego seguro, la cual explica la importancia de la presencia del apego seguro y adecuado. Bowlby (1993) explica que cuando se presenta una falla en el momento de proporcionar y desarrollar un apego seguro, conlleva a un sinnúmero de alteraciones psicopatológicas. (21, 22)

LA TERAPIA DE GRUPO

La terapia de grupo es una actividad surgida en el siglo XX. La psiquiatría le debe a Joseph Pratt, médico internista quien desde 1905 realizaba sesiones de lectura para pacientes tuberculosos de manera ambulatoria, los primeros ensayos de lo que se conoce hoy sobre terapia de grupo. Posteriormente realizó dichas sesiones en pacientes diabéticos y neuróticos. Edward Lazell, psiquiatra, adapta dichas pláticas para aplicarlas a pacientes esquizofrénicos en un hospital de Washington D.C. (23)

La utilización de pequeños grupos para el tratamiento de problemas de personalidad inicia en EUA aproximadamente a principios de la década de 1930. El iniciador fue Louis Wender quien manejo pacientes en base a conceptos freudianos sobre psicología de grupo con interpretaciones de la transferencia familiar; continuo la experimentación Paul Schilder quien fue considerado uno de los pioneros de la psicoterapia analítica de grupo debido a su interpretación de la transferencia y de los sueños; posteriormente Jacob L. Moreno inicia lo que hoy se conoce como psicodrama. La terapia de grupo toma a partir de los años 50 un importante auge, comienza aplicarse a diversos grupos de pacientes, tanto en hospitales generales como en psiquiátricos, cárceles, correccionales, etc. Dicho auge permite durante esa década y la siguiente apuntalar diversas teorías psicodinámicas solidas dentro de la terapia de grupo. (23, 24).

LA TERAPIA DE GRUPO EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

El proceso de psicoterapia grupal impartido en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, consta de dos etapas; la primera etapa llamada "Grupos de valoración", tiene el objetivo general de corroborar el diagnóstico y evaluación de los pacientes en el contexto grupal, generar y fortalecer conciencia de enfermedad, generar una demanda realista hacia la psicoterapia, facilitar la aceptación hacia el rol de paciente y promover la elección de objetivos de trabajo (Focalización); lo anterior mediante un contrato de 8 sesiones fijas en día, hora y lugar, una vez por semana con una duración de una y hora y 45 minutos aproximadamente. No se puede faltar más de una vez a la terapia y si el paciente está en crisis se excluye del grupo, siendo canalizado con su médico tratante o a urgencias según el caso; además cada paciente se encuentra bajo tratamiento farmacológico establecido por su médico tratante. El modelo teórico está basado en la psicoeducación, se utilizan técnicas y recursos psicodramáticos así como gestálticos y cognitivos, con sesiones estructuradas así como una posición directiva por parte del terapeuta. Los grupos de valoración son abiertos, se integran de 10 a 15 personas, todas canalizadas por el servicio de consulta externa. Cada una de las 8 sesiones tiene su nombre y objetivos específicos a cumplir, al finalizarlas se envía al grupo a la segunda etapa, cabe mencionar que la etapa de valoración es cuando existe el mayor número de abandono del programa de psicoterapia de grupo para TLP.

La segunda etapa consiste en el modelo terapéutico de "Trabajo", tiene una duración de dos años (80 sesiones), una vez por semana, con una duración de 90 minutos por sesión, los grupos están compuestos por 12 personas máximo, el objetivo general de esta etapa es apoyar al paciente para aceptar el trastorno y brindarle recursos (yoicos) para el manejo de su conflicto. Existen tres fases en la etapa de trabajo, estas son: de cohesión grupal, de trabajo, propiamente dicha y de cierre; se emplean técnicas expresivas de apoyo, interaccional, lecturas psicodinámicas de los diversos fenómenos grupales centradas en el aquí y el ahora del grupo, cognitivo conductual para la elaboración de las diversas ansiedades en las que cae el grupo de terapia y dinámicas grupales para movilizar al grupo en caso de que manifieste grandes resistencias. En un primer paso se pretende la cohesión y la consolidación del grupo, en un periodo de 3 a 6 meses aproximadamente; posteriormente viene la fase denominada de trabajo, con duración de 12 a 16 meses que se centra en el manejo de "temas focalizados" por el grupo (centrado en 5 puntos: desregulaciones afectivas, impulsividad, relaciones interpersonales, conflictos de identidad y sus alteraciones cognitivas y las "ansiedades" del paciente (de desintegración, de pérdida de objeto, pérdida del amor del objeto y ansiedad de castración) con el empleo de fenómenos grupales como espejeo, transferencias y contratransferencias, roles, liderazgos, etc.; finalmente se da un tercer momento denominado de cierre, con dos meses de duración aproximada, y se realiza de forma individual en el momento en que el paciente cumpla con el tiempo establecido en la terapia. Se informa al paciente y al grupo que está por concluir su ciclo manejando las diversas respuestas que pueda tener ante este evento. Todo el programa permite tener mayor experiencia emocional, a través del grupo, para el fortalecimiento de la personalidad, que implica un adecuado funcionamiento yoico que permite mecanismos más adaptativos para afrontar los conflictos vitales. (24)

PSICOPATOLOGIA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Las familias borderline

Se describe una mayor incidencia de problemas de salud mental en familiares de personas con TLP. La mayor prevalencia de trastorno bipolar en familiares, puesta de manifiesto en varios trabajos de investigación y la incidencia aumentada de alcoholismo y abuso de sustancias, son una muestra de ello. Otros estudios como los de Torgersen y colegas con gemelos reportan una fuerte heredabilidad (0.52-0.69) para TLP. (25, 26)

Un apartado especial requiere el tema del abuso. El abuso físico, sexual y psicológico (invalidación y negligencia) –clasificación siempre confusa– afecta a gran parte de la población general, especialmente a las mujeres. También se ha observado que muchos diagnósticos del eje I del DSM IV presentan este antecedente. Pero el abuso sexual es señalado por Linehan como un caso paradigmático de invalidación. “En el escenario típico del abuso sexual, el abusador le indica al niño que el contacto sexual está bien y que debe tolerar las molestias, pero que no debe decírselo a nadie. El abuso es raramente conocido por otros miembros de la familia y, si el niño denuncia el abuso, corre el riesgo de ser desmentido o culpado. Es difícil de imaginar una experiencia más invalidante para un niño”. Las evidencias de que los y las consultantes con TLP han tenido historias de abuso infantil y adolescente son tan extensas que se ha llegado a suponer que este desorden se trataría de una forma de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, término preferido por algunos especialistas como van der Kolk y Herman. Este antecedente, sumado a cierta evidencia de que el abuso es habitualmente intrafamiliar, complica las aproximaciones psicoeducativas y dispara procesos familiares difíciles pero no por ello innecesarios. No hay hasta el momento descripciones certeras de tipos de vínculos que caractericen específicamente las familias con un miembro con TLP. Aun así Marsha Linehan observó tres tipos de familias, como resultado de su extensa experiencia clínica: (27, 28)

1. Las familias caóticas: En éstas pueden haber problemas de todo tipo, como abuso de sustancias, problemas financieros graves, padres ausentes gran parte del tiempo y, en general, poca atención y tiempo para los niños. Las necesidades de ellos son consecuentemente invalidadas o desatendidas. Millon sugiere que esta modalidad es una “causa” del aumento de la casuística de TLP aunque no existen evidencias de ello hasta el momento.

2. Las familias perfectas: En ellas los padres, por una u otra razón, no pueden tolerar las demostraciones de emociones negativas de sus hijos. Esto puede ser el resultado de varias cosas: padres muy exigidos por otras instancias, falta de habilidad en la tolerancia de afectos negativos, muy concentrados en sí mismos, o temor a malcriar un hijo con temperamento difícil. Alguna de estas familias perfectas logran tener empatía con su miembro TLP, pero se sorprenden de que “no pueda controlar sus emociones” o confían que “con voluntad, lo va a resolver”.

3. Las familias típicas: Linehan refiere que la cultura occidental tiende a enfatizar el control cognitivo de las emociones. El self, un artefacto altamente individual, se define por una diferencia entre el self y los otros. El autocontrol se refiere en este contexto a la habilidad de la gente para controlar su propia conducta con sus propios recursos “internos”. Estas estrategias de control de sí son aprendidas y puestas en práctica por casi todos, con cierto éxito evolutivo. Pero funciona sólo cuando funciona. Algunas otras personas parecen carecer de esta destreza o no pueden aprenderla, o simplemente perciben excesivamente los inputs (internos o externos). Se pueden observar familias con hijos con diferentes temperamentos a los que se impone la normativa. En personas emocionalmente muy vulnerables y reactivas, los contextos invalidantes suelen ser una forma segura de generar problemas. Muchos niños y niñas con temperamentos difíciles de calmar, y con persistentes problemas de atención pueden sobrepasar, amenazar y desorganizar a padres que en otras situaciones serían eficaces.

Muchas de las conductas de las personas con TLP son vistas como contradictorias e imprevisibles. Muchas veces la persona con TLP es percibida por el entorno como muy cambiante en sus opiniones, arbitraria y, aun, como manipuladora. Cuando no se conocen los motivos que dan lugar a las conductas, los familiares las interpretan según lo que el sentido común les dicta. Y las respuestas son con frecuencia invalidantes. Para comprender esas conductas es necesario tener en cuenta que muchas de ellas tienen motivaciones, de las cuales la persona con TLP apenas es consciente; y tienen más bien la función de protegerse frente a un intenso dolor, que la de herir a otros. Hay habitualmente una discrepancia entre lo que experimenta o siente la persona con TLP y cómo es vista al reaccionar ante sus experiencias internas dolorosas, las cuales son muy intensas y para las que no posee modelos aprendidos o estrategias apropiados para modularlas más adecuadamente. Si bien lo que caracteriza habitualmente la experiencia interna de las personas con TLP es un sentimiento de temor, desesperación, inadecuación y falla o defecto personal, las caras visibles de estos sentimientos son muchas veces la ira y conductas impulsivas, productos de la desesperación. De este modo, los individuos con TLP se vuelven “invisibles”, quedando a la vista sólo la fachada: un conjunto de reacciones y conductas inapropiadas, desproporcionadas, que son leídas como agresivas y manipuladoras, y producen intenso dolor en los otros significativos. Esto lleva a respuestas que terminan siendo invalidantes, como el señalar esas conductas como “enfermas” o “locas”, lo que nuevamente desestima la experiencia interna de la persona con TLP. Las personas con TLP son altamente reactivas a las situaciones interpersonales. Esto sucede especialmente cuanto mayor es el compromiso afectivo. Como perciben el mundo como si fuese peligroso, desarrollan un estado de defensa y de alerta permanente. Por otro lado creen ser impotentes y vulnerables, con lo cual se sienten profundamente desamparadas. Ambas creencias generan un estado de vacilación entre la autonomía y la dependencia. Puede decirse que las personas con TLP tienen un dilema constante, crónico, entre defenderse de los otros y necesitar imperiosamente de su presencia y apoyo. Cuando esta oscilación es percibida por los demás, genera mucha confusión e impotencia. Cuando la persona con TLP está comprometida en una relación muy cercana – como por ejemplo en una relación de pareja– puede sentirse rápidamente defraudada en cuanto a sus expectativas de muestras de amor y cuidado. Cuando percibe una amenaza (real o no) de que la relación deja de ser segura y confiable, la ansiedad aumenta y puede llegar a tener conductas desesperadas. Por lo general, los demás ven estos comportamientos como excesivos

o poco apropiados, y sus respuestas muchas veces son invalidantes y favorecen la sensación de abandono o de rechazo en las personas con TLP.

Es frecuente que los familiares y allegados se sientan engañados o manipulados, aun cuando no sea ésta la intención de las personas con TLP. Es muy importante distinguir entre la verdadera intención de una conducta y sus efectos. Todos estamos acostumbrados a descubrir la intención de una conducta en los efectos que esa conducta tiene. Pero, sin lugar a dudas, no siempre nuestra interpretación es exacta y puede diferir de la intención de las otras personas. Por ejemplo, cuando una persona con TLP tiene una acción (como amenazas de suicidio) la motivación puede ser la desesperación de evitar el abandono que es vivido como inevitable y catastrófico, pero la conducta es vista por los demás como manipuladora.

¿Cómo afecta el comportamiento de las personas con TLP a quienes las rodean?

En muchas situaciones angustiantes e imprevisibles en la relación con una persona con TLP, los familiares y allegados no comprenden qué está pasando. Se preguntan con frecuencia qué están haciendo mal o qué podrían cambiar para mejorar la situación. La gente que está expuesta al comportamiento TLP puede, sin saberlo, transformarse en parte del trastorno. Amigos, parejas y familiares usualmente toman ese comportamiento como una cuestión personal y se sienten atrapados en un círculo de culpa, depresión, furia, negación, aislamiento y confusión. Tratan, entonces, de afrontar la situación de maneras que no funcionan en el largo plazo o que empeoran la situación. Mientras tanto, el comportamiento de la persona con TLP se ve reforzado porque quienes interactúan con ella aceptan la responsabilidad por sentimientos y acciones que en realidad no les corresponde. (25, 28)

Familias y prácticas de Salud Mental

Existen diferentes tecnologías o modos de trabajo con familias, bien cuando el motivo de la consulta tenga o no relación con la misma. El debate sobre la utilidad de las intervenciones familiares parece aún no tener fin –las variables a controlar lo hacen tremendamente complejo–. Aunque nadie parece dudar ya de la importancia de la red del o de la consultante a la hora de iniciar un tratamiento, sí parece haber grandes diferencias a la hora de organizar aquella tecnología. Aun así, partimos de la idea de que el desorden límite de la personalidad es una enfermedad relacional. En términos generales no existen evidencias de que la terapia de familia como es tradicionalmente concebida –encuentros regulares con miembros de la red de un o una paciente identificada– tenga efectos beneficiosos con los y las consultantes TLP. El desarrollo de los modelos de psicoterapia familiar intensiva desarrollados en los años 70 y 80 fracasaron ya que, según los resultados, las personas con TLP terminaban con severas dificultades en el manejo de la ira y en una pelea constante con sus familiares o allegados, y estos últimos sintiéndose injustificadamente acusados. Este cambio puede ser observado a lo largo de los escritos de algunos autores como Gunderson entre otros. De todos modos, la práctica de la entrevista familiar es una tecnología muy frecuente en la práctica clínica contemporánea con personas con TLP. A continuación revisaremos algunas sugerencias generales para su inclusión en los tratamientos y, posteriormente, observaremos algunas con mayor detenimiento.

1. Transformación de la queja en un problema Muchas familias tienden a tener dificultades en transformar una queja en un problema. La metáfora sugerida es que “los problemas tienen solución y esa solución requiere compromiso de realizar acciones, mientras las quejas no”. El inicio de un tratamiento debe implicar disposición al cambio y esta disposición requiere de esta transformación inicial.

2. La psicoeducación como una redefinición

La psicoeducación es una herramienta que, a través de brindar información valiosa –tanto a los pacientes como a los familiares– permite adquirir cierta sensación de dominio sobre un proceso vivido como caótico y aparentemente ingobernable. Esto va asociado a una disminución del miedo, la angustia, y la confusión que, a veces, puede liberar energías que serían mejor empleadas en la tarea de hacer frente a la enfermedad y sus ramificaciones. El modelo psicoeducativo postula la necesidad de generar la capacidad de afrontar con la mayor eficiencia posible las manifestaciones o las alteraciones conductuales de un determinado trastorno o enfermedad. En sentido amplio, esto no implica sólo el conocimiento de las características, evolución, pronóstico y formas de abordaje terapéuticos de un determinado trastorno. Comprende principalmente la generación de una serie de habilidades, entre las cuales se encuentran: la aceptación del problema; la identificación de las manifestaciones y de los factores probablemente relacionados a su aparición, exacerbación o mantenimiento; formas de entender las manifestaciones de la enfermedad; y modos de acción que ayuden a hacer frente con la mayor eficacia posible a dicha problemática. Es en este sentido amplio que diferentes tradiciones psicoterapéuticas podrían considerarse maneras de abordaje psicoeducativas e incluir la modalidad eficazmente en su agenda. El taller psicoeducativo es un dispositivo del modelo en el que se comparte la información científico técnica que los profesionales poseen sobre un determinado trastorno con los y las pacientes y sus familiares y allegados. Estos talleres pueden ser de naturaleza individual, grupal o multifamiliar en su modo de implementación.

3. La reducción de la Emoción Expresada

La alta emoción expresada se estableció, en numerosos estudios, como un factor de riesgo de recaídas. Este índice indica el nivel de actitudes críticas, hostiles y de sobreinvolucramiento que poseen los familiares de una persona afectada por una enfermedad de evolución crónica. Se mide a través del número de comentarios que expresan los familiares y allegados de un o una paciente en una entrevista semi-estructurada. (27, 29).

Pruebas diagnósticas

Las pruebas diagnósticas son elementos útiles en psiquiatría porque permiten la evaluación rápida y estandarizada de múltiples individuos en ambientes clínicos y no clínicos.

La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV, la cual puede ser utilizada por psiquiatras y médicos no psiquiatras. Fue diseñada en 1992, con el objetivo de generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como demuestra la versión

mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica. Esta prueba ha sido utilizada en múltiples estudios, donde se han evaluado a poblaciones no clínicas como estudiantes de medicina, poblaciones ambulatorias con diagnóstico de trastorno depresivo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, e incluso para evaluar la presencia de trastornos psicóticos en pacientes con trastorno límite de personalidad. (30, 31, 32, 33).

Por otra parte, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista semiestructurada que puede usarse para formular diagnósticos de forma tanto categorial como dimensional. Esta escala ha sido ampliamente utilizada en múltiples tipos de poblaciones, de manera que resulta útil aplicarla a individuos que ya cuentan con un diagnóstico y aquellas que no cuentan con el mismo. Entre estos grupos poblaciones se encuentran pacientes hospitalizados, pacientes con TLP en los que se han evaluado distintos subtipos, poblaciones en seguimiento terapéutico, y otros estudios que evaluado el trastorno límite de personalidad comórbido con el trastorno bipolar. (34, 35, 36, 37)

JUSTIFICACIÓN:

La aparición de un padecimiento psiquiátrico está condicionado por varios factores, sin embargo, el comportamiento del padecimiento está en relación directa con el ambiente inmediato que rodea al paciente, sin olvidar claro está, el buen apego farmacológico y psicoterapéutico; al mencionar medio ambiente nos referimos básicamente a la familia y a la dinámica de ésta, que generalmente en más del 50% llega a tener un pobre funcionamiento.

Se ha descrito también como el trastorno límite de la personalidad tiene un importante impacto en los diferentes miembros de la familia, conlleva a un proceso de ajuste y confrontaciones continuas que no siempre ocurren en forma apropiada.

Esta influencia en la dinámica familiar en el padecimiento psiquiátrico es bidireccional, por lo que resulta importante saber acerca de esta asociación en relación con los riesgos de morbilidad para los familiares más cercanos con pacientes con diagnóstico de TLP; actualmente los familiares en riesgo son identificables y pueden ser tratados preventivamente con el fin de tener un campo más amplio de acción y control sobre el comportamiento de la enfermedad psiquiátrica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se sabe que el TLP es influenciado de manera importante por la psicopatología familiar, implicándose en la respuesta a tratamiento y el pronóstico, por lo que es necesario conocer las patologías psiquiátricas más comunes en los grupos de familiares de dichos pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe psicopatología asociada en familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el área de consulta externa del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de psicopatología en los familiares de los pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.

Objetivos particulares:

1. Determinar mediante dos escalas validadas cuales son los diagnósticos psiquiátricos con mayor prevalencia en familiares que tengan pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.
2. Comparar la prevalencia de psicopatología en familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad en cuanto al sexo, edad y parentesco.

Variable	Definición conceptual	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras en una especie.	Hombre Mujer	Cualitativa nominal	Independiente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	0 al infinito en años	Cuantitativa discontinua	Independiente
Parentesco	Es el vínculo que existe entre dos personas por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad.	Consanguíneo No consanguíneo	Cualitativa nominal	Independiente
psicopatología	Estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como de su naturaleza y sus causas.	Si presenta No presenta	Cualitativa nominal	dependiente

MUESTREO Y MUESTRA.

Población: familiares

Muestra: Familiares de pacientes que cuenten con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad, que pertenezcan al área de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

1. Familiares de pacientes que tengan diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.
2. Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad que sean familiares de primer grado del paciente con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.
3. aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Familiares que se nieguen a la participación del estudio.
2. Familiares de pacientes que no cuenten con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad.
3. Familiares que al momento de la entrevista cuenten con alguna discapacidad intelectual, trastorno psicótico o afectivo grave que les impida responder a las preguntas formuladas.

Criterios de eliminación:

1. Familiares que por motivos personales decidan ya no continuar en el estudio.

Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, transversal y observacional.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

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 período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID-II) (Spitzer et al., 1989) es una entrevista semiestructurada que puede usarse para formular diagnósticos de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios para cada Trastorno de personalidad).

Uno de los objetivos en la elaboración de la SCID fue el promover un instrumento eficiente y de fácil manejo, de tal forma que las ventajas de la entrevista estructurada pudieran ser aplicadas en el ámbito clínico. La SCID puede ser utilizada en los centros de salud mental, adonde acuden casos complejos que requieren un diagnóstico fiable y preciso.

PROCEDIMIENTO.

El estudio se llevó a cabo durante un periodo de 3 meses; en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Se abordó a los familiares para informarles del estudio y preguntarles si deseaban participar, explicándoles de los beneficios que pudieran obtener en caso de aceptar. Se les proporcionó el consentimiento informado, para que lo firmaran de conformidad y posteriormente se procedió a la realización de la entrevista con una duración aproximada de 45 minutos.

Consideraciones bioéticas:

- 1) Declaración de no conflicto de intereses (se anexa documento)
- 2) Tal como se plantea en el Título Segundo (De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), Capítulo I de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la presente investigación se clasifica en:

I.- **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

El costo de dicha investigación será la que se genere de las fotocopias del instrumento a aplicar (M.I.N.I 7.0.2 y SCID-II) y consentimiento informado.

Ya que no se cuenta con un estudio psicopatológico en familiares con pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, los beneficios que se obtendrán serán:

1. Identificación de familiares con psicopatología de pacientes con trastorno límite de la personalidad.
2. Apertura a nuevas investigaciones acerca del tema.
3. Envío a atención especializada en caso de requerirlo.
4. Se dará información precisa del estudio a los participantes, mediante la firma de la Carta de consentimiento bajo información, misma que se realizará en lenguaje simple y con la disponibilidad de que el individuo pueda retirarse en el momento que decida.
5. Se guardará la confidencialidad del participante durante todo el estudio, y los datos obtenidos serán solo con fines académicos.
6. No se dañará la integridad de ninguna persona durante el estudio.
7. No se administrará ningún tipo de medicamento a ningún participante.
8. Se informará de forma precisa a aquellos participantes que se considere son candidatos a atenciones médicas o psicológicas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se entrevistaron a 30 familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite, quienes fueron los que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, y aceptaron firmar la carta de consentimiento informado. A los cuales el investigador principal les aplicó los instrumentos de investigación (SCID-II Y M.I.N.I en su versión 7.0.2), arrojándose los siguientes resultados que a continuación se exponen; los cuales fueron analizados dependiendo de la variable, con análisis estadístico de frecuencia, pruebas estadísticas no paramétricas, utilizando el programa SPSS en su versión 22.

Podemos observar que hubo una mayor frecuencia en mujeres (22) que representó el 73.33% de la muestra, comparado con 26.66% de hombres.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	22	73.33%
MASCULINO	8	26.66%
TOTAL	30	100%

Tabla 1. Frecuencia de la muestra según el sexo

Dentro de los sujetos entrevistados la media en el sexo femenino fue de 47.55, con un rango de edad de 22-78 años y en el sexo masculino la media fue de 46.38, con un rango de edad de 20-83 años.

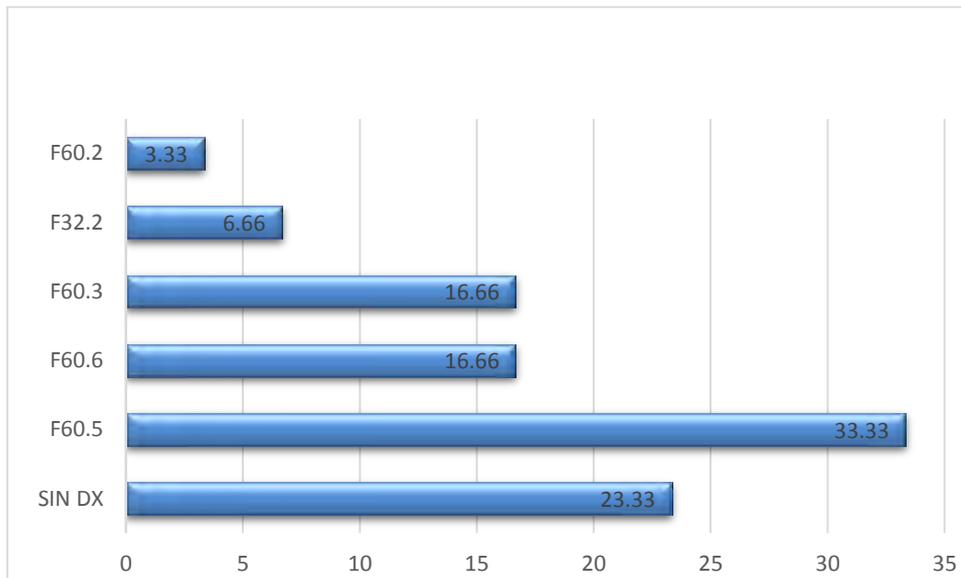
EDAD	FEMENINO	MASCULINO
MEDIA	47.55	46.38
MEDIANA	49	43
EDAD MINIMA	22	20
EDAD MAXIMA	78	83

Tabla 2. Rango de edad y media según el sexo

Con respecto al parentesco la madre representa el 50%, seguido de las hermanas (13.33%), esposo (10%), padre, hermano e hija con 6.66% y por último esposa e hijo con el 3.33%.

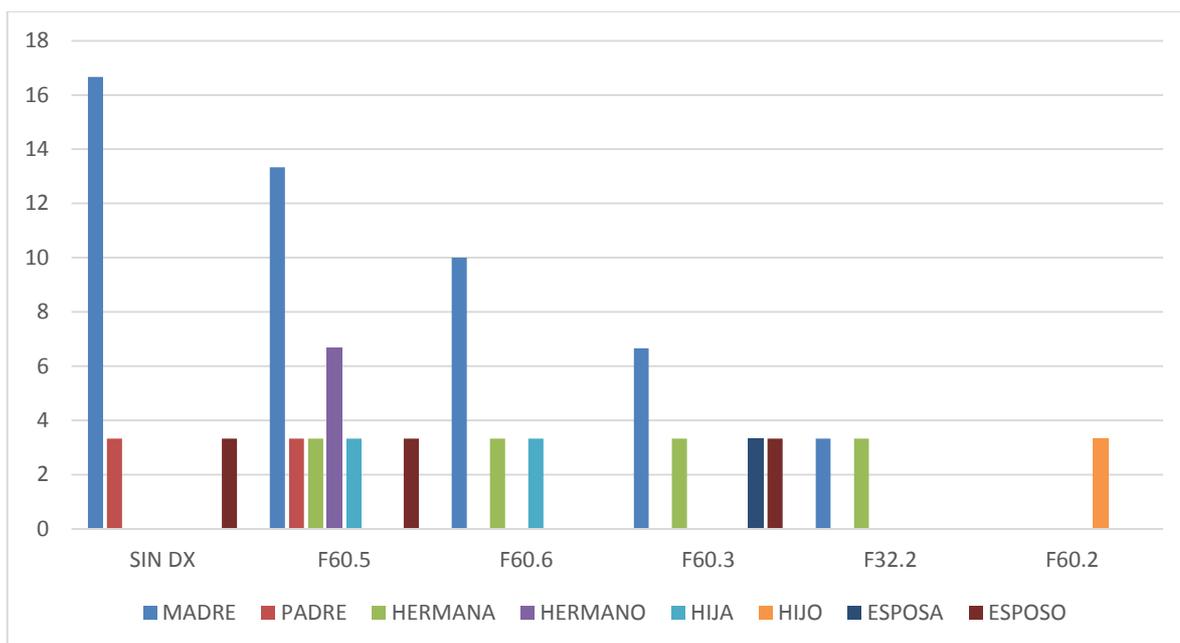
PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	15	50%
PADRE	2	6.66%
ESPOSA	1	3.33%
ESPOSO	3	10%
HERMANA	4	13.33%
HERMANO	2	6.66%
HIJO	1	3.33%
HIJA	2	6.66%
TOTAL	30	100%

Tabla 3. Frecuencia en relación al parentesco



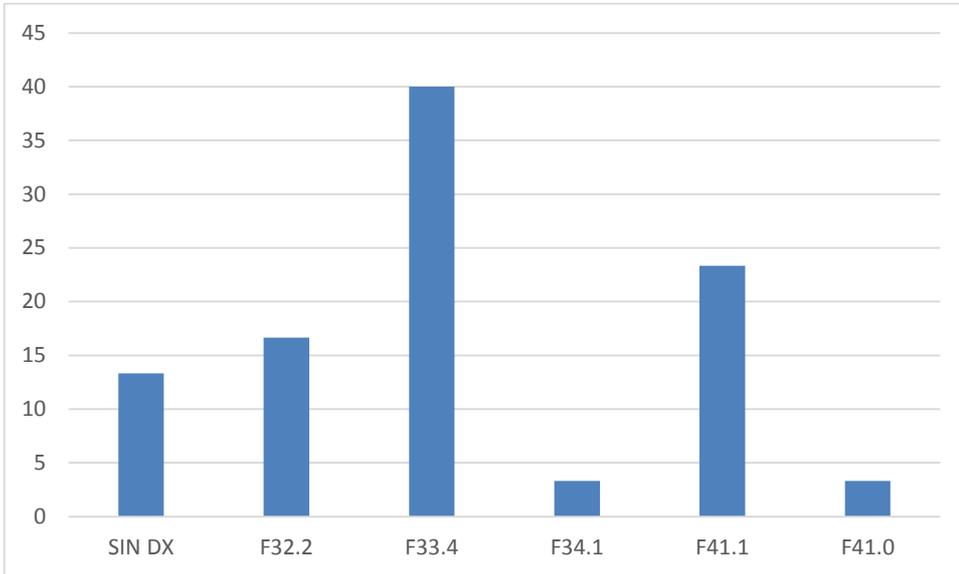
Gráfica 1. Diagnóstico de personalidad con el SCID-II

Con respecto a la siguiente gráfica en la que se evalúan rasgos de personalidad en los 30 sujetos participantes el de mayor frecuencia se encuentra el trastorno anancástico de la personalidad (33.33%), seguido de 23.33% de participantes que no obtuvieron puntuación para un diagnóstico de trastorno de personalidad. Encontramos al trastorno límite de la personalidad y al trastorno ansioso de la personalidad, con 16.66% respectivamente, posteriormente tenemos con un 6.66% a los pacientes que puntuaron para episodio depresivo y por último con un 3.33% al trastorno disocial de la personalidad. (Ver gráfica 1)



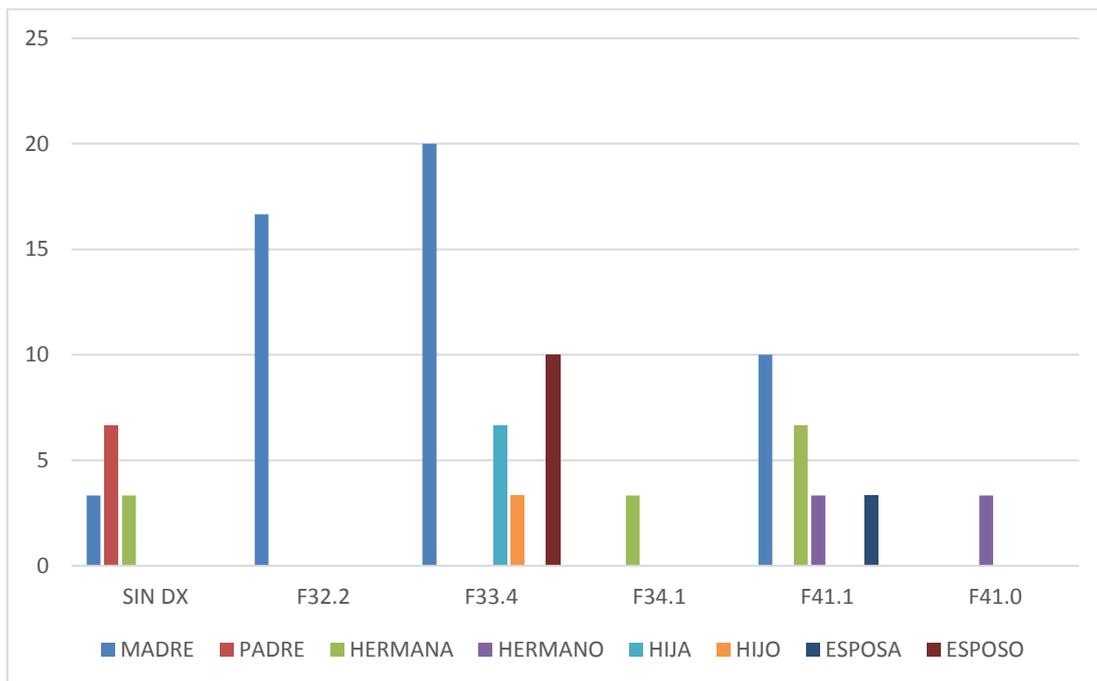
Gráfica 2. Diagnóstico SCID-II por parentesco

En la siguiente gráfica en cuanto a diagnósticos de personalidad por parentesco se puede observar que en la madre el más frecuente es el trastorno anancástico de la personalidad con un 13.33%, seguido del trastorno límite de la personalidad con 6.66% y con respecto a las hermanas de las pacientes hubo mayor frecuencia de trastornos de personalidad. (Ver gráfica 2)



Gráfica 3. Frecuencia de diagnósticos según el M.I.N.I.

En el siguiente gráfico se puede mostrar que el diagnóstico psicopatológico es el trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión con un 40%; es decir casi la mitad de los participantes han presentado al menos un episodio depresivo durante toda su vida, seguido del Trastorno de ansiedad generalizada con un 23.33% y un Trastorno depresivo mayor en un 16.66%. (Ver gráfica 3)



Gráfica 4. Frecuencia de diagnósticos según el parentesco por M.I.N.I

Como se puede observar en el gráfico el diagnóstico psicopatológico más frecuente por parentesco es el Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión en la madre con un 20%, seguido de Trastorno depresivo mayor con 16.66% y en tercer lugar se encuentra el Trastorno de ansiedad generalizada con un 10%. (Ver gráfica 4)

DISCUSIÓN

Los datos e información obtenida permiten responder al objetivo inicial del presente trabajo de investigación que consiste en determinar la frecuencia de psicopatología en los familiares de los pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad que acude al área de consulta externa del HPFBA.

Los resultados encontrados reportan que en la muestra de 30 familiares en su mayoría fueron mujeres. Con respecto al parentesco el mayor número de familiares que participaron en el estudio fueron las madres de los pacientes y en menor proporción hermanos e hijos de los pacientes respectivamente.

Se habla de la mitad de la muestra son madres de pacientes diagnosticadas con Trastorno límite de la personalidad, este factor puede deberse a la mayor disposición de las madres para ser entrevistadas y a un mayor apego con el paciente.

En cuanto a la psicopatología en el eje de diagnósticos de trastornos de la personalidad, las madres nuevamente presentan una mayor frecuencia de rasgos de personalidad de tipo anancástico y de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y en cuanto a trastornos afectivos el más predominante fue el Trastorno depresivo recurrente en remisión en casi la mitad de la muestra de encuestados con un 40%, de este porcentaje 12 de los participantes tuvieron dicho trastorno, 8 son mujeres y 4 hombres han presentado al menos un episodio depresivo mayor durante el transcurso de su vida y de éstos el 16.66% que son mujeres cuentan con un diagnóstico de Trastorno depresivo mayor y por último se encontró que el más frecuente de los trastornos fue el Trastorno de ansiedad generalizada.

Por lo anterior ya descrito podemos inferir que evidentemente existe una psicopatología asociada en familiares de pacientes ya diagnosticados con trastorno límite de la personalidad. Dado que lo más frecuentes es que sean las madres las que acuden acompañando a sus hijos, se pudo evidenciar que fueron ellas las que presentaron la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, especialmente el Trastorno anancástico de la personalidad (33.33), así como el 6% presentó un episodio depresivo.

Por lo descrito anteriormente, se puede presuponer que si los cuidadores primarios no se encuentran en adecuadas condiciones para ejercer un maternaje suficientemente bueno, esto tiene consecuencias en la formación de un adecuado vínculo afectivo emocional, lo cual, en última instancia, dificulta el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida del paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Masterson observa que este tipo de pacientes crecen con una madre con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad; sin embargo se ha comprobado que no todos los pacientes límite tienen madres con dicho diagnóstico, por lo tanto es importante ubicar la atención en la parentalidad como un factor condicionante o asociado en el desarrollo de este padecimiento y no como determinante. (18)

Dicho lo anterior se puede comprobar que en los familiares de los pacientes con TLP que acuden a la consulta externa del HPFBA, efectivamente existe psicopatología, aunque la más frecuente no es siempre el diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional; sino son más comunes los trastornos afectivos como trastorno depresivo recurrente en remisión, trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada.

En la relación madre paciente se recomiendan diversos abordajes terapéuticos. Como es la intervención grupal psicoeducativa.

Marsha Linehan observa tres tipos de familias principales, las caóticas, en donde puede haber abuso de sustancias, problemas financieros graves y padres ausentes la mayor parte del tiempo; familias perfectas en la que los cuales los padres no pueden tolerar las demostraciones de emociones negativas de sus hijos y las familias típicas. (28)

En definitiva aunque no se conoce la etiología específica de la génesis del trastorno límite de la personalidad, es evidente la atención oportuna y el diagnóstico integral en familiares que puedan presentar una psicopatología asociada y la intervención adecuada según sea el caso, ofreciendo un tratamiento médico integral.

CONCLUSIONES.

En el estudio se encontró una asociación entre psicopatología en familiares con pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad que acuden a la consulta externa del HPFBA, con una mayor proporción de mujeres, las cuales en su mayoría tienen un parentesco con el paciente de ser madre, lo que en particular llama la atención es que la literatura en general habla de la existencia de enfermedad psiquiátrica en madres de pacientes con diagnóstico de TLP y en el presente estudio de investigación se encuentra que la mitad de la muestra tiene dicho parentesco con el paciente; sin embargo hermanos e hijos de familiares con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad e incluso la pareja llegan a presentar psicopatología.

El trastorno más frecuente de los familiares fue el Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión, lo que nos habla que la gran mayoría de los participantes han tenido al menos un episodio depresivo mayor en su vida, y un 20 por ciento de las madres entrevistadas cursan actualmente con un episodio depresivo mayor sin tratamiento y por último tenemos al Trastorno de ansiedad generalizada.

En cuanto a los trastorno de personalidad que se presentaron en este estudio fue el anancástico, el que se presentó con mayor frecuencia, en segundo lugar el trastorno límite de la personalidad a la par que el trastorno ansioso de la personalidad con el mismo porcentaje.

La importancia de la detección oportuna de trastornos psiquiátricos en familiares con pacientes con diagnóstico de TLP, tiene su relevancia al considerar que la realización de un diagnóstico oportuno nos da la pauta para una adecuada intervención familiar y tratamiento específico para familiares con comorbilidad psiquiátrica asociada.

Por todo lo anterior, se puede considerar la importancia de ofrecer un diagnóstico temprano como método preventivo con el fin de mejorar la calidad de vida de los familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad que requieran de tratamiento psiquiátrico integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Jaspers K. Psicopatología general. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.
2. Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Vol. 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:3
3. Millon, C.; Meagher, S; R. Ramnath "Trastornos de la personalidad en la vida moderna". Masson. 2001.
4. Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbott. DSM-IV. Tratado de psiquiatría. 3th ed. Masson 2000.
5. Benedik E, Dobnik SC. Phemenological Aspects Of Personality Disorders In Adult Psychiatric Patients. *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 2, pp 127-136.
6. Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. Copyright© Instituto InNiS, 19.
7. American psychiatric association, Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. October 2001.
8. Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ. La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica. 2ª Edición. Editorial Ars Medica. España 2008.
9. Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101.
10. Biagini, A. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud mental*. Vol. 28, No. 1. México.
11. Bobes, J. (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Ars. Médica. Barcelona.
12. Rossi R, Lanfredi M, Pievani M, Boccardi M, Rasser PE, Thompson PM, et al. Abnormalities in cortical gray matter density in borderline personality disorder. *Eur Psychiatry*. 2015 February; 30(2): 221–227.
13. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Rev Med Chile* 2014; 142: 204-210
14. Kandel ER. Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente. Editorial Ars Medica. Barcelona, 2007.
15. Goodman M, Mascitelli K, Triebwasser J. The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 22:3, August 2013.
16. Friedel, R. O. (2004). Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 29(6), 1029.
17. Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 77-88.
18. Masterson, J. (2000). The personality disorders. "A new view and the development self and object relations approach. Zig Truncker & Co. Inc. Arizona.
19. Basili, R. M., Hamra, E. D., & de Basili, I. S. Una psicoterapia psicoanalítica programada para el tratamiento de los pacientes borderline (BL) graves.
20. Bezirgianian, S., Cohen, P., & Brook, J. S. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 150(12), 1836.
21. Alava Curto, C. (2004). Psicología de las emociones y actitudes.
22. Bowlby, J. (1993). El vínculo afectivo. Paidós. Barcelona

23. Gabbard, G. O., & Horigian, V. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Panamericana.
24. Navarrete González, Odín, Colonia Cabrera, Alvar, Muñoz Sandoval, F. Javier (2008). Pacientes con "Trastorno límite de la personalidad en terapia de grupo: descripción de cinco años del programa en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". *Revista Psiquis-Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. México 2008, Vol. 17 Núm. 3 May-Jun, Pág. 93-99
25. Apfelbaum S, Gagliesi P, Lencioni G, Pechon C, Herman L, Kriwet M, Boggiano J y Vuelta B. 2002, 2003, 2004. *Manual Psicoeducacional para Pacientes, Familiares y Allegados sobre el Desorden Límite de la Personalidad*. "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad", Facultad de Psicología UBA (en prensa).
26. Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 1-9.
27. Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho, A. Families of borderline patients: A psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*: Fall 1997; 61:4, 446.
28. Linehan M. *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press, New York NY, 1993.
29. Gunderson JG, Lyoo, I. Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harv Review of Psych* 1997 4 272-278.
30. Galli Silva E, Feijóo Llontop L, Roig Rojas I, Romero Elmore S. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered* 13 (1), 2002.
31. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Boonyanaruthee V, Pinyopornpanish M, Intaprasert S. Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015 Apr 17; 11:1091-6.
32. Korsgaard HO, Torgersen S, Wentzel-Larsen T, Ulberg R. Personality disorders and Axis I comorbidity in adolescent outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry*. 2016 Jun 1;16:175.
33. Slotema CW, Blom JD, Niemantsverdriet MBA, Deen M, Sommer IEC. Comorbid Diagnosis of Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorder: Prevalence and Influence on Outcome. *Front Psychiatry*. 2018 Mar 14; 9:84.
34. Biała M, Kiejna A. Significance of personality disorders in the face of drop-outs from psychiatric hospitalizations. The case of selected psychiatric units. *Psychiatr Pol*. 2017 Jun 18;51(3):425-436
35. Smits ML, Feenstra DJ, Bales DL, de Vos J, Lucas Z, Verheul R, et al. Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017 Jul 3;4:16
36. Lana F, Sánchez-Gil C, Ferrer L, López-Patón N, Litvan L, Marcos S, et al. Effectiveness of an integrated treatment for severe personality disorders. A 36 month pragmatic follow-up. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015 Jan-Mar; 8(1):3-10.
37. di Giacomo E, Aspesi F, Fotiadou M, Arntz A, Aguglia E, Barone L, et al. Unblending Borderline Personality and Bipolar Disorders. *J Psychiatr Res*. 2017 Aug; 91:90-97.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Diagnósticos psicopatológicos en familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Yo: _____ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de estudiar si presento o no un diagnóstico psiquiátrico.
- II. Se me ha informado que tendré que colaborar para que se me aplique la escala M.I.N.I. 7.0.2 y la escala SCID-II
- III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi empleo actual.
- IV. Los resultados de este estudio ayudarán a determinar si existe la presencia de psicopatología en familiares con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.
- V. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del servicio médico ni mi relación laboral con la empresa.
- VII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto.

Nombre del participante

Investigador: Dr. Mariano Mendoza Rey

Testigo

Testigo

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo _____ como _____ personal _____ adscrito a _____ y con _____ numero _____ de empleado _____ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:
NOMBRE Y FIRMA:

Carta de información al jefe de servicio.

México, D.F., a ____ de ____ de 20__.

Dr. José Ibarreche Beltrán
PRESENTE

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio **Psicopatología en familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad, en el área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**, mismo que pretende llevarse a cabo durante un período de tres meses durante la rotación del médico residente **MARIANO MENDOZA REY**, en el servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El estudio consistirá en la aplicación **de la escala M.I.N.I. 7.0.2 y el SCID-II**

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

Dr. Mariano Mendoza Rey
Residente de cuarto año de Psiquiatría

SCID-II

NOMBRE: _____

FECHA DE EVALUACION: _____

EDAD _____ GENERO _____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas se refieren al tipo de persona que es usted comúnmente, es decir, la manera que en general se ha sentido o comportado durante los últimos años. Encierre en un círculo la palabra "SI" si la pregunta se aplica en forma total o en mayor parte a usted, o la palabra "NO" si no se aplica a usted.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha evitado trabajos o labores que involucren el trato con gente numerosa? | SI | NO |
| 2. ¿Evita involucrarse con gente a menos que este seguro que les agradara? | SI | NO |
| 3. ¿Encuentra difícil ser "abierto" aun con personas cercanas? | SI | NO |
| 4. ¿Se preocupa con frecuencia sobre ser criticado o rechazado en ocasiones sociales? | SI | NO |
| 5. ¿Esta generalmente callado cuando se encuentra con nuevas personas? | SI | NO |
| 6. ¿Piensa que no es tan bueno, listo o atractivo como la mayoría de los demás? | SI | NO |
| 7. ¿Teme probar cosas nuevas? | SI | NO |
| 8. ¿Necesita muchos consejos o palabras tranquilizadoras de otros antes de tomar decisiones cotidianas como qué usar o qué ordenar en un restaurante? | SI | NO |
| 9. ¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes en su vida como finanzas, atención de niños o planes de alojamiento? | SI | NO |
| 10. ¿Encuentra difícil estar en desacuerdo con otras personas aun cuando piense que están equivocadas? | SI | NO |
| 11. ¿Encuentra difícil empezar o trabajar en tareas cuando no hay nadie quien lo ayude? | SI | NO |
| 12. ¿Ha hecho cosas desagradables voluntariamente? | SI | NO |
| 13. ¿Se siente en general incomodo cuando esta solo? | SI | NO |
| 14. Cuando se termina una relación cercana, ¿siente que tiene que encontrar de inmediato a alguien más que lo cuide? | SI | NO |
| 15. ¿Se preocupa mucho porque lo dejan solo para cuidarse así mismo? | SI | NO |
| 16. ¿Es usted el tipo de persona que se enfoca en detalles, orden y organización, o le gusta hacer listas y planes? | SI | NO |
| 17. ¿Tiene problemas para terminar trabajos ya que pasa mucho tiempo tratando de hacer cosas correctas de manera exacta? | SI | NO |
| 18. ¿Piensa usted o los demás que esta tan dedicado al trabajo (o a la escuela) que no tiene tiempo para nadie más ni solo por divertirse? | SI | NO |
| 19. ¿Tiene usted estándares muy altos sobre lo que es bueno y lo que es malo? | SI | NO |
| 20. ¿Tiene problemas para deshacerse de las cosas porque algún día pueden ser útiles? | SI | NO |

21. ¿Le es difícil permitir que otras personas le ayuden excepto cuando están de acuerdo en hacer las cosas exactamente como usted desea?	SI	NO
22. ¿Le es difícil gastar el dinero en usted mismo y otras personas aun cuando tiene lo suficiente?	SI	NO
23. ¿Está usted seguro con frecuencia que está en lo correcto y no importa lo que los demás opinen?	SI	NO
24. ¿Le han dicho otras personas que usted es obstinado o rígido?	SI	NO
25. ¿Cuándo alguien le pide hacer algo que no quiere hacer, ¿dice usted que "sí" pero trabaja lentamente o hace mal el trabajo?	SI	NO
26. Si no quiere hacer algo, ¿"olvida" con frecuencia hacerlo?	SI	NO
27. ¿Es frecuente que sienta que los demás no lo entienden, o no aprecian todo lo que hace?	SI	NO
28. ¿Está usted con frecuencia malhumorado y dispuesto a discutir?	SI	NO
29. ¿Ha encontrado que la mayoría de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otros que se supone saben lo que hace e realidad no lo saben?	SI	NO
30. ¿Piensa con frecuencia que no es justo que otra gente tenga más que usted?	SI	NO
31. ¿Se queja con frecuencia porque demasiadas cosas malas le han ocurrido?	SI	NO
32. ¿Rehúsa con frecuencia y con enojo hacer lo que los demás quieren y después se siente mal y se disculpa?	SI	NO
33. ¿No se siente contento por lo general?	SI	NO
34. ¿Cree que básicamente usted es una persona inadecuada y con frecuencia no se siente contento sobre usted mismo?	SI	NO
35. ¿Se degrada con frecuencia?	SI	NO
36. ¿Se mantiene pensando en cosas malas que han sucedido en el pasado o preocupándose por las cosas malas que puedan pasar en el futuro?	SI	NO
37. ¿Juzga con frecuencia a otros duramente y les encuentra fallas?	SI	NO
38. ¿Piensa que la mayoría de la gente no es buena básicamente?	SI	NO
39. ¿Espera casi siempre que las cosas salgan mal?	SI	NO
40. ¿Se siente con frecuencia culpable sobre cosas que ha o no realizado?	SI	NO
41. ¿Tiene con frecuencia que estar alerta para impedir que la gente la utilice o lastime?	SI	NO
42. ¿Pasa mucho tiempo pensando si puede confiar en sus amigos y en la gente con quienes trabaja?	SI	NO
43. ¿Encuentra que es mejor no permitir que otras personas sepan mucho sobre usted porque lo utilizaran en su contra?	SI	NO
44. ¿Detecta con frecuencia amenazas o insultos ocultos en cosas que dice o hace la gente?	SI	NO
45. ¿Es el tipo de persona rencorosa o que le toma tiempo perdonar a la gente por haberla insultado o menospreciado?	SI	NO
46. ¿Hay mucha gente a quien no puede perdonar porque le hicieron o dijeron algo a usted hace mucho tiempo?	SI	NO
47. ¿Es frecuente que se enoje o estalle cuando alguien lo critica o insulta de alguna manera?	SI	NO

48. ¿Ha sospechado que con frecuencia su esposa o pareja le han sido infieles?	SI	NO
49. Cuando esta en público y ve gente hablando, ¿piensa con frecuencia que estas hablan sobre usted?	SI	NO
50. ¿Siente con frecuencia que las cosas que no tienen ningún significado especial para la mayoría de la gente en realidad tienen un mensaje para usted?	SI	NO
51. ¿Cuando está entre la gente, tiene con frecuencia la sensación de que lo que están observando o vigilando?	SI	NO
52. ¿Ha sentido alguna vez que usted puede hacer que sucedan las cosas solo con desearlo y pensando en ellas?	SI	NO
53. ¿Ha tenido experiencias personales con lo sobrenatural?	SI	NO
54. ¿Cree que usted tiene un "sexto sentido", que le permite conocer y predecir cosas que otros no puedan?	SI	NO
55. ¿Es frecuente que parezca que objetos y sombras son en realidad gente o animales, o que los ruidos son realmente voces de personas?	SI	NO
56. ¿Ha sentido que algunas personas o fuerza está a su alrededor, aun cuando no pueda ver a nadie?	SI	NO
57. ¿Ve auras o campos de energía en la gente con frecuencia?	SI	NO
58. ¿Existe muy poca gente que realmente está cercana a usted fuera de su familia inmediata?	SI	NO
59. ¿Se siente con frecuencia nervioso cuando esta con otras personas?	SI	NO
60. ¿NO es importante para usted si tiene relaciones cercanas?	SI	NO
61. ¿Prefiere casi siempre hacer cosas solo y no con otra gente?	SI	NO
62. ¿Estaría contento sin estar involucrado sexualmente con alguien?	SI	NO
63. ¿Existen en realidad muy pocas cosas que le proporcionan placer?	SI	NO
64. ¿No le importa lo que la gente piense de usted?	SI	NO
65. ¿Encuentra que nada lo hace muy feliz ni muy triste?	SI	NO
66. ¿Le gusta ser el centro de atención?	SI	NO
67. ¿Coquetea mucho?	SI	NO
68. ¿Se encuentra con frecuencia "convenciendo" a la gente?	SI	NO
69. ¿Trata de llamar la atención por la manera que se viste o se ve?	SI	NO
70. ¿Se cree en la obligación con frecuencia de ser dramático y animado?	SI	NO
71. ¿Cambia de parecer con frecuencia sobre las cosas dependiendo de la gente con quienes se encuentra o lo que acaba de leer o ver en la TV?	SI	NO
72. ¿Tiene muchos amigos con los que se siente cercano?	SI	NO
73. ¿Es frecuente que la gente no aprecie sus muy especiales talentos o logros?	SI	NO
74. ¿Le han mencionado la gente que tiene una opinión demasiado elevada de usted mismo?	SI	NO
75. ¿Piensa mucho en que el poder la fama o el reconocimiento serán suyos algún día?	SI	NO
76. ¿Piensa mucho en el perfecto romance que será suyo algún día?	SI	NO

77. Cuándo tiene algún problema ¿insiste casi siempre en ver a la máxima persona?	SI	NO
78. ¿Cree que es importante emplear el tiempo con gente que es especial o de influencia?	SI	NO
79. ¿Es muy importante para usted que la gente le preste atención o lo admire de alguna manera?	SI	NO
80. ¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales cuando se interponen en su camino?	SI	NO
81. ¿Piensa que es el tipo de persona que merece un trato especial?	SI	NO
82. ¿Encuentra con frecuencia que es necesario lastimar a algunos para obtener lo que usted quiere?	SI	NO
83. ¿Tiene que poner con frecuencia sus necesidades por encima de las necesidades de los demás?	SI	NO
84. ¿Espera con frecuencia que los demás hagan sin preguntar lo que usted quiere por ser usted?	SI	NO
85. ¿NO está usted realmente interesado en los problemas o sentimientos de los demás?	SI	NO
86. ¿Se ha quejado la gente con usted porque usted no los escucha o no le importa sus sentimientos?	SI	NO
87. ¿Es frecuente que siente envidia de los demás?	SI	NO
88. ¿Piensa que hay otros que sienten envidia de usted con frecuencia?	SI	NO
89. ¿Encuentra que hay muy poca gente que vale su tiempo y atención?	SI	NO
90. ¿Se ha puesto con frecuencia frenético al pensar que alguien que realmente le interesa lo iba a dejar?	SI	NO
91. ¿Tiene relaciones con gente que en realidad le crea muchos altibajos extremos?	SI	NO
92. ¿Ha cambiado repentinamente su sentido de quién es usted y hacia dónde se dirige?	SI	NO
93. ¿Cambia en forma dramática y con frecuencia su sentido de quién es usted?	SI	NO
94. ¿Es usted diferente con gente diferente y en situaciones diferentes, de modo que no sabe quién es realmente en ocasiones?	SI	NO
95. ¿Han existido muchos cambios repentinos en sus metas, planes en su carrera, creencias religiosas, etc.?	SI	NO
96. ¿Ha hecho con frecuencia cosas en forma impulsiva?	SI	NO
97. ¿Ha tratado de lastimarse o matarse, o ha amenazado con hacerlo?	SI	NO
98. ¿Se ha cortado, quemado, o arañado usted mismo a propósito?	SI	NO
99. ¿Tiene muchos cambios repentinos en su estado de ánimo?	SI	NO
100. ¿Se siente vacío en su interior de repente?	SI	NO
101. ¿Tiene con frecuencia explosiones de enojo o se enoja tanto que pierde el control?	SI	NO
102. ¿Golpea a las personas o lanza cosas al enojarse?	SI	NO
103. ¿Incluso pequeñas cosas le causan mucho enojo?	SI	NO
104. Cuando esta bajo mucha presión, ¿sospecha de otra gente o se siente especialmente distanciado?	SI	NO
105. Antes de los 15 años, ¿Intimidaba o amenazaba a otros chicos?	SI	NO
106. Antes de los 15 años, ¿provocaba pleitos?	SI	NO

107. Antes de los 15 años ¿lastimo o amenazo a alguien con un arma, como un bate, ladrillo, botella rota, cuchillo o pistola?	SI	NO
108. Antes de los 15 años, ¿torturo en forma deliberada a alguien o le causo dolor y sufrimiento físico?	SI	NO
109. Antes de los 15 años ¿torturo o lastimo a animales a propósito?	SI	NO
110. Antes de los 15 años ¿robaba, asaltaba o tomaba a la fuerza objetos de alguien bajo amenaza?	SI	NO
111. Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a tener sexo con usted, a desvestirse frente a usted o a que le tocara sexualmente?	SI	NO
112. Antes de los 15 años, ¿provoco incendios?	SI	NO
113. Antes de los 15 años, ¿destruyo deliberadamente cosas que no eran suyas?	SI	NO
114. Antes de los 15 años ¿forzaba casas, otros edificios o coches?	SI	NO
115. Antes de los 15 años ¿mentía mucho o timaba a los demás?	SI	NO
116. Antes de los 15 años ¿hurtaba algunas veces o robaba cosas en tiendas o falsificaba la firma de alguien?	SI	NO
117. Antes de los 15 años, ¿huía de casa y se quedaba fuera toda la noche?	SI	NO
118. Antes de los 13 años, ¿era frecuente que se quedaba fuera tarde, más tarde de la hora que se suponía debería estar en su casa?	SI	NO
119. Antes de los 13 años, ¿faltaba a clases con frecuencia?	SI	NO

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0

DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**

University of South Florida, Tampa

FRANCIA: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**

Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert

Instituto IAP – Madrid – España

Nombre del paciente: _____

Número de protocolo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Hora en que inició la entrevista: _____

Nombre del entrevistador: _____

Hora en que terminó la entrevista: _____

Fecha de la entrevista: _____

Duración total: _____

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

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. 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 período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

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.

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.

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

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

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

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

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente.

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

A. Episodio depresivo mayor

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

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2 ?	➡ NO	SÍ	
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SÍ	
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

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

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

NO SÍ 11

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2 ?	NO	SÍ
de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?				
Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?				
			➡	
¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b ?				
			NO	SÍ

A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	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
-----------	-----------

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

Riesgo de suicidio

Durante este último mes:

Puntos:

C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ **SÍ** EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO **SÍ**

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

RIESGO DE SUICIDIO

DE SUICIDIO

1-5 puntos Leve

6-9 puntos Moderado

10 puntos Alto

D. Episodio (hipo)maníaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período 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 momentos en el que estaba interesado con drogas o alcohol) SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO 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. SI SÍ :	NO	SÍ	1
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas? SI SÍ :	NO	SÍ	3
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
		¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a ?	➡ NO	SÍ	

D3 SI **D1b** O **D2b** = **SÍ**: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

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	

D4

¿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?

NO

SÍ

12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **D4**?

NO

SÍ

EPISODIO HIPOMANÍACO

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

ACTUAL

PASADO

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D4**?

NO

SÍ

EPISODIO MANÍACO

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

ACTUAL

PASADO

E. Trastorno de angustia

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

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

F. Agorafobia

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?

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

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
			<i>Agorafobia</i>	
			<i>actual</i>	

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

Y

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

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

Y

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

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

Y

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

NO **SÍ**

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

NO **SÍ**

TRASTORNO DE ANGUSTIA

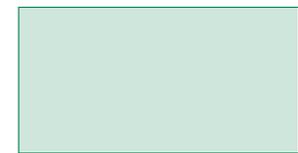
con agorafobia

ACTUAL

A light green rectangular box, likely a placeholder for a response or a mark.

NO **SÍ**

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

A light green rectangular box, likely a placeholder for a response or a mark.A light green rectangular box, likely a placeholder for a response or a mark.

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.	➡ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	➡ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	➡ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	➡ NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL

(trastorno de ansiedad social)

ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	<p>¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas?</p> <p>(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)</p> <p>(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)</p>	<p>NO ➡ H4</p>	<p>SÍ</p>	<p>1</p>
H2	<p>¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?</p>	<p>NO ➡ H4</p>	<p>SÍ</p>	<p>2</p>
H3	<p>¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ obsesiones</p>	<p>3</p>
H4	<p>¿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?</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ compulsiones</p>	<p>4</p>

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **H3** O EN **H4**?

NO

SÍ

→

H5

¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?

NO

SÍ

5

H6

¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?

NO

SÍ

6

**TRASTORNO OBSESIVO/
COMPULSIVO ACTUAL**

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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,

(p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?

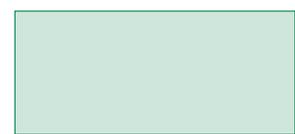
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
		➡		
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de 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
		➡		
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo,	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

			➡	
J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
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)?	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	
J3	En los últimos 12 meses:			
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL		
		ACTUAL		



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?	NO	SÍ	9
	¿Esto le ocasionó algún problema?			
	CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.			
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

ABUSO DE ALCOHOL

ACTUAL

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?

CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO | SÍ | 2 |
| 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 |

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

¿CODIFICÓ **SI** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **K2**?
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO **SÍ**
DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS

ACTUAL

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

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

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

NO **SÍ**
ABUSO DE SUSTANCIAS

ACTUAL

L. Trastornos psicóticos

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

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SÍ** 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, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

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

	Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener .			EXTRAÑOS	
	o que trataban de hacerle daño?				
	NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.				
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	2
	o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?			⇒ L6	
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	4
	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?			⇒ L6	
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	6
	o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?			⇒ L6	
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	8
	o poco usuales?			⇒ L6	
	ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.				
b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6 a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ		11
	LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA				

			SÍ	
	Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			
b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12
L7 a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:				
L8 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? DESORGANIZADO O CATATÓNICO? LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	15
L11	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO	SÍ	
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL				
L12	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO	SÍ	18
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA				
L13 a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)			

^o
EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?
b SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA:

→
NO SÍ

Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/
exaltado[a]/particularmente irritable).

NO SÍ 19

Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE
L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió
deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?

**TRASTORNO
DEL ESTADO DE ÁNIMO
CON SÍNTOMAS
PSICÓTICOS ACTUAL**

M. Anorexia nerviosa

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

M1	a	¿Cuál es su estatura?	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	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1
			➡		
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
			➡		
			➡		
		menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?			

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

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **M5**?

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

NO

SÍ

ANOREXIA NERVIOSA**Mujer estatura/peso**

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

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*.

N. Bulimia nerviosa

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

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7

NO

SÍ

BULIMIA NERVIOSA

ACTUAL

NO

SÍ

ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➡	NO	SI
¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➡	NO	SI
Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➡	NO	SI

O3 CODIFIQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| a | ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? | NO | SÍ | 5 |
| b | ¿Se sentía tenso? | NO | SÍ | 6 |
| c | ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? | NO | SÍ | 7 |
| d | ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? | NO | SÍ | 8 |
| e | ¿Se sentía irritable? | NO | SÍ | 9 |
| f | ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? | NO | SÍ | 10 |

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

NO	SÍ
----	----

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

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

Antes de cumplir los 15 años:

P1

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?

NO SÍ

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

P2

Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO SÍ

**TRASTORNO ANTISOCIAL
DE LA PERSONALIDAD DE
POR VIDA**

