



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

INSTITUTO TEMAZCALLI

*“Confiabilidad de la Entrevista Neuropsiquiátrica
Internacional (M.I.N.I. plus) entre el personal del Instituto
Temazcalli”*

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

RODRIGO HERNÁNDEZ CASTRO



FACULTAD DE MEDICINA, U.A.S.L.P.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

ASESOR: Dr. Amado Nieto Caraveo

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
ABREVIATURAS	4
RESUMEN	5
<u>CAPITULO 1</u>	
INTRODUCCIÓN	
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES 1.1	6
JUSTIFICACIÓN 1.2	20
OBJETIVO GENERAL 1.3	23
<u>CAPÍTULO 2</u>	
MATERIAL Y MÉTODOS	24
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA 2.1	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN 2.2	24
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN 2.3	25
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 2.4	25
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO 2.5	26
<u>CAPÍTULO 3</u>	
RESULTADOS	27
<u>CAPÍTULO 4</u>	
DISCUSIÓN	37
<u>CAPÍTULO 5</u>	
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS	43
ANEXOS	46
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	46

AGRADECIMIENTOS

..... a Dios.

..... a mi padre por ser mi ejemplo a seguir, y a mi madre por contar con su apoyo incondicional.

.....a mis hermanas por estar siempre al pendiente de mí

.....a Luciana por ser mi motivación y ahora además, mi compañera de vida.

.....a mi Asesor por ayudarme a sacar adelante este proyecto, Gracias Mayo!!, así como a Marisol que también estuvo muy al tanto.

..... a mis maestros por brindarme su tiempo, sus conocimientos y su experiencia de una manera desinteresada

.....a Laura, Rosy, Luis Fernando e Iván que colaboraron a que mi residencia fuera de lo más grata y divertida, y por demostrar que sí se puede trabajar en equipo, gracias amigos!

.....a mis amigos y compañeros residentes de años superiores e inferiores que me enseñaron lo que no viene en los libros.

.....a toda la gente del Instituto Temazcalli que colaboró con la realización de esta Tesis, gracias por su ayuda!.

ABREVIATURAS

APA: American Psychiatric Association

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

MSS: Mental Status Schedule

NIMH: National Institute of Mental Health

OMS: Organización Mundial de la Salud

PSE: Present State Examination

SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

SCID: Structural Clinical Interview for DSM-IV

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TEPT: Trastorno por Estrés Post Traumático

RESUMEN

Desde mediados del siglo XIX en los Estados Unidos se propuso un sistema de clasificación de las enfermedades, al correr de los años se ha venido perfeccionando la idea y los diagnósticos incluidos en cada uno de ellos, hasta el día de hoy contar con el DSM-IV y el CIE-10 y en los próximos meses el DSM-V. Uno de los puntos más álgidos de la psiquiatría a lo largo de su historia ha sido la manera en que se debe realizar una entrevista de diagnóstico; corrientes teóricas van y otras vienen y es difícil determinar cual es la más "correcta" si es que la hubiera. La realidad es que cada vez toma mayor importancia el que entre mismos psiquiatras nos podamos poner de acuerdo tanto en los criterios diagnósticos de las distintas enfermedades como en la manera de investigarlo. En los últimos años y en un principio sólo con fines meramente científicos se comenzaron a utilizar las entrevistas estructuradas, posteriormente se han comenzado a aplicar sobretodo en centro de salud mental en los cuales es necesario que entre varios entrevistadores se logre un acuerdo de medición sobre esta primera entrevista diagnóstica. Es como a raíz de esto surgen diversas entrevistas estructuradas, las cuales en un principio eran demasiado largas y sólo podían ser aplicadas por una persona experta en dicha entrevista. Se han logrado modificaciones importantes en dichas entrevistas y así surgió en la década de los noventa el M.I.N.I. plus, la cual a pesar de contar con más de 20 áreas de investigación, es relativamente corta y fácil de aplicar. Durante mi entrenamiento como psiquiatra me percaté de la necesidad de que en nuestras instituciones se aplicara una entrevista de diagnóstico estandarizada y que fuera aplicable por personal médico y psicólogos. Para esto es necesario hacer un análisis estadístico en el cual se mida la confiabilidad de la prueba a través del personal de una institución como lo es el Instituto Temazcalli, se aplicó la prueba a 27 pacientes por dos entrevistadores en distintos tiempos para medir la confiabilidad de la misma. Los resultados que arrojaron fueron en promedio con una confiabilidad de moderada a buena. Sin embargo será necesario llevar un entrenamiento al personal para lograr un aumento en dicha confiabilidad. El número de diagnósticos para cada paciente contó con una mediana de 5, lo que demuestra la importancia de conocer las probables comorbilidades en pacientes de la Institución.

ANTECEDENTES

Las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales empezaron a utilizarse en Estados Unidos en 1840, con la adopción de un esquema de clasificación de un solo elemento. La "idiotia" (locura) era el único término empleado para categorizar la enfermedad mental en el censo de 1840. En el censo de 1880, sin embargo, se confeccionó una lista de ocho categorías, lo cual sugiere un incremento significativo de la atención y comprensión de los trastornos mentales. Esta tendencia continuó en los Estados Unidos y en otros países y finalmente dio como resultado el capítulo sobre la revisión de los trastornos mentales llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

La primera versión de clasificación de la APA fue publicada en 1952 con el título "Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders". Más tarde, cuando se hizo evidente la necesidad de una revisión, esta edición llegó a conocerse como DSM-I. La importancia fundamental de este libro radicaba en que por primera vez se ofrecían descripciones de las categorías de los trastornos mentales.

En 1965 la APA decidió publicar una nueva revisión del DSM, coincidiendo con la octava revisión del sistema internacional de la OMS, la CIE-8. Por ello, aunque no difería sustancialmente del primer DSM, en 1968 se publicó el DSM-II. Aunque muchos autores pensaban que sería ideal tener un solo sistema internacional de diagnóstico, la publicación del DSM-II, con la inclusión de las definiciones de los trastornos, era necesaria puesto que cuando se publicó por primera vez la CIE-8 no contenía dicho glosario.

Más tarde y desde que se anunció la puesta en funcionamiento de la CIE-9 en 1979, la APA nombró la "Task Force on Nomenclature and Statistics" en 1974 para que empezara a trabajar en la elaboración del DSM-III. Aunque los representantes de la APA habían trabajado conjuntamente con los de la OMS en el desarrollo de

la CIE-9 no resultaran adecuados para su uso en Estados Unidos y, lo que es más importante, muchas áreas específicas de la clasificación no parecían lo bastante detalladas para su utilización en clínica y en investigación. Además, muchos autores consideraban que el glosario de la CIE-9 no era óptimo, dado que no utilizaba desarrollos metodológicos recientes e importantes, como los criterios diagnósticos específicos y el enfoque multiaxial en la evaluación. Por estas razones la "Task Force" se dedicó a preparar una nueva clasificación y un glosario que reflejaran tan fielmente como fuera posible el estado actual del conocimiento acerca de los trastornos mentales y que, sin embargo, mantuvieran la compatibilidad con la CIE-9.

Desde la publicación del DSM-II, el desarrollo de criterios diagnósticos ha producido una importante revolución en psiquiatría. Aunque es difícil imaginar lo que era la práctica del diagnóstico sin criterios específicos, este concepto no se introdujo en psiquiatría hasta la década de 1970 y, al inicio, sólo contemplaba unas pocas categorías dentro de las clasificaciones para investigación. Iniciada en 1972 con la publicación de lo que se ha dado a llamar criterios de Feighner⁽²⁾, la investigación se perfeccionó en gran medida gracias a la disponibilidad de definiciones específicas y detalladas de las categorías diagnósticas. Es más, se demostró que tales criterios demostraban la fiabilidad de los diagnósticos. Los criterios de Feighner⁽²⁾, que cubrían 16 categorías diagnósticas, se revisaron y ampliaron en 1978 en los criterios diagnósticos de Investigación, que abarcaban 21 categorías.

Por primera vez en la elaboración de un manual estadístico de diagnóstico se llevó a cabo un extenso trabajo de campo para poner a prueba el propuesto DSM-III antes de su adopción final. En el curso de este proyecto se evaluaron unos 12 000 pacientes. Diversos clínicos prepararon informes clínicos de cada paciente, que incluían en la evaluación multiaxial completa y proporcionaban información acerca de cualquier dificultad con la que se encontraban al usar el borrador del DSM-III. Además se llevó a cabo una prueba de fiabilidad de los criterios diagnósticos esbozados, en la que dos clínicos evaluaron a 670 adultos y a 126 niños. Aunque

el método utilizado en este estudio de fiabilidad no era el ideal, debido a las condiciones de campo incontrolables, el estudio sí que demostró que se habían realizado mejoras en la capacidad para llegar a un diagnóstico fiable de los trastornos mentales más importantes. Asimismo, este manual se ha utilizado como herramienta didáctica fundamental en la formación de estudiantes de medicina y en la preparación de médicos residentes.

En el DSM-III-R se comenzó a trabajar en 1983, tan sólo tres años después de la publicación del DSM-III. Se habían acumulado datos nuevos que indicaban la necesidad de realizar cambios en algunas de las definiciones del DSM-III y la experiencia con los criterios diagnósticos había puesto de relieve muchos ejemplos en los que no quedaba del todo claros, mostraban incompatibilidad entre las diferentes categorías diagnósticas o incluso eran contradictorias.

Cuando se iniciaron los trabajos de la CIE-10, el presidente de la APA puso al Dr. Allen Frances al frente del proyecto DSM-IV. En 1989 el Dr. Frances seleccionó un nuevo equipo integrado por 25 miembros que en su mayoría presidieron a su vez un grupo de trabajo encargado de un aspecto concreto de la clasificación del manual. El procedimiento de trabajo se dividió en tres grandes fases. En primer lugar cada grupo desarrolló una revisión exhaustiva de la literatura orientada a las cuestiones controvertidas sobre el tema, considerando los más recientes hallazgos científicos susceptibles de modificar la clasificación, el texto o los criterios del DSM-IV. En segundo lugar, una fundación costeó una serie de análisis de datos procedentes de estudios ya completados o en curso para responder cuestiones nosológicas, específicas. Finalmente el Instituto Nacional de Salud Mental, el Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas y el Instituto Nacional contra el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo subvencionaron 12 trabajos de campo para estudiar la repercusión de los cambios que se consideraban incluir en el DSM-IV.

Actualmente se lleva a cabo la nueva reunión de expertos de diferentes partes del mundo para aproximadamente en el 2010 lanzar lo que sería el DSM-V, ahora

introduciendo además de variables categóricas un enfoque dimensional a cada entidad nosológica.

Sin embargo la fiabilidad de una categoría diagnóstica impone un límite superior a su utilidad (validez). La magnitud de la fiabilidad de una categoría diagnóstica se corresponde con la magnitud de la concordancia entre los clínicos respecto a la identificación del trastorno; ello incluye el acuerdo sobre su presencia. Para determinar la fiabilidad se precisan una serie de casos con diferentes diagnósticos, a partir de los cuales se mide el grado en que los clínicos pueden discriminar correctamente las diferencias de diagnóstico.

Existen diversos métodos para calcular la fiabilidad, cada uno con sus propias ventajas e inconvenientes. La manera más sencilla pero menos sólida consiste en pedir a dos clínicos que diagnostiquen independientemente una serie de casos basándose en historia clínicas escritas o en entrevistas a los sujetos grabadas en audio o video.

Existen dos métodos para evaluar la fiabilidad "en directo". Esta valoración es la más compleja pero también es la más cercana a la vida real, ya que se aplica directamente a los pacientes. El primero es el método conjunto, llamado así porque implica que dos o más clínicos observen la misma entrevista conjuntamente. Uno de los clínicos realiza la entrevista y generalmente otro hace preguntas adicionales. En el método test-retest cada clínico lleva a cabo su propia entrevista independientemente, una a continuación de la otra.

Una de las ventajas de este procedimiento es que se acerca más al modelo de los entrevistadores intercambiables, ya que un diagnóstico fiable, es aquel que diferentes entrevistadores pueden hacerle al mismo paciente. Como es de esperar, la fiabilidad valorada mediante este método es generalmente más baja que la obtenida mediante una valoración conjunta debido al aumento de la variancia de la información (es decir, la variabilidad de la información disponible para cada clínico). A pesar del que el método test-retest requiere que los sujetos se sometan a más entrevistas y puede ser más difícil de coordinar desde el punto

de vista organizativo, la mayor posibilidad de generalizar los resultados hace que tal esfuerzo no se haga en vano .

Cuando se calcula la fiabilidad a partir del material escrito, éste suele ser más baja que la estimada a partir de entrevistas "en directo". Las razones de ello no están claras, puesto que la completa estandarización del material garantiza la eliminación de la variancia de información. Un estudio de fiabilidad basado en grabaciones de audio y video puede parecerse más a la situación "en directo" aunque en este tipo de estudio, como en el estudio de fiabilidad a partir de historias clínicas, se elimina la variancia de la información.

Incluso cuando ambos clínicos observan la misma entrevista realizada a un paciente pueden prestar atención a cosas distintas, lo cual provoca una variancia de observación. La variancia de interpretación se produce cuando los clínicos difieren en la manera de interpretar los signos y los síntomas que presenta el paciente. La variancia de observación puede reducirse con la práctica; la variancia de interpretación disminuye cuando ambos clínicos utilizan las mismas definiciones de los síntomas psicopatológicos ⁽¹⁵⁾.

Una última fuente de variancia que afecta a la fiabilidad del diagnóstico es la variancia de criterio, que se produce cuando los clínicos usan reglas diferentes para traducir sus observaciones en diagnósticos. Como se ha mencionado, desde principio de la década de 1970 existen diversos conjuntos estándar de criterios diagnósticos específicos. La variancia de criterio se reduce cuando los observadores usan los mismos criterios diagnósticos.

Existen índices estadísticos de fiabilidad, los cuales se usan generalmente cuando se pretende conocer la confiabilidad de una categoría diagnóstica aislada, de una clase diagnóstica o de toda una clasificación de diagnósticos. Una forma de calcular este acuerdo consiste simplemente en calcular el porcentaje de casos de la muestra en los que se da dicho acuerdo. Por ejemplo, dos clínicos pueden

evaluar conjuntamente a un centenar de pacientes de una unidad de hospitalización especializada en trastornos psicóticos; el acuerdo total sobre el diagnóstico de esquizofrenia podría ser del 70%, porcentaje aparentemente muy satisfactorio. Sin embargo, gran parte del acuerdo aparente se debe exclusivamente al azar. El acuerdo atribuible sólo al azar se calcularía sumando los productos de los porcentajes basales de diagnóstico y no diagnóstico de los clínicos .

En 1960 Cohen propuso la utilización del estadístico k (kappa) como índice de acuerdo entre los observadores clínicos, con una corrección en función del acuerdo debido al azar. Los valores de k oscilan entre -1, desacuerdo total, y +1, acuerdo total, con una k de 0 indicando un número de acuerdos no superior al nivel debido al azar. Se acepta que un valor k de 0.70 o superior es bueno, entre 0.50 y 0.70 es aceptable y por debajo de 0.50, es bajo*. El valor de k se calcula como sigue:

$$k = \frac{P \text{ observada} - P \text{ debida al azar}}{1 - P \text{ debida al azar}}$$

En el ejemplo propuesto de la valoración conjunta por dos clínicos de 100 pacientes hospitalizados, la P observada era del 0.70 y la P debida al azar era de 0.51. Por tanto, k es sólo de 0.39, cifra considerablemente más baja que el 70% de acuerdo global original. Con la corrección del acuerdo debido al azar, el índice k proporciona una estimación más veraz de la fiabilidad del diagnóstico y se ha convertido en el método estándar para cuantificar el acuerdo de los diagnósticos en psiquiatría .

La validez de un diagnóstico reside en el grado en que éste cumple los múltiples propósitos para los que fue establecido. En psiquiatría se aplican cuatro tipos principales de validez diagnóstica: aparente, descriptiva, predictiva y de

constructo. La validez aparente es el grado en que, aparentemente, la definición de un trastorno constituye una descripción razonable de una entidad clínica determinada y permite que los profesionales se comuniquen acerca del trastorno.

Por ejemplo, la lista de síntomas que definen la categoría del DSM-IV de trastorno depresivo mayor tiene una validez aparentemente significativa puesto que los clínicos suelen estar de acuerdo en que éstos son los signos y síntomas observados en los pacientes que están muy deprimidos.

La validez descriptiva es el grado en que los rasgos definatorios de una categoría diagnóstica son exclusivos de dicha categoría. Por ejemplo, la definición de episodio maníaco del DSM-IV posee mucha validez descriptiva dado que sus manifestaciones clínicas pueden distinguirse claramente de otras categorías. Por otra parte, la categoría de trastorno de ansiedad generalizada tiene menos validez descriptiva porque sus características esenciales, ansiedad y preocupación excesivas, suelen estar presentes en individuos con otros trastornos mentales.

Si un diagnóstico tiene una alta validez predictiva resulta útil para predecir la historia natural y la respuesta al tratamiento de un sujeto con dicho trastorno. Por ejemplo, la categoría de trastorno de angustia posee una alta validez predictiva porque existe una gran probabilidad de que una persona con este trastorno acabe desarrollando agorafobia como complicación y, como se ha afirmado anteriormente, existen muchas probabilidades de que la respuesta determinados tratamientos sea buena.

Finalmente, la validez de constructo es la forma más alta de validez y aquella en que la mayoría de los trastornos mentales presentan valores más bajos. Indica el grado de conocimiento que se posee de la etiología o del proceso fisiopatológico de un trastorno. Las pruebas para validez de constructo de un trastorno comprenden evidencias de la existencia de un factor genético, de un mecanismo biológico y de uno de sus factores sociales y ambientales que causan el trastorno.

En un artículo ya clásico que describía un método para establecer la validez de una categoría diagnóstica, Robins y Guze (1970) indicaron la necesidad de demostrar un cuadro clínico distintivo en los sujetos que padecen un trastorno, la presencia de cualquier hallazgo de laboratorio distintivo, la aparición del trastorno en los familiares del paciente y la consistencia del trastorno a los largo del tiempo. Klein y cols. (1980) se refirieron a la "disección farmacológica" al añadir las diferencias de respuesta entre los agentes psicofarmacológicos. Todos estos factores contribuyen a la validez de una categoría diagnóstica.

Ai evaluar la utilidad o la precisión (es decir, la validez) de una prueba o procedimiento diagnóstico determinado es necesario compararla con algún procedimiento estándar que se asume como válido. A esto se le llama validez de procedimiento, que no debería confundirse con la validez diagnóstica.

Básicamente existen tres índices para evaluar una nueva prueba o procedimiento estándar: la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo¹⁰⁰. La sensibilidad de un procedimiento diagnóstico se calcula como el porcentaje de casos "verdaderos" que diagnostica correctamente como afectos del trastorno. La especificidad es el porcentaje de casos que identifica correctamente como no afectos al trastorno. Finalmente, el poder predictivo de un test es el porcentaje total de casos en el test que coincide con el estándar, es decir, el número total de casos en ambos test que coinciden en la presencia del diagnóstico más el número total en ambos casos en que ambos test indican la no presencia del diagnóstico, dividido todo ello por el número total de casos. El poder predictivo de un test puede subdividirse en poder predictivo positivo y negativo. El poder predictivo total de un test es equivalente a la concordancia global.

Más tarde el uso de instrumentos estandarizados de evaluación psiquiátrica en Estados Unidos se inició en 1961 con la Escala del estado mental (Mental Status Schedule) de Spitzer y cols., y unos años antes en Inglaterra con el Examen del

estado actual (Present State Examination, PSE) de Wing*. Desde entonces se ha desarrollado un elevado número de entrevistas estandarizadas para la evaluación psiquiátrica. No obstante la mayoría de estas entrevistas estandarizadas dan puntuaciones en una o más dimensiones de síntomas, pero no en un diagnóstico psiquiátrico correcto.

Las entrevistas estandarizadas diseñadas específicamente para cubrir un amplio abanico de los principales diagnósticos psiquiátricos representan uno de los avances más recientes. A continuación describiré algunos de los más utilizados. Cabe destacar que actualmente ya existen guías de entrevistas similares que cubren los diagnósticos establecidos con más frecuencia en niños y adolescentes.

Examen del Estado Actual

El PSE, "el abuelo" de las entrevistas diagnósticas estructuradas, fue desarrollado hace unos 20 años por un grupo de investigadores de Inglaterra encabezado por el Dr. John Wing . Consiste en una entrevista estructurada que por lo general se centra en síntomas que han aparecido durante el último mes. Los diagnósticos se efectúan mediante un programa de ordenador denominado CATEGO. La última versión de esta entrevista, el PSE-10, ha sido incorporada en un nuevo sistema conocido como Escalas para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN). SCAN es un procedimiento exhaustivo que permite al clínico valorar muchas de las categorías de la CIE-10 y del DSM-IV, con secciones opcionales que caracterizan con más detalle ciertos aspectos psicopatológicos y clínicos. Su desarrollo fue patrocinado por la OMS, y fue especialmente diseñado para que su aplicación se efectuara a nivel mundial.

Escala para los trastornos afectivos y la esquizofrenia

La escala para los trastornos afectivos y la esquizofrenia (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS) se ha utilizado ampliamente en Estados Unidos y en otros países para realizar diagnósticos con arreglo a los anteriormente descritos en RDC. El clínico realiza diagnósticos siguiendo la entrevista y

consultando los RDC. Se ofrecen miniescalas de seis puntos para la mayoría de los síntomas, que generan una extensa información descriptiva y un mecanismo para esquematizar los cambios a largo plazo, si bien prolongan el tiempo para la administración del instrumento. Se han desarrollado diversas versiones de la SADS, como la SADS-L (versión lifetime), que se utiliza en sujetos de la comunidad y en familiares de pacientes, y la SADS-LA (versión lifetime revisada específicamente para los trastornos de ansiedad).

Cuestionario de entrevista diagnóstica del NIMH y entrevista diagnóstica internacional compuesta.

El cuestionario de entrevista diagnóstica del NIMH (Diagnostic Interview Schedule, DIS) se elaboró explícitamente para que la utilizara personal no médico y para facilitar la detección sistemática de un elevado número de sujetos de una comunidad en la encuesta del Epidemiologic Catchment Area. La entrevista diagnóstica internacional compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI), patrocinada por la OMS y la U.S. Alcohol, Drug, and Mental Health Administration, es una revisión y extensión del DIS y fue elaborada para estudios epidemiológicos transculturales internacionales y para estudios comparativos de psicopatología. Los diagnósticos se realizan mediante un algoritmo informático con arreglo a los criterios del DSM-III, DSM-III-R y CIE-10. Aunque en algunos estos instrumentos han sido utilizados por entrevistadores clínicos, están plenamente estructurados con el fin de reducir al mínimo el grado de juicio personal requerido para administrarlos; por ello, no precisan de la habilidad de un entrevistador clínico experimentado, algo que muchos consideran esencial para asegurar la validez de los exámenes diagnósticos.

Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV

La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (Structural Clinical Interview for DSM-IV, SCID) fue diseñada para permitir a los clínicos reunir la información apropiada para efectuar diagnósticos en los ejes I y II del DSM-IV. Siguiendo un modelo de entrevista diagnóstica clínica, la SCID empieza con una revisión de la

enfermedad actual y de los episodios previos de alteraciones psicopatológicas. Luego prosigue con preguntas sistemáticas acerca de síntomas específicos, que se inician con un examen para asegurar o descartar trastornos específicos. La SCID está diseñada para un uso modular, de modo que el investigador pueda seleccionar para un estudio concreto sólo los módulos de diagnósticos relevantes para la muestra de sujetos del estudio .

Se han desarrollado dos versiones principales de la SCID para los trastornos del eje I del DSM-IV: la Versión clínica (SCID-CV) y la Versión para investigación (SCID). La SCID-CV cubre tan solo diagnósticos del DSM-IV más frecuentemente encontrados en la práctica clínica y excluye la gran mayoría de subtipos y especificadores incluidos en la versión para investigación. La SCID-CV puede utilizarse de al menos tres formas. En la primera, el clínico lleva a cabo la entrevista de la forma habitual y luego utiliza una parte de la SCID-CV para conformar y documentar el diagnóstico DSM-IV que sospecha. Por ejemplo, tras escuchar al paciente describir lo que parecen crisis de angustia, el clínico puede utilizar el módulo de trastornos de ansiedad de la SCID-CV para interrogar sobre los diagnósticos específicos DSM-IV para los trastornos de angustia. En este ejemplo, la SCID-CV proporciona al clínico no sólo los criterios del DSM-IV para el trastorno de angustia, sino también las preguntas de la SCID, que constituyen medios eficaces para obtener la información necesaria y juzgar los criterios diagnósticos. En la segunda forma, se administran de forma completa la SCID-CV y la SCID-II (para los trastornos de personalidad), asegurando así que todos los diagnósticos del eje I y eje II son evaluados sistemáticamente. Los profesionales de la salud mental de diversos terrenos, incluyendo psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales psiquiátricos y personal de enfermería psiquiátrica utilizan la SCID de este modo en hospitales y clínicas. Finalmente, la SCID-CV puede resultar útil en el perfeccionamiento de las habilidades de entrevista para estudiantes de profesiones relacionadas con la salud mental. La SCID-CV proporciona un repertorio de preguntas útiles para recabar información del paciente que constituirá la base de posteriores juicios sobre los criterios

diagnósticos. A través de repetidas administraciones de la SCID-CV, los estudiantes se familiarizan con los criterios del DSM-IV y al mismo tiempo incorporan preguntas útiles a su repertorio de entrevista.

En la versión para investigación se incluyen detalles sobre los síntomas que suelen resultar, en general, más útiles para los investigadores que para los clínicos. Esta versión es mucho más extensa que la SCID-CV, dado que contiene escalas para varios de los trastornos, subtipos y los especificadores de gravedad y curso que pueden resultar útiles para el investigador desde el punto de vista diagnóstico, y en cambio escasamente relevantes para el clínico. Existen dos versiones disponibles: la SCID-P, para pacientes psiquiátricos, y la SCID-NP, para individuos de la comunidad, familiares de pacientes, pacientes de asistencia primaria y otras personas no identificadas como pacientes psiquiátricos.

La SCID-II que permite el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, está diseñada para ser usada con un cuestionario autoadministrado que el sujeto debe completar poco antes de la entrevista. Una vez contestado, el clínico se centra en las respuestas positivas del cuestionario, revisando los síntomas del trastorno de la personalidad. La SCID-II cubre 12 trastornos de personalidad: 10 de ellos aparecen en la sección dedicada a estos trastornos del DSM-IV; los dos restantes (trastorno negativista de la personalidad y trastorno depresivo de la personalidad) aparecen en el apéndice B del DSM-IV. La SCID-II está publicada como un instrumento separado con un manual de instrucciones igualmente separado y disponible en la American Psychiatric Press.

M.I.N.I.

Finalmente y siendo el tema que nos ocupa en esta tesis el M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview) se comenzó a desarrollar entre un grupo de investigadores norteamericanos, franceses y británicos encabezados por el Dr. David V. Sheehan a finales de la década de los 90's. Ellos centraban su proyecto debido a la necesidad unificar criterios diagnósticos entre no sólo entre distintos médicos del mismo centro hospitalario, sino a nivel multicéntrico. Ellos consideran

que algunas de las entrevistas mencionadas anteriormente eran demasiado extensas y en ocasiones difíciles, por lo que tenían que ser aplicadas por expertos o personal de la salud mental que llevaron a cabo un entrenamiento intensivo para aprenderlo. Por lo que Sheehan y colaboradores vieron la necesidad de una entrevista semiestructurada que tuviera un "puente" entre lo detallado, académico, orientado hacia la investigación de unas entrevistas y lo rápido y funcional de los test para personal de primer contacto. Buscaban que fuera más corto que las entrevistas típicas para investigación pero más comprensivas que los test de escrutinio, lo cual proveería de menor costo para los ensayos clínicos que la utilizaran. Los objetivos en el diseño del M.I.N.I. fueron: en primer lugar, como hemos dicho, que fuera de corta duración, en segundo lugar que fuera simple, claro y fácil de administrar. En tercer lugar que fuera altamente sensible, y por supuesto específico. En cuarto lugar que fuera compatible con los criterios diagnósticos internacionales (CIE-10) y el DSM-IV. En quinto lugar era importante desarrollar un instrumento que pudiera contar con algunas de las variantes subsindromáticas; y por último que tuviera valor clínico y también pudiera ser utilizado en investigación¹⁴⁾.

Como parte del desarrollo del M.I.N.I. encontraron que existía un adecuado balance entre la sensibilidad y el valor predictivo positivo de la prueba. Ellos asumieron que era preferible encontrarse con algunos pocos falsos positivos en lugar de falsos negativos, es por ello que decidieron en los módulos de los trastornos "sobreincluir" algunos síntomas, para en caso de errar, aceptar falsos positivos y no dejar sin diagnóstico a los casos verdaderos.

El M.I.N.I. no tiene intenciones de remplazar a los psiquiatras, por el contrario, como si fuera un test de laboratorio en medicina, fue diseñado para disminuir la rutina y la información repetitiva, maximizando la eficiencia de la entrevista psiquiátrica y dejando tiempo al especialista para otro tipo de preguntas críticas.

Como regla general en este tipo de entrevistas, se realizan dos preguntas de escrutinio, si la primera es negativa, definitivamente se cancela el diagnóstico y se pasa al siguiente módulo. En caso de que la primera sea positiva se valorará el continuar con dicho módulo¹⁵⁾.

El M.I.N.I. se logra aplicar en un promedio de 15 minutos. Se tomaron en cuenta 19 diagnósticos, incluyendo 17 del eje I, el módulo de riesgo suicida y uno del eje II (trastorno antisocial de la personalidad).

Sin embargo el M.I.N.I. desarrolló una serie de "hermanos" los cuales se podrían ajustar a diferentes intereses, fue por eso que se desarrolló el M.I.N.I. plus, el cual incluye varios subtipos de los trastornos. Esta versión incluyó 23 trastornos, incluyendo la cronología y módulos para los trastornos por somatización, trastornos de conducta, TDAH, trastornos adaptativos, trastorno disfórico premenstrual, y el trastorno mixto ansioso-depresivo. Aún así el M.I.N.I. plus es menos complejo que otras entrevistas⁽¹⁶⁾. Otro "hermano" fue el M.I.N.I.- Screen el cual sólo consta de 6 trastornos, los más comunes, y se utiliza en el manejo de cuidados primarios. El último de los "hermanos" es el M.I.N.I.- Kid, que como su nombre lo indica está pensado en la población infantil y adolescente.

La validación para el M.I.N.I. se llevó a cabo comparándolo con el SCID-P y el CIDI, los resultados arrojaron una kappa de Cohen que en su gran mayoría era por encima 0.65 lo cual es satisfactorio. Hubo kappa de 0.90 en trastornos como los alimentarios, menores de 0.90 como lo fueron el trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, TEPT, Agorafobia, entre otros. Y resultados menos satisfactorios como una kappa de 0.52 y 0.53 en la distimia y el trastorno psicótico actual respectivamente⁽¹⁷⁾.

JUSTIFICACIÓN

A pesar del cambio casi revolucionario que han experimentado los sistemas de salud, del gran avance en el conocimiento de las etiologías de los trastornos mentales, del progreso en el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos como reflejo del mayor y mejor conocimientos de estos trastornos y de la reducción del tiempo disponible para la evaluación diagnóstica y el tratamiento psiquiátrico, la entrevista psiquiátrica persiste como el vehículo esencial para la evaluación del paciente psiquiátrico. En la entrevista el paciente explica aquello que le preocupa en el contexto de una relación médico-paciente confidencial. El psiquiatra escucha y responde, en un intento de conseguir el mejor entendimiento posible de los problemas del paciente en su contexto cultural y ambiental. Pone en marcha estrategias que faciliten un intercambio libre y espontáneo de información con el paciente y una vez finalizada la entrevista llega a la formulación diagnóstica de los problemas del paciente. Entre más sea precisa la evaluación diagnóstica, más acertada será la estrategia terapéutica.

La exploración psicopatológica es un resumen transversal de la conducta, el sensorio y las funciones cognoscitivas del paciente. La información relativa al estado psicopatológico del paciente se obtiene de manera informal durante la entrevista psiquiátrica, aunque también mediante test formales. La exploración informal se basa en las observaciones del psiquiatra y el discurso del paciente. La necesidad y especificidad de los test formales se fundamentan en la información y en los indicios derivados de la entrevista psiquiátrica⁽¹⁾.

El tiempo necesario para una entrevista psiquiátrica ambulatoria oscila entre 45-90 minutos. El psiquiatra debe ser consciente asimismo de su propia capacidad para controlar el tiempo.

Sin embargo a lo largo de la historia de la psiquiatría ha habido diversas controversias acerca de los diagnósticos realizados por los mismos psiquiatras, para muchos una enfermedad de comportaba de manera completamente distinta para otros colegas lo que generaba discrepancias diagnósticas frecuentes. Es por

eso que se decidió buscar una manera de darle orden a la manera de diagnosticar entre los psiquiatras de diferentes partes del mundo. Se propusieron diversos sistemas de clasificación los cuales cumplen tres propósitos generales. En primer lugar aportan un lenguaje común que permite que todos los profesionales de la salud puedan comunicarse entre sí. Los términos sobre los que existe un acuerdo general proporcionan una forma resumida de describir las entidades con las que se enfrentan los profesionales de la salud mental, lo cual posibilita una comunicación eficaz.

En segundo lugar, para evaluar la historia natural de un trastorno determinado y desarrollar un tratamiento eficaz es necesario definir las características del trastorno y entender cómo difiere de otros trastornos similares. En el momento en que la relación entre diagnóstico y tratamiento de una categoría particular haya quedado establecida, el diagnóstico correcto de la alteración que presenta un individuo puede indicar cuál es el tratamiento más eficaz. Finalmente, el propósito último de una clasificación es desarrollar la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales. Conocer la causa de un trastorno suele conducir al desarrollo de un tratamiento eficaz. Se desconoce la etiología o el proceso fisiopatológico subyacente de la mayoría de los trastornos mentales incluidos en los sistemas de clasificación, exceptuando los trastornos debidos a enfermedades médicas y aquellos escasos trastornos en cuya definición está implícita la etiología, como por ejemplo el trastorno por estrés postraumático.

No obstante, en la mayor parte de los trastornos del DSM-IV abundan las teorías etiológicas formuladas por clínicos e investigadores de orientaciones teóricas diferentes. Por ejemplo, muchos investigadores consideran que las fobias representan un desplazamiento de la ansiedad resultante de un fracaso de los mecanismos de defensa que intentan mantener los conflictos internos al margen de la conciencia. Otros autores explican las fobias sobre la base del aprendizaje de respuestas de evitación ante una ansiedad condicionada, y otros incluso creen que ciertas fobias son el resultado de un desequilibrio de los sistemas biológicos

básicos que median la ansiedad de separación. A pesar de las distintas teorías etiológicas sobre cómo se producen estos trastornos, es evidente que clínicos e investigadores pueden ponerse de acuerdo en los aspectos que caracterizan cada trastorno. Por ello, en el DSM-III, el DSM-III-R y el DSM-IV se ha adoptado un enfoque descriptivo para la clasificación que incluye definiciones de los diversos trastornos sin hacer referencia a la etiología o cuyo proceso fisiopatológico subyacente es conocido. Tal enfoque, notablemente atóxico, permite que clínicos de diversas orientaciones utilicen esta clasificación descriptiva; en otras palabras, los clínicos pueden identificar estos trastornos y seguir manteniendo sus propios puntos de vista para su comprensión y tratamiento ⁽¹⁸⁾.

En los últimos años la investigación psiquiátrica se ha visto notablemente facilitada por la evolución que han experimentado los criterios diagnósticos específicos y por la implementación de entrevistas diagnósticas estructuradas ceñidas a estos criterios. Tales entrevistas presentan muchas ventajas: aumentan la fiabilidad con que se realizan los diagnósticos, facilitan el registro de síntomas específicos que están presentes o ausentes y permiten establecer diagnósticos psiquiátricos fiables incluso a clínicos relativamente noveles. Sin embargo la necesidad de emplear instrumentos cada vez más eficaces, cortos y completos ha sido la constante de los últimos años ya que en las Instituciones de Salud se convierten en herramientas fundamentales para la unión de estos criterios diagnósticos y la validez suficiente para realizar estudios de investigación y mejorar, a su vez, la calidad en la atención de dichas instituciones.

OBJETIVOS

Medir la confiabilidad en la aplicación de la entrevista estructurada MINI plus entre algunos del personal del servicio de Rehabilitación del Instituto Temazcalli para lograr la aplicación confiable de dicho instrumento en las entrevistas diagnósticas a los pacientes que acuden a dicho servicio

MATERIAL Y MÉTODOS

Población en estudio y tamaño de la muestra

Se realizó en 28 pacientes del Instituto Temazcalli que acudían a cita programada con un mes de anticipación, lo cual incluía a pacientes de primera vez (n=5) y subsecuentes (n=21), así como familiares quienes no contaban con expediente clínico (n=2).

La entrevista fue aplicada por 8 trabajadores del Instituto, de los cuales 2 son psiquiatras y 6 psicólogos. En todos los pacientes se les informó sobre la aplicación de un instrumento de evaluación diagnóstica por dos distintos profesionales de la salud mental, uno enseguida del otro. Los 28 pacientes decidieron aceptar entrar al estudio firmando la hoja de consentimiento informado respectiva que se les entregaba en la primera entrevista. Sólo un paciente no aceptó la segunda entrevista, quedando con un número de 27 pacientes quienes fueron entrevistados en dos ocasiones por distinto personal.

Se parearon los aplicadores de las entrevistas de manera que cada uno entrevistara junto con otro aplicador distinto y nunca se repitieran la pareja de entrevistadores a un solo paciente.

Ambas entrevistas tenían una duración total de entre 1-1.40 horas. Hubo entrevistadores que ya conocían algunos de los diagnósticos de los pacientes, sin embargo eso no se controló ya que no se consideró fuera un sesgo debido a que se trata de una entrevista estructurada.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Los criterios de inclusión fueron todos aquellos pacientes que estuvieran programados dentro de la agenda de los entrevistadores y que desearan participar en el estudio, así como familiares que voluntariamente quisieran participar.

Se excluyeron aquellos que tuvieran diagnósticos de cuadros demenciales y/o retraso mental.

Se eliminó a un paciente que no quiso completar la segunda entrevista. El resto de los programados, terminaron el estudio.

Variables y escalas de medición

Se aplicó en cada una de las entrevistas el M.I.N.I. plus versión en Español 5.0, los entrevistadores no tuvieron un entrenamiento previo, y en algunos de ellos fue la primera vez que tuvieron contacto con el instrumento. Sólo se les dio una breve introducción sobre el manejo del instrumento y como calificarlo. El M.I.N.I. plus evalúa 26 áreas diagnósticas entre las que se encuentran: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Episodio Maníaco/Hipomanía, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Dependencia/Abuso de Alcohol, Dependencia/Abuso de Sustancias (No Alcohólicas), Trastornos Psicóticos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad, Trastorno de Somatización, Hipocondría, Trastorno Dismórfico Corporal, Trastorno por Dolor, Trastorno de la Conducta (Disocial), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Niños/Adolescentes/Adultos), Trastornos Adaptativos, Trastorno Disfórico Premenstrual y Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

El M.I.N.I. plus maneja cronología y subdivisiones de algunos trastornos, sin embargo no se metieron al análisis estadístico por motivos de la muestra.

Recolección de datos y análisis de los resultados

A cada uno de los entrevistadores se les hizo entrega de uno de los formatos de M.I.N.I. plus, así como de varias hojas de evaluación y consentimientos informados. Se les informó de la necesidad de aplicar la entrevista en un máximo de 50 minutos debido a la disponibilidad de los pacientes. Las hojas con las

calificaciones se recogieron y se metieron a una base de datos Excel versión 2007 para posteriormente meterse a análisis estadístico.

Implicaciones éticas del estudio

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Temazcalli y fue aceptado por el Comité Científico de la misma institución. Se trató de una investigación de riesgo mínimo, sin embargo a cada uno de los participantes se les explicó sobre los objetivos del estudio y los riesgos de los mismos, en caso de aceptar participar de manera voluntaria, se les entregó una hoja de consentimiento informado para que lo firmaran en caso de aceptar.

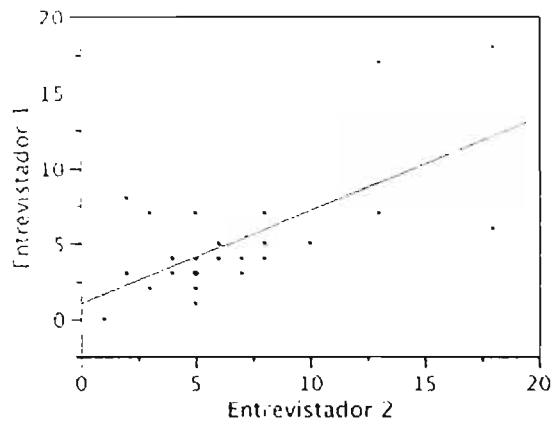
RESULTADOS

1. Acuerdo para cualquier diagnóstico

En 26 de 27 pacientes los entrevistadores estuvieron de acuerdo en la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico (96.26%). No fue posible calcular el índice kappa debido a que se requiere la presencia de 4 respuestas en la tabla de contingencia.

2. Número de diagnósticos

Sólo un paciente no recibió más de un diagnóstico por al menos alguno de los entrevistadores (Sujeto 25 que recibió un diagnóstico por un entrevistador y quedó sin diagnóstico por el segundo entrevistador). El resto recibió más de un diagnóstico por al menos uno de los entrevistadores. El promedio de diagnósticos encontrados por el total de los entrevistadores fue de 5.9 por paciente, con una mediana de 5 diagnósticos. El máximo de diagnósticos fue de 18 y el mínimo de 0. Se encontró una correlación lineal positiva de 0.66 entre el número de diagnósticos realizados por cada uno de los entrevistadores. El sujeto que recibió el mayor número de diagnósticos por un evaluador también recibió el mayor número de diagnósticos del otro. El sujeto que no recibió ningún diagnóstico solo recibió un diagnóstico por parte del otro.



3. Trastornos Afectivos

Cualquier Trastorno Afectivo

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	17	6
	Ausente	1	3

Porcentaje de acuerdo general	20/27 (74.0%)
Acuerdo positivo	17
Acuerdo negativo	3
Desacuerdos	7/27 (25.9%)
Índice kappa	0.32
Error estándar	0.183
Test de Bowker	3.57
Probabilidad ChiSq	0.0588

Depresión mayor

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	9	6
	Ausente	2	10

Porcentaje de acuerdo general	19/27 (70.37%)
Acuerdo positivo	9
Acuerdo negativo	10
Desacuerdos	8/27 (29.6%)
Índice kappa	0.41
Error estándar	0.16
Test de Bowker	2
Probabilidad ChiSq	0.16

Riesgo Suicida

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	7	3
	Ausente	2	15

Porcentaje de acuerdo general	22/27 (81.48%)
Acuerdo positivo	7
Acuerdo negativo	15
Desacuerdos	5/27 (18.5%)
Índice kappa	0.59
Error estándar	0.16
Test de Bowker	0.2
Probabilidad ChiSq	0.65

Manía/Hipomanía

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	4	1
	Ausente	4	18

Porcentaje de acuerdo general	22/27 (81.48%)
Acuerdo positivo	4
Acuerdo negativo	18
Desacuerdos	5/27 (18.5%)
Índice kappa	0.50
Error estándar	0.16
Test de Bowker	1.8
Probabilidad ChiSq	0.17

Cualquier trastorno de ansiedad

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	10	5
	Ausente	2	10

Porcentaje de acuerdo general	20/27 (74.07%)
Acuerdo positivo	10
Acuerdo negativo	10
Desacuerdos	7/27 (25.9%)
Índice kappa	0.48
Error estándar	0.16
Test de Bowker	1.28
Probabilidad ChiSq	0.25

Trastorno de Pánico

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	7	5
	Ausente	2	13

Porcentaje de acuerdo general	20/27 (74.07%)
Acuerdo positivo	7
Acuerdo negativo	13
Desacuerdos	7/27 (25.9%)
Índice kappa	0.46
Error estándar	0.16
Test de Bowker	1.2
Probabilidad ChiSq	0.25

Trastorno de Ansiedad Generalizada

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	3	2
	Ausente	0	22

Porcentaje de acuerdo general	25/27 (92.59%)
Acuerdo positivo	3
Acuerdo negativo	22
Desacuerdos	2/27 (7.4%)
Índice kappa	0.70
Error estándar	0.18
Test de Bowker	2
Probabilidad ChiSq	0.15

Fobia Social

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	5	3
	Ausente	1	18

Porcentaje de acuerdo general	23/27 (85.18%)
Acuerdo positivo	5
Acuerdo negativo	18
Desacuerdos	4/27 (14.8%)
Índice kappa	0.61
Erro. estándar	0.17
Test de Bowker	1
Probabilidad ChiSq	0.31

Abuso y Dependencia de Alcohol

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	10	2
	Ausente	3	12

Porcentaje de acuerdo general	22/27 (81.48%)
Acuerdo positivo	10
Acuerdo negativo	12
Desacuerdos	5/27 (18.5%)
Índice kappa	0.62
Error estándar	0.2
Test de Bowker	1
Probabilidad ChiSq	0.65

Abuso y Dependencia a Sustancias

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	10	4
	Ausente	3	10

Porcentaje de acuerdo general	20/27 (74.07%)
Acuerdo positivo	10
Acuerdo negativo	10
Desacuerdos	7/27 (25.9%)
Índice kappa	0.48
Error estándar	0.16
Test de Bowker	0.14
Probabilidad ChiSq	0.70

Trastorno antisocial de personalidad

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	6	1
	Ausente	1	19

Porcentaje de acuerdo general	25/27 (92.59%)
Acuerdo positivo	6
Acuerdo negativo	19
Desacuerdos	2/27 (7.4%)
Índice kappa	0.80
Error estándar	0.13
Test de Bowker	0
Probabilidad ChiSq	1.00

Trastorno Mixto ansioso depresivo

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	6	1
	Ausente	3	17

Porcentaje de acuerdo general	25/27 (85.18%)
Acuerdo positivo	6
Acuerdo negativo	17
Desacuerdos	4/27 (14.8%)
Índice kappa	0.64
Error estándar	0.15
Test de Bowker	1
Probabilidad ChiSq	0.31

Trastorno por Déficit de Atención

		Evaluador 1	
		Presente	Ausente
Evaluador 2	Presente	11	2
	Ausente	3	10

Porcentaje de acuerdo general	21/27 (77.77%)
Acuerdo positivo	11
Acuerdo negativo	10
Desacuerdos	5/27 (18.5%)
Índice kappa	0.64
Error estándar	0.15
Test de Bowker	1
Probabilidad ChiSq	0.31

Discusión

A pesar de la amplia diversidad de procedimientos disponibles para el análisis del acuerdo entre observadores con datos categóricos, a través de la información bruta que aporta una tabla de acuerdo no es posible obtener medidas apropiadas que reflejen el grado de acuerdo real en presencia de heterogeneidad marginal y/o alta prevalencia en las categorías, relacionados íntimamente con problemas tales como el error de medida de las variables y el sesgo entre observadores.

El efecto de sesgo de un observador respecto a otro ocurre cuando sus probabilidades marginales difieren, siendo mayor conforme aumenta la heterogeneidad de sus respectivas distribuciones marginales. En cierta medida, vinculado al efecto de sesgo, se encuentra el efecto de prevalencia, que ocurre en prevalencia de una población global extrema de resultados para una categoría de respuesta

El principio de corrección del azar es un procedimiento sencillo y universalmente aceptado para medir el acuerdo. No obstante aunque los índices descriptivos han sido ampliamente utilizados en la literatura científica, muchos trabajos han puesto de manifiesto los problemas de estos índices, especialmente del índice Kappa, que muestran un comportamiento inadecuado en presencia de marginales heterogéneos y valores extremos de prevalencia de las categorías de respuesta.

Así, prevalencias muy bajas, o muy altas, penalizan el índice k debido a que en ese caso la proporción de acuerdo esperado por azar es mayor que cuando la prevalencia es cercana a 0.5. Además, también se ve afectado por la simetría de los totales marginales

En este caso se observó una correlación positiva entre la cantidad de diagnósticos que se elaboraron (Fig 1), así el paciente que tuvo mayor número de diagnósticos, así lo fue para ambos entrevistadores.

Por otra parte, el test de Bowker permite estimar el sesgo debido a heterogeneidad marginal. Cuando la probabilidad asociada es mayor a 0.05, se estima que los indicadores de acuerdo no están sesgados. A manera de resumen los índices kappa ordenados de mayor a menor quedaron así:

Condición	Kappa
Trastorno antisocial	0.80
T. Ansiedad Generalizada	0.70
Trastorno por Déficit de Atención	0.64
Trastorno mixto ansioso-depre	0.64
Abuso y dependencia alcohol	0.62
Fobia social	0.61
Riesgo Suicida	0.59
Manía/hipomanía	0.50
Cualquier trastorno ansiedad	0.48
Abuso y dependencia sustancias	0.48
Trastorno de Pánico	0.46
Depresión mayor	0.41
Cualquier trastorno afectivo	0.32
Promedio	0.55

Los índices son muy variables, aunque en promedio se pudo observar un acuerdo moderado a bueno. En algunas áreas se considera que el acuerdo es menor al deseado, por ejemplo para trastornos depresivos o de ansiedad. El acuerdo para los trastornos relacionados con los impulsos (TDA, consumo de sustancias y trastorno antisocial) tuvieron índices de acuerdo mayores.

Es importante señalar que los pacientes que se emplearon para este estudio se trataron de pacientes de la Institución en los cuales se les hizo un número de diagnósticos elevados, debido a que se tratan de pacientes graves, e incluso en el área de riesgo suicida se encontró una prevalencia del 26%, lo cual refleja en cierta medida el grado de severidad en la patología de aquellos a quienes se les aplicó la entrevista.

Incluso cabe destacar que los padecimientos en donde se encontró una consistencia diagnóstica menor fueron en los trastornos afectivos, ya que reveló una κ de 0.32, la cual se considera con mala consistencia en términos estadísticos. Específicamente observamos que se encuentran datos de prevalencia diagnóstica especialmente altos comparados con los reportados en la literatura como por ejemplo el trastorno depresivo mayor con un 33%, Manía/Hipomanía con un porcentaje cercano al 15%, trastornos de Ansiedad del 37%, siendo el trastorno de pánico quien reveló mayor prevalencia con un 26%.

Entre otros diagnósticos como lo son el consumo de sustancias, el trastorno por déficit de atención, y el trastorno antisocial de la personalidad que son diagnósticos cuya sintomatología tiene que ver con el control de impulsos se le encontró una consistencia diagnóstica de 0.62 a 0.80, lo cual es adecuada para fines estadísticos, probablemente ya que durante la entrevista, el cuestionamiento acerca de dichos síntomas de estas patologías son mucho más objetivas, es decir se trata de contestar si se presentan o no situaciones muy específicas, a diferencia de en los trastornos afectivos en los cuales la situación que se pregunta

posee una mayor subjetividad y la necesidad de mayor comprensión por parte del entrevistado, es decir, es más fácil contestar si se consume tal sustancia en un tiempo determinado que si en los últimos meses se ha sentido afectivamente de una manera distinta a otras épocas de su vida. Es probable que eso marque una gran diferencia. Ahora que desde luego existe una prevalencia mayor en el consumo de sustancias y con mayor probabilidad de coincidir en los diagnósticos ya que el personal encargado de entrevistarlos frecuentemente se topan con este tipo de patologías, además el personal que aplicó este instrumento pertenece al área de rehabilitación de adicciones del Instituto Temazcalli aunque no es exclusivo para este tipo de trastornos.

Otra de las posibles causas que pudieron favorecer que si bien la consistencia fue de promedio de moderada a buena, no arrojara los resultados esperados fue se aplicó a personal de psicología como psiquiatras; los primeros con menor experiencia en la clínica de muchos de los trastornos que el M.I.N.I. plus interroga.

Por su parte la mediana arrojada en los resultados sobre la cantidad de diagnóstico de un solo individuo (que fue de 5) pone de manifiesto la frecuencia de comorbilidades entre diversos trastornos psiquiátricos, tomando en cuenta que se trata de pacientes que principalmente acudieron por abuso y/o dependencia a sustancias, las comorbilidades son altas y es necesario hacer una buena entrevista de diagnóstico, ya que el no haber comorbilidades es más la excepción que la regla.

Existen varias limitaciones en el estudio, una de ellas es que no se realizó entrenamiento especial para el personal que aplicó el cuestionario ya que se considera que el instrumento no lo requiere, sin embargo para muchos de los aplicadores fue el primer contacto con el instrumento en su vida profesional lo que pudo haber facilitado que la consistencia fuera menor.

Otra limitación fue el tiempo de aplicación de la entrevista ya que no se contaba con tiempo ilimitado, sino más bien que no pasara de 50 minutos, tomando en cuenta esta situación es probable que muchos de los paciente no hallan comprendido adecuadamente las preguntas; además que siendo paciente con un abanico importante de diagnósticos, la entrevista en algunos casos debió ser más larga y clara.

Otra situación limitante para el estudio fue que los pacientes fueron entrevistados en dos ocasiones de manera continua y esto pudo haber provocado que ellos mismos se desesperaran y no contestaran adecuadamente.

CONCLUSIONES

Los resultados que arroja este estudio refuerzan la necesidad de realizar entrevistas estructuradas rápidas y que midan algunas de las patologías más frecuentes en este tipo de Instituciones a las cuales llegan pacientes con una severidad de patología mayor que en el medio privado. Siendo una Institución de salud mental y habiendo varios terapeutas y médicos encargados de realizar las valoraciones de ingreso, es de suma importancia que se apliquen instrumentos estandarizados. El M.I.N.I. plus es uno de ellos, sin embargo para poder ser aplicado con mayor consistencia es necesario implementar un método de entrenamiento ya que consideramos es necesario subir aún más los niveles de confiabilidad entre el personal.

Sin duda una de las grandes ventajas de haber aplicado el instrumento es el haber diagnosticado una serie de comorbilidades que durante las entrevistas meramente clínicas no se realizan, tal vez por falta de tiempo, o por dejar al paciente hablar en "tribuna libre" lo que diluye la posibilidad de investigar sobre otros diagnósticos.

La entrevista estructura por ningún motivo sustituye a la entrevista clínica, simplemente es un apoyo para simplificar el abordaje de diversos diagnósticos y reducir el tiempo para poder utilizarlo en puntos más específicos de la sintomatología presentada por cada uno de los pacientes.

El estudio de confiabilidad aporta que es más sencillo aplicar el instrumento para padecimientos que tengan que ver con el control de impulsos que implican preguntas más objetivas, sobretodo si el personal no se encuentra debidamente

capacitado para aplicar el instrumento o si es la primera vez que tiene contacto con el M.I.N.I. plus.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- American Psychiatric Association: diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- 2.- Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26:57-63, 1972.
- 3.- Frances A, Davis WW, Kline M, et al: The DSM-IV field trials: moving towards an empirically derived classification: European Psychiatry 6:307-314, 1991.
- 4.- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, et al: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. Arch Gen Psychiatry 45:1069-1077, 1988.
- 5.- Shorut PE, Spitzer RL, Fleiss JL: quantification of agreement in psychiatry diagnosis revisited. Arch gen Psychiatry 44:172-177, 1987.
- 6.- Spitzer RL, Fleiss JL: A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. Br J Psychiatry 125:341-347, 1974.
- 7.- Spitzer RL: Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? Compr Psychiatry 24:399-411, 1983.

8.- Cohen J: A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 20:37-46, 1960.

9.- Robbins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 126:983-987, 1970

10.- Baldessarini Rj, Finklestein S, Arana GW: The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness. *Arch Gen Psychiatry* 40:569-573, 1983.

11.- Spitzer RL, Fleiss JL, Burdock EI, et al: The Mental Status Schedule: rationale, reliability and validity. *Compr Psychiatry* 5:384-395, 1964.

12.- Wing JK, Babor T, Brugha T, et al: SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 47:589-593, 1990.

13.- Williams JBW, Gibbon M, First MB, et al: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), II: multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 49:630-636, 1992.

14.- Sheehan DV, Lecrubier Y, Janavs J, et al: Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. ; 12:232-241, 1997.

15.- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A short diagnosis structured interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 13:26-34, 1998.

16.- Sheehan DV, Lecrubier Y, Amorim P, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a

structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 20):22-33, 1998.

17.- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, et al. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 13:26-34, 1998.

18.- Robert E. Hales, Stuart CY, Talbott JA: *Tratado de Psiquiatría DSM-IV*. The American Psychiatric Press, 3° edición, Editorial Masson, 2001.

19.- Benavente Ana, Ato Manuel, López Juan J. Procedimientos para detectar y medir el sesgo entre observadores. *Anales de Psicología*; 22:161-167. 2006.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Confiabilidad del M.I.N.I. plus entre el personal del Instituto Temazcalli

El propósito del presente estudio es investigar la consistencia de la entrevista semi-estructurada M.I.N.I. plus entre algunos psicólogos y psiquiatras del Instituto Temazcalli, dicho instrumento tiene como objetivo hacer de manera más eficaz y rápida la detección de algunos de los trastornos mentales en nuestra comunidad. Con mi participación contribuiré a mejorar la calidad en la atención de los pacientes que acudan a esta Institución.

Mi participación consistirá en responder a las preguntas elaboradas por dos terapeutas distintos, que me ocupara alrededor de 1 hr y 15 minutos; durante las cuales se me aplicara en dos ocasiones el instrumento M.I.N.I. plus.

Los fines del estudio son sólo de investigación y proporcionará información sobre la posibilidad de utilizar este instrumento como un estándar en la Institución con el fin de unificar criterios y así mejorar la calidad en la atención.

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo en esta Institución. De la misma manera, mi información será destruida en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar al Dr. Rodrigo Hernández Castro al teléfono 127-0246

_____ Nombre y firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha

ENTREVISTADORES

- 1.- Lic. Psicología Laura Laga
- 2.- Lic. Psicología Guadalupe Azpeitia
- 3.- Lic. Psicología Isabel Martínez
- 4.- Lic. Psicología Carolina Olvera
- 5.- Lic. Psicología Carlos Valdés
- 6.- Lic. Psicología Oscar Saucedo
- 7.- Dra. Natalia Campos
- 8.- Dra. Marisol Orocio

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0

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

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

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP - Madrid - España
M. Soto, O. Soto
University of South Florida - Tampa-USA
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 2000 Sheehan DV & Lecrubier Y

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

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del entrevistador: _____
 Fecha de la entrevista: _____

Número de protocolo: _____
 Hora en que inició la entrevista: _____
 Hora en que terminó la entrevista: _____
 Duración total: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10	
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recurrente	F33.x	
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
	Pasado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx	
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	29x.xx	none
	Pasado	<input type="checkbox"/>	29x.xx	none	
	EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recurrente	F32.x F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (Últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1	
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (Último mes) Riesgo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	ninguno	ninguno	
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9	
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0	
BIPOLAR II DISORDER	Actual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8	
EPISODIO MANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30	
EPISODIO HIPOMANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.83	ninguno	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	293.83	ninguno	
EPISODIO MANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno	
EPISODIO HIPOMANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno	
	Pasado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno	
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0	
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0	
	Actual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4	
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	ninguno	
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	ninguno	
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00	
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1	
H FOBIA ESPECÍFICA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.29	F40.2	
I TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8	
	TOC DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.69	F06.4
	TOC INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	none
J ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1	
K DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	
	ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L DEPENDENCIA DE ALCOHOL	De por Vida	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1	
	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas)	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas)	De por Vida	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
M ABUSO DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas)	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1	
	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3	
ESQUIZOFRENIA	Actual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx	
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx	
	Actual	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x	
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x	
	Actual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8	
TRASTORNO PSICÓTICO BREVE	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8	
	Actual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81	
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81	

	TRASTORNO DELIRANTE	Actual	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
	TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
	TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	none
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	none
	TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO	Actual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	De por Vida	<input type="checkbox"/>		F31.X3/F31.X2/F31.X5
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO NO ESPECIFICADO	De por Vida	<input type="checkbox"/>	296.90	F39
	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
		Pasado	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
	TRASTORNO BIPOLAR I CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
		Pasado	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
N	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (Últimos 3 Meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	BULIMIA NERVIOSA	Actual (Últimos 3 Meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVIOSA TIPO PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVIOSA TIPO NO-PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO RESTRICTIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (Últimos 6 Meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	none
Q	TRASTORNO ANTISOCIAL de la PERSONALIDAD	De por Vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R	TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	De por Vida	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
		Actual	<input type="checkbox"/>		
S	HIPOCONDRIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T	TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Actual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U	TRASTORNO POR DOLOR	Actual	<input type="checkbox"/>	300.89/307.8	F45.4
V	TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Niños/Adolescentes)	Actual	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9/F98.8
	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Adultos)	De por Vida	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F98.8
		Actual	<input type="checkbox"/>		
X	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.xx	F42.xx
Y	TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	Actual	<input type="checkbox"/>		
Z	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD y DEPRESIÓN	Actual	<input type="checkbox"/>		

ADVERTENCIA

AUNQUE EL PACIENTE TENGA UN CLARO ESTRESOR QUE PUEDA AGRAVAR SUS SÍNTOMAS, PRIMERO EXPLORÉ TODOS LOS OTROS DIAGNÓSTICOS. NUNCA USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE CUALQUIERA OTRO DE LOS TRASTORNOS.

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 ± 11.6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos luego de una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. La M.I.N.I. Plus es una edición más detallada de la M.I.N.I. Síntomas que sean mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse como positivos en la M.I.N.I.

ENTREVISTA:

De modo a mantener 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.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en « letra normal » deben leerse “palabra por palabra” al paciente de modo a regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en « MAYÚSCULAS » no deben de leerse al paciente. Estas 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. Solo 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, circular « NO » en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una *barra(/)* el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, las preguntas, M20-M23).

Frasas en (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 circuiando Si o NO.

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

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

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
tel : +1 813 974 4544
fax : +1 813 947 4575
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

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

Laura Ferrando, MD
IAP
Velazquez 156,
28.002 Madrid, España
Tfn.: +91 5644718
Fax : +91 4115432
e-mail: iap@lander.es

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

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

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

PARA PACIENTES QUE PAREZCEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SOSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

- 1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y CODIFIQUE DE ACUERDO.

A1 a. ¿Alguna vez, se ha sentido consistentemente deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días, por un período de por lo menos dos semanas? NO SÍ 1

SI A1a = SÍ:

b. ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? NO SÍ 2

A2 a. ¿Alguna vez, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban por un período de por lo menos dos semanas? NO SÍ 3

SI A2a = SÍ

b. ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN A1a O EN A2a?

NO

SI ESTÁ DEPRIMIDO EN LA ACTUALIDAD (A1b O A2b = SÍ): EXPLORE ÚNICAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI NO: EXPLORE EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

A3 En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

	Episodio Actual		Episodio Pasado		
	NO	SÍ	NO	SÍ	
a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej. variaciones en el último mes de \pm 5% de su peso corporal ó \pm 8 libras ó \pm 3.5 kgr., para una persona de 160 libras/ 70 kgr.)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	NO	SÍ	5
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	NO	SÍ	6
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	NO	SÍ	7
d. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	NO	SÍ	8
e. ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	NO	SÍ	9

SI A3e = SÍ: PIDA UN EJEMPLO.

LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON IDEAS DELIRANTES. No Sí

f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	NO	SÍ	10
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	NO	SÍ	11
A4	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE A3 (O 4 RESPUESTAS DE A3, SI CODIFICÓ NO EN A1a O A2a PARA EPISODIO PASADO O SI CODIFICÓ NO EN A1b OR A2b PARA EPISODIO ACTUAL)?	NO	SÍ	NO	SÍ	

VERIFIQUE QUE LOS SÍNTOMAS CODIFICADOS COMO POSITIVOS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 2 SEMANAS.

SI CODIFICÓ NO EN A4 PARA EPISODIO ACTUAL ENTONCES EXPLORÉ DE A3a a A3g PARA EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO.

A5	¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o de alguna otra forma importante?			NO	SÍ	12
A6	¿Estos síntomas se deben totalmente a la pérdida de un ser querido (duelo) y son similares en gravedad, nivel de deterioro y duración, a lo que padecerían la mayoría de las personas en circunstancias similares?					
	¿SE HA EXCLUÍDO UN DUELO NO COMPLICADO?			NO	SÍ	13
A7 a	¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
b	¿Había padecido alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.

A7 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO ALGUNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ INCIERTO 14

A8 CODIFIQUE SÍ SI A7 (RESUMEN) = SÍ O INCIERTO.
ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
Episodio Depresivo Mayor.	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

A9 CODIFIQUE SÍ SI A7b = SÍ Y A7 (RESUMEN) = NO.
ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
Trastorno del Estado del Animo Debido a una enfermedad médica	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

A10 CODIFIQUE SÍ SI A7a = SÍ Y A7 (RESUMEN) = NO.
 ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>Trastorno del Estado del Ánimo Inducido por sustancias</i>	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGÍA

- A11 ¿Que edad tenía cuando comenzó a tener síntomas de depresión? edad 15
- A12 ¿A lo largo de su vida cuántas veces ha tenido estos síntomas depresivos (diariamente por al menos 2 semanas)? 16

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A8 = SÍ, ACTUAL), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

- A13 a ¿CODIFICÓ SÍ EN A2? NO SÍ
- b ¿Durante el período mas grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban? NO SÍ 17

SI NO, VERIFIQUE LA RESPUESTA PREGUNTANDO:

¿Cuando algo bueno le sucede, falla en hacerlo sentirse mejor aunque sea temporalmente?

¿CODIFICÓ SÍ EN A13a o A13b? NO SÍ

A14 **Durante las últimas dos 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 18
- b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas? NO SÍ 19
- c ¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para quedarse dormido otra vez? NO SÍ 20
- d ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (RETARDACIÓN 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 fuera de proporción con la realidad de la situación? NO SÍ 21

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A14?

NO	SÍ
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos Actual	

SUBTIPOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
- Grave con síntomas psicóticos
- En remisión parcial
- En remisión total
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- Con inicio en el postparto
- Con patrón estacional
- Con recuperación interepisódica total
- Sin recuperación interepisódica parcial

Marque todas las que apliquen.

- 296.21/296.31
- 296.22/296.32
- 296.23
- 296.24
- 296.25
- 296.26
-
-
-
-
-
-
-
-

SI A8 O A9 O A10 = SÍ, SALTE A RIESGO DE SUICIDIO ➡

B. TRASTORNO DISTÍMICO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Si en la actualidad los síntomas del paciente cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor, NO explore distimia actual, pero sí explore distimia en el PASADO. Asegúrese de que la distimia pasada explorada no es uno de los episodios de depresión mayor, y que ocurrió separada de cualquier episodio de depresión mayor por al menos dos meses de completa remisión. [APLIQUE ESTA REGLA SOLO SI ESTÁ INTERESADO EN EXPLORAR DEPRESIÓN DOBLE.]

ESPECIFIQUE QUE PERÍODO DE TIEMPO ES EXPLORADO:

- Actual
- Pasado

		➡	NO	SÍ	
B1	¿En los últimos dos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? (O SI EXPLORA DISTIMIA PASADA: "¿En el pasado, se ha sentido triste, desanimado o deprimido por dos años consecutivos?")	➡			22
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en el que se haya sentido bien?				

B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:

a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	24
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	25
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	26
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	27

e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	28
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	29
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SÍ	30
B5	¿Usaba drogas o medicamentos antes del comienzo de los síntomas? ¿Padecía de alguna condición antes del comienzo de los síntomas? A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE?			
	¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?	NO	SÍ	31

¿CODIFICÓ SÍ EN B5?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGÍA

B6 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los síntomas de depresión por dos años consecutivos? edad 32

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	3
C4	¿Ha planeado como suicidarse?	NO	SÍ	4
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	5

A lo largo de su vida:

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	6
----	--------------------------------------	----	----	---

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) CODIFICADAS "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

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

D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PARA PACIENTES QUE PARECEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SUSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

- 1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS (HIPO)MANÍACOS NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y CODIFIQUE DE ACUERDO.

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 SÍ 1
(No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol)

SI SÍ EN D1a:

b ¿**Actualmente** se siente "exaltado", "eufórico", o lleno de energía? NO SÍ 2

SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON "EXALTADO" O "EUFÓRICO", CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: LO QUE QUEREMOS DECIR CON "EXALTADO" O "EUFÓRICO" ES: UN ESTADO DE SATISFACCIÓN ALTO, LLENO DE ENERGÍA, EN EL QUE SE NECESITA DORMIR MENOS, EN EL QUE LOS PENSAMIENTOS SE ACELERAN, EN EL QUE SE TIENEN MUCHAS IDEAS, EN EL QUE AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD, LA CREATIVIDAD, LA MOTIVACIÓN O EL COMPORTAMIENTO IMPULSIVO.

D2 a ¿Ha estado usted **alguna vez** persistentemente irritado por varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha usted o los demás, notado que ha estado mas irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas? NO 3

SI SÍ EN D2a:

b ¿**Actualmente** 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
 SI D1b O D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

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

	Episodio Actual		Episodio Pasado		
	NO	SÍ	NO	SÍ	
a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante? Si sí, PIDA EJEMPLOS. LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON UNA IDEA DELIRANTE. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	NO	SÍ	NO	SÍ	5
b ¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	NO	SÍ	6
c ¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	NO	SÍ	7
d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	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	NO	SÍ	9
f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	NO	SÍ	10
g ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (por ejemplo, se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente, o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	NO	SÍ	11

D3 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE D3?
 (O 4 SI D1a ES NO PARA EPISODIO PASADO O D1b ES NO PARA EPISODIO ACTUAL)?
 REGLA: EXALTADO/EUFÓRICO REQUIERE SOLAMENTE TRES SÍNTOMAS DE D3 MIENTRAS QUE ESTADO DEL ÁNIMO IRRITABLE POR SÍ SOLO REQUIERE 4 DE LOS SÍNTOMAS DE D3.

VERIFIQUE SI LOS SÍNTOMAS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO TIEMPO.

- D4 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?
 No Sí
- b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?
 No Sí

A JUICIO DEL ENTEVISTADOR/A¹²¹: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL EPISODIO (HIPO)MANIACO DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.

D4 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ INCIERTO 12

D5 ¿Duraron estos síntomas al menos una semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fué usted hospitalizado a causa de estos problemas? NO SÍ NO SÍ 13

SI CODIFICÓ NO EN D5 PARA EPISODIO ACTUAL, ENTONCES EXPLORE D3, D4 Y D5 PARA EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO.

D6

SI D3 (RESUMEN) = SÍ Y D4 (RESUMEN) = SÍ O INCIERTO Y D5 = NO, Y NO DESCRIBIÓ UNA IDEA DELIRANTE EN D3a, CODIFIQUE SÍ PARA EPISODIO HIPOMANIACO.

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>EPISODIO HIPOMANIACO</i>	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

D7 SI D3 (RESUMEN) = SÍ Y D4 (RESUMEN) = SÍ O INCIERTO Y D5 = SÍ O DESCRIBIÓ UNA IDEA DELIRANTE EN D3a, CODIFIQUE SÍ PARA EPISODIO MANIACO.

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>EPISODIO MANIACO</i>	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

D8 CODIFIQUE SÍ, SI D3 (RESUMEN) Y D4b Y D5 = SÍ Y D4 (RESUMEN) = NO

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>Episodio (Hipo) Maniaco Debido a una Enfermedad Médica</i>	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

D9 CODIFIQUE SÍ, SI D3 (RESUMEN) Y D4a Y D5 = YES Y D4 (RESUMEN) = NO

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO

NO	SÍ
<i>Episodio (Hipo) Maniaco Inducido por Sustancias</i>	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

SI D8 O D9 = SÍ, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.

SUBTIPOS

Ciclos Rápidos

En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido cuatro o más episodios en los cuales se ha alterado su estado de ánimo?

NO	SÍ ¹⁴
<i>Ciclos Rápidos</i>	

Episodio Mixto

SI EL PACIENTE CUMPLE CRITERIOS TANTO DE UN EPISODIO MANIACO COMO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS POR UN PERÍODO DE UNA SEMANA.

NO	SÍ ¹⁵
<i>Episodio Mixto</i>	

Patrón Estacional
EL COMIENZO Y REMISIÓN, O EL CAMBIO DE DEPRESIÓN A MANÍACO O HIPOMANÍACO CONSISTENTEMENTE OCURRE EN UNA ÉPOCA ESPECÍFICA DEL AÑO.

NO	SI ¹⁶
<i>Con Patrón Estacional</i>	

Con recuperación interepisódica total.

¿Se recuperó totalmente entre los dos episodios mas recientes?

NO	SI ¹⁷
<i>Con Recuperación Interepisódica Total</i>	

CIRCULE UNA

EL EPISODIO MAS RECIENTE ERA **MANÍACO / HIPOMANÍACO / MIXTO / DEPRESIVO**

SEVERIDAD

- | | | |
|----|-------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| X2 | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| X3 | Grave sin síntomas psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X4 | Grave con síntomas psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X5 | En remisión parcial | <input type="checkbox"/> |
| X6 | En remisión total | <input type="checkbox"/> |

CRONOLOGÍA

- D10 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas maníacos/hipomaniacos? edad 18
- D11 ¿Desde el inicio de los síntomas, en cuántas ocasiones tuvo síntomas significativos maníacos/hipomaniacos? 19

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(⇒ SIGNIFICA: PASAR A E6, E7 Y E8, CIRCULAR NO EN TODAS Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	➔ NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo 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 saltaba latidos, 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 desvanecer?	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 estaba 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
		E4 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 4 O MAS RESPUESTAS DE E4?	NO	SÍ	

- E5 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?
 No Sí
- b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?
 No Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA DEL PACIENTE?

E5 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ 18
 SI CODIFICÓ NO EN E5 (RESUMEN), SALTE A E9.

- E6 ¿CODIFICÓ SÍ E3 Y E4 (RESUMEN) Y E5 (RESUMEN)? NO SÍ
 TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA
- E7 SI E6 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN 1, 2 O 3 SÍNTOMAS DE E4a-m? NO SÍ
 CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS ACTUAL
- E8 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra? NO SÍ 19
 TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL

(SI ESTO ES NEGADO POR EL PACIENTE—VERIFIQUE REPASANDO LOS SÍNTOMAS ENDOSADOS EN E4).

- E9 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y E4 (RESUMEN) Y EN E5b Y CODIFICÓ NO EN E5 (RESUMEN)?

NO	SÍ
<i>Trastorno de Ansiedad con Crisis de Angustia Debido a una Enfermedad Médica ACTUAL</i>	

- E10 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y E4 (RESUMEN) Y EN E5a Y CODIFICÓ NO EN E5 (RESUMEN)?

NO	SÍ
<i>Trastorno de Ansiedad con Crisis de Angustia Inducido por Sustancias ACTUAL</i>	

CRONOLOGÍA

- E11 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los primeros síntomas de crisis de angustia? edad 20
- E12 ¿Durante el pasado año, qué tanto por ciento del tiempo tuvo síntomas significativos de crisis de angustia o la preocupación de tener otro ataque? 21

d ¿CODIFICÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3),
 Y CODIFICÓ **NO** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, ACTUAL (E8),
 Y CODIFICÓ **SÍ** EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA (E6)?

NO **SÍ**
AGORAFOBIA, ACTUAL
 Sin historial de Trastorno de
 Angustia Actual
 pero con historial de Trastorno
 de Angustia Pasado

e ¿CODIFICÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3),
 Y CODIFICÓ **NO** EN CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS (E7)?

NO **SÍ**
AGORAFOBIA, ACTUAL
 sin historial de
 Crisis con Síntomas Limitados

CRONOLOGÍA

F5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer o a evitar estas situaciones (agorafobia)? edad 25

F6 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo un miedo significativo o evitó estas situaciones (agorafobia)? 26

G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo esten 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 a través de 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

NO **SÍ**
FOBIA SOCIAL
 (Trastorno de Ansiedad Social)
ACTUAL

SUBTIPOS

Temió o evitó 4 o mas situaciones sociales? NO **SÍ**
 Si **SÍ** → **fobia social generalizada (trastorno de ansiedad social)**
 Si **NO** → **fobia social (trastorno de ansiedad social) no generalizada**

CRONOLOGÍA

- G5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer situaciones sociales? edad 5
- G6 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo un miedo significativo a situaciones sociales? 6

H. FOBIA ESPECÍFICA

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- H1 ¿El pasado mes, ha sentido un miedo excesivo a las siguientes cosas: a volar, a conducir, a las alturas, a las tormentas, a los animales, a los insectos, o a ver sangre o agujas? NO SÍ 1
- H2 ¿Es este temor excesivo o irracional? NO SÍ 2
- H3 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre a través de ellas? NO SÍ 3
- H4 ¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en su funcionamiento social o es la causa de intensa molestia? NO SÍ 4

NO	SÍ
FOBIA ESPECÍFICA ACTUAL	

CRONOLOGÍA

- H5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer o a evitar esta situación? edad 5
- H6 ¿Durante el pasado año, cuantas veces ha temido esta situación? 6

I. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

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

11 ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.)

NO SÍ 1
⇒ Ir a 14

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS, 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.)

12 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?

NO SÍ 2
⇒ Ir a 14

13 ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?

NO SÍ 3
obsesiones

14 ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos?

NO SÍ 4
compulsiones

¿CODIFICÓ SÍ EN 13 O EN 14?

⇒ NO SÍ

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

⇒ NO SÍ 5

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

NO SÍ 6

17 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No Sí

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DEL PACIENTE?

17 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ 7

¿CODIFICÓ SÍ EN 16 Y 17 (RESUMEN)?

NO	SÍ
<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i> ACTUAL	

18 ¿CODIFICÓ SÍ EN 16 Y EN 17b
Y CODIFICÓ NO EN 17 (RESUMEN)?

NO	SÍ
<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i> ACTUAL Debido a una Enfermedad Médica	

19 ¿CODIFICÓ SÍ EN 16 Y EN 17a
Y CODIFICÓ NO EN 17 (RESUMEN)?

NO	SÍ
<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i> Inducido por Sustancias Actual	

CRONOLOGÍA

110 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas obsesivo-compulsivos?

edad 8

111 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo síntomas obsesivo-compulsivos?

9

J. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático incluyendo muerte, amenaza de muerte, daños graves a usted o a alguien más?	NO	SÍ	1
	EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADAVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL.			
J2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?			
J3	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
	J3 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J3?	NO	SÍ	
J4	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?	NO	SÍ	13
	J4 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE J4?	NO	SÍ	
J5	¿Durante el último mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

¿CODIFICÓ SÍ EN J5?

NO	SÍ
<i>Estado por Estrés Postraumático</i>	
ACTUAL	

CRONOLOGÍA

- | | | | |
|----|---|-------------------------------|----|
| J6 | ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los primeros síntomas de estado por estrés postraumático? | <input type="checkbox"/> edad | 15 |
| J7 | ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántos períodos ha tenido con síntomas de estado por estrés postraumático? | <input type="checkbox"/> | 16 |
| J8 | ¿Durante el pasado año, cuántos meses tuvo síntomas significativos de estado por estrés postraumático? | <input type="checkbox"/> | 17 |
-

K. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

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

K1	¿En los últimos doce meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en 3 o más ocasiones?	➡ NO	SÍ	1
<hr/>				
K2	En los últimos doce meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, (ej. temblores, sudoraciones o agitación)? Codificar SÍ, si contestó SÍ en alguna.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su uso 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 K2?			
		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> NO ➡ SÍ </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</p>		
<hr/>				
K3	En los últimos doce meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.)	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, ej. 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 K3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

(Opcional) K. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL DE POR VIDA

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

K4	¿ Alguna vez , ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en 3 ó más ocasiones?	➔ NO	SÍ	13
----	--	------	----	----

K5 **Durante su vida:**

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? | NO | SÍ | 2 |
| b | ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, (ej. temblores, sudoraciones o agitación)? Codificar SÍ, si contestó SÍ a alguna. | NO | SÍ | 3 |
| c | ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 4 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? | NO | SÍ | 5 |
| e | ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? | NO | SÍ | 6 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su uso 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 Ó MÁS RESPUESTAS DE K5?

NO	➔ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL DE POR VIDA	

Durante su vida:

K6 a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.)	NO	SÍ	9
------	---	----	----	---

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, utilizar una máquina, etc.? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, ej. 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 K6?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL DE POR VIDA	

L. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

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

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

- | | | | | | |
|----|---|---|---|----|----|
| L1 | a | ¿ Alguna vez , ha tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? | ➔ | NO | SÍ |
|----|---|---|---|----|----|

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.

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

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

Alucinógenos: LSD (ácido) mescalina, peyota, PCP (polvo de ángel, "peace pill"), "psilocybin", STP, hongos, éxtasi, MDA, MDMA.

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

Mariguana: hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".

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

Otras drogas: Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

Especifique la Droga(s) MAS USADA: _____

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR L2 Y L3 SEGÚN SEA NECESARIO)

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

L2 Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a lo largo de su vida,

- | | | | | |
|--|---|----|----|---|
| a | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (nombre de la droga / clase de drogas 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 drogas seleccionada) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | | | | |
| c | ¿Ha notado que cuando usted usaba (nombre de la droga / clase de drogas 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 drogas seleccionada) pero ha fracasado? | NO | SÍ | 4 |
| e | ¿Los días que utilizaba (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? | NO | SÍ | 7 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): _____

NO	SÍ
DEPENDENCIA DE DROGAS DE POR VIDA	

- | | | | | |
|------|---|----|----|---|
| L3 a | ¿Ha usado (droga mas usada, cualquier droga) en los últimos 12 meses? | NO | SÍ | 8 |
| b | ¿CODIFICÓ SÍ PARA 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | NO | SÍ | |

¿CODIFICÓ SÍ EN L3a Y b?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): _____

NO	SÍ
DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL	

Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en los últimos doce meses:

- | | | | | |
|------|--|----|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?

(CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 9 |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto o perturbación del orden público? | NO | SÍ | 11 |
| d | ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L4?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): _____

NO	SÍ
ABUSO DE DROGAS ACTUAL	

CRONOLOGÍA

- | | | | |
|----|--|---------------------------|----|
| L5 | ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener problemas con el abuso de drogas? | <input type="text"/> edad | 13 |
|----|--|---------------------------|----|

M. TRASTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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 MAS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

TODAS LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE DEBEN SER CODIFICADAS EN LA COLUMNA A. UTILIZE LA COLUMNA A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A (COLUMNA B) SOLO SI EL CLÍNICO SABE POR EVIDENCIA EXTERNA (POR EJEMPLO, INFORMACIÓN PROVISTA POR LA FAMILIA) QUE LOS SÍNTOMAS ESTÁN PRESENTES PERO SON NEGADOS POR EL PACIENTE.

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

		COLUMNA A Respuesta del Paciente			COLUMNA B A Juicio del Entrevistador/a (si es necesario)			
		NO	SÍ	EXTRAÑOS SÍ	NO	SÍ	EXTRAÑOS SÍ	
M1	a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?		NO	SÍ	SÍ	SÍ	1
	b	SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NOTA:PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.		NO	SÍ			
M2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?		NO	SÍ		SÍ	
	b	SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?		NO	SÍ	→M6	SÍ	4
M3	a	¿Alguna vez ha creído, que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.		NO				
	b	SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?		NO	SÍ	→M6	SÍ	6
M4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?		NO	SÍ	SÍ	SÍ	7
	b	SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?		NO	SÍ	SÍ	SÍ	8
						→M6	→M6	

M5 a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODEIFIQUE SI SELECCIONE EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES (POR EJEMPLO, IDEAS DE GRANDIOSIDAD, HYPOCONDRIA, RUINA, CULPA U OTROS NO EXPLORADOS DE M1 A M4).	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9
b	SI SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ				
M6 a	¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLO SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:	NO	SÍ				
	SI SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus Pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?				SÍ		
b	SI SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes? CODIFIQUE "SÍ EXTRAÑO" SI EL PACIENTE ESCUCHÓ UNA VOZ COMENTANDO ACERCA DE SUS PENSAMIENTOS O SUS ACTOS O DOS O MAS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12
				→ M8		→ M8	
M7 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		SÍ		13
b	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):	NO	SÍ		SÍ		14
M8 b	¿Presenta el paciente actualmente un lenguaje desorganizado, incoherente o con marcada pérdida de las asociaciones.				NO	SÍ	15
M9 b	¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento desorganizado o catatónico?				NO	SÍ	16
M10 b	¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista, por ejemplo, un aplanamiento afectivo significativo, pobreza del lenguaje (alogia) o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con una finalidad determinada?				NO	SÍ	17
M11 a	¿CODIFICÓ "SÍ" EN POR LO MENOS UNA DE M1 A M10b?				NO	SÍ	

M11 b

¿SON LOS ÚNICOS SÍNTOMAS PRESENTES AQUELLOS IDENTIFICADOS POR EL ENTREVISTADOR DE M1 A M7 (COLUMNA B) Y DE M8b O M9b O M10b?

SI, SÍ ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES ACTUAL (CODIFICÓ "SÍ" EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b" DE M1 A M10b) Y/O DE POR VIDA (CUALQUIER PREGUNTA ES CODIFICADA SÍ DE M1 A M10b) Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN DIAGNÓSTICA.

SI NO, CONTINÚE.

NO	SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO*	
Actual	<input type="checkbox"/>
De por vida	<input type="checkbox"/>
* Diagnóstico provisional debido a que no hay suficiente información disponible en este momento.	

● **ADVERTENCIA:** SI CODIFICÓ "SÍ" EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b", CODIFIQUE **M11c** Y **M11d**.
 SI CODIFICÓ NO EN TODAS LAS PREGUNTAS "b", CODIFIQUE SOLO **M11d**.

M11c

- O DE **M1** A **M10b**: ¿CODIFICÓ "SÍ EXTRAÑO" EN UNA O MAS PREGUNTAS "b"
 O CODIFICÓ "SÍ" EN DOS O MÁS PREGUNTAS "b" PERO NO "SÍ EXTRAÑO"?

NO
 Entonces el Criterio "A" de
 Esquizofrenia
 No se cumple actualmente

SÍ
 Entonces el Criterio "A" de
 Esquizofrenia
 Se cumple actualmente

M11d DE **M1** A **M10b**: ¿CODIFICÓ "SÍ EXTRAÑO" EN UNA O MAS PREGUNTAS "a"

- O CODIFICÓ "SÍ" EN DOS O MAS PREGUNTAS "a" PERO NO "SÍ EXTRAÑO"?
 (VERIFIQUE QUE LOS 2 ÍTEMS OCCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE
 TIEMPO.)

NO
 Entonces el Criterio "A" de
 Esquizofrenia
 No se cumple De Por Vida

- O ¿CODIFICÓ "SÍ" EN **M11c**?

SÍ
 Entonces el Criterio "A" de
 Esquizofrenia
 Se cumple De Por Vida

M12 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo
 de estos síntomas?

No Sí

18

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos
 síntomas?

No Sí

19

c BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A, ¿ES ALGUNA DE ESTAS LA CAUSA DIRECTA
 DE LA PSICÓSIS DEL PACIENTE?
 (SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.)

No Sí

20

d ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?

NO SÍ INCIERTO

21

● SI **M12d** = NO: CALIFIQUE **M13** (a, b) Y PASE AL SIGUIENTE TRASTRONO

SI **M12d** = SÍ: CODIFIQUE NO EN **M13** (a, b) Y PASE A **M14**

SI **M12d** = INCIERTO: CODIFIQUE INCIERTO EN **M13** (a, b) Y PASE A **M14**

M13a ¿CODIFICÓ NO EN **M12d** DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA?

SI SÍ, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES

ACTUAL (CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b" DE **M1** A
M10b) Y/O DE POR VIDA ("a" O "b") CODIFICÓ SÍ EN CUALQUIER PREGUNTA
 DE **M1** A **M10b**.

22
 NO SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO
Debido a una Enfermedad
Médica
 Actual
 De Por Vida
 Incierto, codifique luego

M13b ¿CODIFICÓ NO EN M12d DEBIDO A USO DE DROGAS?

SI SÍ, ESPECIFIQUE SI EL ÚLTIMO EPISODIO ES

ACTUAL (CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS UNA PREGUNTA "b" DE M1 A M10b) Y/O DE POR VIDA (CODIFICÓ SÍ EN CUALQUIER PREGUNTA DE M1 A M10b).

NO	SÍ	23
TRASTORNO PSICÓTICO		
Inducido por Sustancias		
Actual <input type="checkbox"/>		
De Por Vida <input type="checkbox"/>		
Incierto, codifique luego <input type="checkbox"/>		

M14 ¿Cuál fue el período más largo durante el cual tuvo esas creencias o experiencias?
SI <1 DÍA, IR A LA SIGUIENTE SECCIÓN.

_____ 24

M15 a Durante o después de un período en el cual tuvo estas creencias o experiencias, ¿tuvo dificultad trabajando o relacionándose con otros, o cuidándose a usted mismo?

NO SÍ 25

b SI SÍ, ¿Cuánto duraron estas dificultades?
SI ≥6 MESES, IR A M16.

_____ 26

c ¿Ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado debido a estas creencias o experiencias, o por las dificultades causadas por estos problemas?

NO SÍ 27

d SI SÍ, ¿Cuál ha sido el período de tiempo más largo que ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado por estos problemas?

_____ 28

M16 a EL PACIENTE INFORMÓ INCAPACIDAD (CODIFICÓ SÍ EN M15a) O FUÉ TRATADO U HOSPITALIZADO POR PSICÓSIS (M15c = SÍ).

NO SÍ 29

b BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA, CALIFIQUE LA INCAPACIDAD DE POR VIDA DEL PACIENTE CAUSADA POR LA PSICÓSIS.

30

- ausente 1
- leve 2
- moderada 3
- severa 4

M17 ¿CUÁL FUÉ LA DURACIÓN TOTAL DE LA PSICÓSIS, TOMANDO EN CUENTA LA FASE ACTIVA (M14) Y LAS DIFICULTADES ASOCIADAS (M15b) Y LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS (M15d)?

- 1 ≥1 día a <1 mes
- 2 ≥1 mes a <6 meses
- 3 ≥6 meses

31

CRONOLOGÍA

M18 a ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener estas creencias o experiencias poco usuales?

edad

32

b ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántas veces ha tenido episodios significativos de creencias o experiencias poco usuales?

33

TRASTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DEL ESTADO DEL ÁNIMO

CODIFIQUE LAS PREGUNTAS DE **M19** A **M23** SÓLO SI EL PACIENTE DESCRIBIÓ POR LO MENOS 1 SÍNTOMA PSICÓTICO (**M11a** = SÍ Y **M11b** = NO), QUE NO ES MEJOR EXPLICADO POR UNA CAUSA ORGÁNICA (**M12d** = SÍ O INCIERTO).

<p>M19 a ¿CODIFICA EL PACIENTE POSITIVO PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL Y/O PASADO (CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA A8)?</p>	NO	SÍ	
<p>b SI SÍ: ¿ CODIFICÓ SÍ EN A1 (ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO)?</p>	NO	SÍ	
<p>c ¿CODIFICA EL PACIENTE POSITIVO PARA EPISODIO MANÍACO ACTUAL Y/O PASADO (CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA D7)?</p>	NO	SÍ	
<p>d ¿CODIFICÓ SÍ EN M19a O M19c?</p>	NO	SÍ	
	↓		deténgase, salte a M24

NOTA: VERIFIQUE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE **M20** A **M23** SE REFIEREN A LOS EPISODIOS PSICÓTICOS, DEPRESIVOS (**A8**) Y MANÍACOS (**D7**), YA IDENTIFICADOS EN **M11c** Y **M11d**, **A8** Y **D7**. EN EL CASO DE QUE HAYA ALGUNA DISCREPANCIA, EXPLORE NUEVAMENTE LA SECUENCIA DE LOS TRASTORNOS, TOMANDO EN CUENTA HECHOS IMPORTANTES Y CODIFIQUE DE **M20** A **M23** CONSIGUIENTEMENTE.

<p>M20 ¿Cuando tuvo estas experiencias o creencias que acaba de describir (DE EJEMPLOS AL PACIENTE), al mismo tiempo, también se sentía deprimido/exaltado/irritable?</p>	NO	SÍ	34
	↓		deténgase salte a M24
<p>M21 ¿Estaban las creencias o experiencias que acaba de describir (DE EJEMPLOS AL PACIENTE) restringidas exclusivamente a periodos de tiempo en los que se sentía deprimido/exaltado/irritable?</p>	NO	SÍ	35
		↓	deténgase salte a M24
<p>M22 ¿Alguna vez ha tenido un período de dos o más semanas en las cuales ha tenido estas creencias o experiencias y no se sentía deprimido/exaltado/irritable?</p>	NO	SÍ	36
		↓	deténgase salte a M24
<p>M23 ¿Cuál duró mas tiempo: estas creencias o experiencias o los períodos de tiempo en que se sentía deprimido/exaltado/irritable?</p>	1 <input type="checkbox"/>	estado de ánimo	37
	2 <input type="checkbox"/>	creencias, experiencias	
	3 <input type="checkbox"/>	igual	

M24 AL FINAL DE LA ENTREVISTA, VAYA A LOS ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNOS PSICÓTICOS.

CONSULTE LOS ÍTEMS DE **M11a** Y **M11b**:

SI CUMPLE CON EL CRITERIO "A" DE ESQUIZOFRENIA (**M11c** Y/O **M11d** = SÍ) VAYA AL ALGORITMO DIAGNÓSTICO I

SI NO CUMPLE CON EL CRITERIO "A" DE ESQUIZOFRENIA (**M11c** Y/O **M11d** = NO) VAYA AL ALGORITMO DIAGNÓSTICO II

PARA TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO VAYA AL ALGORITMO DIAGNÓSTICO III.

N. ANOREXIA NERVIOSA

(➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a ¿Cuál es su estatura?

pies pulg.

cm

b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido su peso más bajo?

libras.

kgs.

¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?

➔ NO SÍ

En los últimos tres meses:

N2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?

➔ NO SÍ 1

N3 ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo(a)?

➔ NO SÍ 2

N4 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 si mismo?

NO SÍ 4

c ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?

NO SÍ 5

N5 ¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE N4?

➔ NO SÍ

N6 SOLO PARA MUJERES: ¿En los últimos tres meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?

➔ NO SÍ 6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 Y N6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN N5?

NO SÍ
**ANOREXIA NERVIOSA
ACTUAL**

CRONOLOGÍA

N7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los síntomas de anorexia?

edad 7

N8 ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántos períodos de anorexia ha padecido?

N9 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo síntomas significativos de anorexia?

 9

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

Mujer Estatura/Peso															
pies/pulg.	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	
lbs.	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cms	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	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre Estatura/Peso															
pies/pulg.	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
lbs.	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cms	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
kgs	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 del "Metropolitan Life Insurance Table of Weights".

O. BULIMIA NERVIOSA

➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

- O1 ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?
- O2 ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?
- O3 ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?
- O4 ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicios, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua), u otros medicamentos?
- O5 ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?
- O6 ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?
- O7 ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kgs.)?
(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.)

O8 ¿CODIFICÓ SÍ EN O5 O CODIFICÓ NO EN O7 O SALTÓ A O8?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

CRONOLOGÍA

- O9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas de bulimia? edad 16
- O10 ¿Desde el inicio de los síntomas, cuántos períodos de bulimia ha padecido? 17
- O11 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses ha tenido síntomas significativos de bulimia? 18

SUBTIPOS DE BULIMIA NERVIOSA

¿Regularmente, se induce el vómito, hace uso inadecuado de laxantes, diuréticos, o enemas?
 [EN EL TIPO NO-PURGATIVO EL PACIENTE HA EMPLEADO COMPORTAMIENTOS COMO POR EJEMPLO AYUNA O EJERCICIO EXCESIVO, PERO NO HA PURGADO.]

NO	SÍ ¹⁹
Tipo No-Purgativo	Tipo Purgativo
BULIMIA NERVIOSA	

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA

Tipo Compulsivo/Purgativo

¿CODIFICÓ SÍ EN O7?

NO	SÍ ²⁰
ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo/Purgativo ACTUAL	

Tipo Restrictivo

¿Perdió peso sin purgar?

NO	SÍ ²¹
ANOREXIA NERVIOSA Tipo Restrictivo ACTUAL	

P. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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

P1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➔	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➔	NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	➔	NO	SÍ	3

P2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➔	NO	SÍ	4
P3	CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.				

En los últimos seis 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

RESUMEN DE P3: ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P3?

➔
NO SÍ

P4	¿Le causaron estos síntomas de ansiedad mucha angustia, o le afectaron para funcionar en el trabajo, socialmente o de cualquier manera importante?	➔	NO	SÍ	11
----	--	---	----	----	----

P5 a	¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?
------	--

No Sí

b	¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?
---	--

No Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEL PACIENTE?

P5 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?

NO SÍ 12

¿CODIFICÓ NO EN P5 (RESUMEN)?

NO SÍ
*Trastorno de Ansiedad
Generalizada*
ACTUAL

P6 ¿CODIFICÓ NO EN P5 (RESUMEN) Y CODIFICÓ SÍ EN P5b?

NO SÍ
Actual
*Ansiedad Generalizada
Debido a una Enfermedad
Médica*

P7 ¿CODIFICÓ NO EN P5 (RESUMEN) Y CODIFICÓ SÍ EN P5a?

NO SÍ
Actual
*Trastorno de Ansiedad
Generalizada
Inducido por Sustancias*

CRONOLOGÍA

P8 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas de ansiedad generalizada?

edad 13

P9 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses ha tenido síntomas significativos de ansiedad generalizada?

 14

Q. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Q1 **Antes de cumplir los quince años:**

• ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?

NO SÍ 1

• ¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?

NO SÍ 2

• ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?

NO SÍ 3

• ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?

NO SÍ 4

• ¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?

NO SÍ 5

• ¿Ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales con usted?

NO SÍ 6

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE Q1?

⇒
NO SÍ

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

P2 Desde que cumplió los quince 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 (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 Q2?

NO SÍ TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA

R. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (opcional)

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

R1	a	¿Antes de cumplir los 30 años, ha tenido muchas afecciones de tipo físico no relacionadas a ninguna condición en específico?	→	NO	
	b	¿Estas afecciones ocurrieron durante varios años?	→	NO	SÍ 2
	c	¿Estas afecciones le llevaron a buscar tratamiento?	→	NO	SÍ 3
	d	¿Fueron estas afecciones la causa de problemas en el colegio, en el trabajo, socialmente o en otras áreas de interés?	→	NO	SÍ 4
R2	Tuvo dolor:	de cabeza	NO	SÍ	5
		en el abdomen	NO	SÍ	6
		en la espalda	NO	SÍ	7
		en las articulaciones, las extremidades, el pecho, el recto	NO	SÍ	8
		durante la menstruación	NO	SÍ	9
		durante el acto sexual	NO	SÍ	10
		cuando orinaba	NO	SÍ	11
			→		
		¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R2?	NO	SÍ	

R3	Tuvo algunos de los siguientes síntomas abdominales:			
	nausea	NO	SÍ	12
	hinchazones, distensión abdominal	NO	SÍ	13
	vómitos	NO	SÍ	14
	diarreas	NO	SÍ	15
	intolerancia a diferentes tipos de comidas	NO	SÍ	16
		➔		
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R3?	NO	SÍ	
R4	Tuvo algunos de los siguientes síntomas sexuales:			
	pérdida del interés sexual	NO	SÍ	17
	problemas en la eyaculación o erección	NO	SÍ	18
	períodos menstruales irregulares	NO	SÍ	19
	sangrado excesivo durante el período menstrual	NO	SÍ	20
	vómitos durante todo el embarazo	NO	SÍ	21
		➔		
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R4?	NO	SÍ	
R5	Tuvo algunos de los siguientes síntomas:			
	parálisis o debilidad en partes de su cuerpo	NO	SÍ	22
	problemas de coordinación o equilibrio	NO	SÍ	23
	dificultad tragando o un nudo en la garganta	NO	SÍ	24
	dificultad al hablar	NO	SÍ	25
	dificultad para vaciar la vejiga	NO	SÍ	26
	pérdida del tacto o sensación de dolor	NO	SÍ	27
	visión doble o ceguera	NO	SÍ	28
	sordera, ataques epilépticos, pérdida del conocimiento	NO	SÍ	29
	episodios significativos de mala memoria	NO	SÍ	30
	sensaciones inexplicables en su cuerpo	NO	SÍ	31
	(ENTREVISTADOR/A: POR FAVOR EVALÚE SI ESTAS SON ALUCINACIONES SOMÁTICAS)			
		➔		
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R5?	NO	SÍ	
R6	¿Buscó su médico la causa de los síntomas?	NO	SÍ	32
R7	¿Se encontró alguna condición médica o estaba tomando algún tipo de droga o medicamento que pudiera explicar estos síntomas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			33
		➔		
	R7 (RESUMEN): ENTREVISTADOR/A: ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?	NO	SÍ	
		➔		
R8	¿Fueron las aflicciones o incapacidad desproporcionadas con la condición física del paciente?	NO	SÍ	34
		➔		
	¿CODIFICÓ SÍ EN R7 O EN R8?	NO	SÍ	
R9	¿Fueron los síntomas pretendidos o producidos intencionadamente (como en trastorno facticio)?	NO	SÍ	35

¿CODIFICÓ NO EN R9?

NO Sí
TRASTORNO DE
SOMATIZACIÓN
DE POR VIDA

R10 ¿Sufre estos síntomas en la actualidad?

NO Sí³⁶
TRASTORNO DE
SOMATIZACIÓN
ACTUAL

S. HIPOCONDRIA

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

S1 En los últimos 6 meses, ¿se ha preocupado mucho de
médica seria?

NO CODIFIQUE SÍ SI ALGUNA ENFERMEDAD FÍSICA PUEDE
SIGNOS FÍSICOS QUE EL PACIENTE DESCRIBE.

S2 ¿Ha tenido esta preocupación por 6 meses o más?

⇒ NO Sí 2

S3 Alguna vez, lo ha examinado un médico por estos síntomas?

⇒ NO Sí 3

S4 ¿Ha persistido su temor de que está enfermo a pesar de que su médico le
aseguró que estaba bien?

⇒ NO Sí 4

S5 ¿Le causó esta preocupación un malestar considerable o interfirió de manera
significativa en el desempeño de su trabajo, socialmente o de cualquier otra manera?

NO Sí 5

S6 ¿CODIFICÓ SÍ EN S5?

NO Sí
HIPOCONDRIA
ACTUAL

R. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

T1	¿Está preocupado con un defecto en su apariencia física?			
T2	¿Esta preocupación ha persistido a pesar de que otros (incluyendo a un médico) en verdad creen que sus preocupaciones son excesivas?	NO	SÍ	2
T3	¿Le causó esta preocupación un malestar considerable o interfirió de manera significativa en el desempeño de su trabajo, socialmente o de cualquier otra manera?	NO	SÍ	3
T4	¿CODIFICÓ SÍ EN T3?			

NO	SÍ
TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ACTUAL	

U. TRASTORNO POR DOLOR

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

U1	En la actualidad, ¿es un dolor su problema principal?	NO	SÍ	1
U2	En la actualidad, ¿es el dolor lo suficientemente severo como para necesitar atención médica?	NO	SÍ	2
U3	En la actualidad, ¿le causa el dolor un malestar importante o interfiere de manera significativa con el desempeño de su trabajo, socialmente, o de cualquier otra manera?	NO	SÍ	3
U4	¿Jugaron un papel importante en la aparición del dolor los factores psicológicos o el estrés, o fueron la causa de que el dolor se mantuviera o empeorara?	NO	SÍ	4
U5	¿Es el dolor pretendido o fue producido intencionadamente o fue fingido? (como en trastorno facticio)	NO	SÍ	5
U6	¿Jugó un papel importante en la aparición del dolor una enfermedad médica o una enfermedad hizo que se mantuviera o empeorara el dolor?	NO	SÍ	6
U7	¿Ha tenido este dolor por más de 6 meses?	NO	SÍ	7
		↓	↓	
		Agudo	Crónico	

U8 ¿CODIFICÓ **NO** EN U6?

NO

SÍ

TRASTORNO POR DOLOR
Asociado a
factores psicológicos
ACTUAL.

U9 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN U6?

NO

SÍ

SI CODIFICÓ **SÍ** EN U8 O EN U9
Y U7 = **NO**, AÑADA: AGUDO AL TÍTULO DIAGNÓSTICO
Y U7 = **SÍ**, AÑADA: CRÓNICO AL TÍTULO DIAGNÓSTICO

TRASTORNO POR DOLOR
Asociado a
factores psicológicos
y enfermedad médica
ACTUAL.

V. TRASTORNO DE CONDUCTA (DISOCIAL) 17 años de edad o menores

(➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Por favor involucre a la familia o a la persona que esté al cuidado cuando solicite esta información.

V1	En los últimos 12 meses:			
	¿ha molestado, amenazado o intimidado a otros?	NO	SÍ	1
	¿ha incitado peleas?			
	¿ha usado un arma que pudiera herir a alguien (ej., un cuchillo, una pistola, un bate de béisbol, una botella rota)?	NO	SÍ	3
	¿ha herido a una persona intencionalmente?			
	¿ha herido a un animal intencionalmente?	NO	SÍ	5
	¿ha robado algo usando la fuerza (ej., robar a mano armada, atacar a alguien, arrebatarle el bolso a alguien, cometer extorsión)?	NO	SÍ	6
	¿ha forzado a alguien a hacer el acto sexual con usted?	NO	SÍ	7
	¿ha empezado un fuego o dañado la propiedad de otros intencionalmente?	NO	SÍ	8
	¿ha destruido cosas pertenecientes a otros intencionalmente?	NO	SÍ	9
	¿ha asaltado la casa o el carro de alguien?	NO	SÍ	10
	¿ha mentido repetidamente para conseguir algo o estafado (engañado) a otros?	NO	SÍ	11
	¿ha robado?	NO	SÍ	
	antes de los 13 años, ¿ha permanecido fuera de la casa hasta tarde en la noche a pesar de que sus padres se lo habían prohibido?	NO	SÍ	
	¿se ha escapado de casa al menos 2 veces?			
	antes de los 13 años, ¿ha faltado a la escuela frecuentemente?	NO	SÍ	15
		➔		
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE V1?	NO	SÍ	

V2	¿Causaron estas conductas unos problemas significativos en la escuela, en el trabajo o con amigos y familia?	NO	SÍ	16
-----------	--	----	----	----

¿CODIFICÓ SÍ EN V2?

NO	SÍ
TRASTORNO DE CONDUCTA	
(DISOCIAL)	
ACTUAL	

Subtipos

- Con trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Con historial de abuso físico o sexual
- Con historial de un divorcio traumático
- Con historial de adopción
- Con otros estrés

marcar todos los que sean apropiados

-
-
-
-
-

VII. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Niños/Adolescentes)

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Por favor involucre a la familia o a la persona que esté al cuidado cuando solicite esta información.

En los últimos 6 meses, frecuentemente:

W1 a	¿No le ha prestado atención a los detalles o por falta de atención cometió errores en la escuela, en el trabajo o en otras actividades?	NO	SÍ	1
b	¿Ha tenido dificultad prestando atención cuando jugaba o hacía algún tipo de trabajo?	NO	SÍ	2
c	¿Parecía que no prestaba atención cuando se le hablaba directamente?	NO	SÍ	3
d	¿No ha seguido las instrucciones dadas o no ha terminado sus tareas escolares u obligaciones (a pesar de entender las instrucciones y no pretendía ser desafiante)?	NO	SÍ	4
e	¿Ha tenido dificultad organizándose?	NO	SÍ	5
f	¿Ha evitado o no le gustaban las cosas que requerían el pensar mucho (como las tareas u obligaciones escolares)?	NO	SÍ	6
g	¿Ha perdido cosas que necesitaba?	NO	SÍ	7
h	¿Se ha distraído con facilidad con cosas insignificantes?	NO	SÍ	8
i	¿Se ha vuelto olvidadizo en sus actividades diarias?	NO	SÍ	9
W1 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MÁS RESPUESTAS DE W1?		NO	SÍ	

En los últimos 6 meses, frecuentemente:

W2 a	¿No ha podido permanecer quieto en su asiento o siempre estaba jugando con sus manos o pies?	NO	SÍ	10
b	¿Ha abandonado su asiento en clase cuando no se suponía que lo hiciera?	NO	SÍ	11
c	¿Correteaba y trepaba mucho cuando no debía u otros no querían?	NO	SÍ	12
d	¿Ha tenido dificultad jugando sin hacer ruido?	NO	SÍ	13
e	¿Se ha sentido como si fuera "eléctrico" o estuviera siempre en disposición de hacer algo?	NO	SÍ	14
f	¿Ha hablado demasiado?	NO	SÍ	15
g	¿Ha dado respuestas antes de que hayan terminado la pregunta?	NO	SÍ	16
h	¿Ha tenido dificultad esperando su turno?	NO	SÍ	17
i	¿Ha interrumpido o importunado a otros?	NO	SÍ	18
W2 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MÁS RESPUESTAS DE W2?		➡ NO	SÍ	

W3	¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes de cumplir los 7 años?	➔ NO	SÍ	19
W4	¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 o más de 2 de las siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos?	➔ NO	SÍ	20

¿CODIFICÓ SÍ EN W4?

NO	SÍ
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</i>	
ACTUAL	

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Adulto)

(➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Cuando era niño:

W5 a	¿Era usted activo, inquieto, agitado, siempre tenía ganas de hacer cosas?	NO	SÍ	21
b	¿No prestaba atención y se distraía con facilidad?	NO	SÍ	22
c	¿No era capaz de concentrarse en la escuela o cuando hacía la tarea?	NO	SÍ	23
d	¿No terminaba las cosas, tales como la tarea de la escuela, proyectos, etc.?	NO	SÍ	24
e	¿Tenía mal humor, se irritaba con facilidad o perdía el control?	NO	SÍ	25
f	¿Le tenían que repetir las cosas muchas veces antes de que usted las hiciera?	NO	SÍ	26
g	¿Tenía la tendencia de ser impulsivo sin pararse a pensar en las consecuencias?	NO	SÍ	27
h	¿Le costaba trabajo esperar su turno, con frecuencia necesitaba ser el primero?	NO	SÍ	28
i	¿Se metía en peleas y/o fastidiaba a otros niños?	NO	SÍ	29
j	¿Se quejaba su escuela de su conducta?	NO	SÍ	30

W5 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W5?

➔
NO SÍ

W6	¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes de cumplir los 7 años?	➔ NO	SÍ	31
----	---	---------	----	----

Como adulto:

W7 a	¿Continúa distrayéndose?	NO	SÍ	32
b	¿Es usted entrometido o se entremete o dice cosas a amigos, en el trabajo o en la casa de las que se arrepiente más tarde?	NO	SÍ	33
c	¿Es usted impulsivo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño?	NO	SÍ	34
d	¿Continúa siendo inquieto, agitado, activo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño?	NO	SÍ	35
e	¿Sigue irritándose y enfadándose más de lo que necesita?	NO	SÍ	36
f	¿Sigue siendo impulsivo, por ejemplo, tiene la tendencia de gastar más dinero del que tiene?	NO	SÍ	37
g	¿Tiene dificultad organizándose en el trabajo?	NO	SÍ	38
h	¿Tiene dificultad organizándose incluso fuera del trabajo?	NO	SÍ	39
i	¿Su trabajo está por debajo de su capacidad o el trabajo que usted desarrolla está por debajo de lo que usted puede realizar?	NO	SÍ	40
j	¿Sus logros están por debajo de las expectativas que los demás tiene de usted conforme a su capacidad?	NO	SÍ	41
k	¿Ha cambiado de empleo o le han pedido que deje el trabajo más frecuentemente que a otros?	NO	SÍ	42
l	¿Se queja su cónyuge de la falta de atención o interés con él/ella y/o con la familia?	NO	SÍ	43
m	¿Ha tenido dos o más divorcios o ha cambiado de pareja más que los demás?	NO	SÍ	44
n	¿Ha sentido a veces como si estuviera en una niebla, como en una televisión con agüilla o desenfocada?	NO	SÍ	45
	W7 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 9 O MÁS RESPUESTAS DE W7?	➔		
		NO	SÍ	
W8	¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 ó más de 2 de los siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos?	➔		
		NO	SÍ	46

¿CODIFICÓ SÍ EN W8?

NO	SÍ
<i>Adulto</i>	
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</i>	

X. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

(➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

INCLUSO SI TIENE ESTRÉS EN SU VIDA O UN ESTRÉS PRECIPITÓ EL TRASTORNO DEL PACIENTE, NO USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI ALGÚN OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO ESTÁ PRESENTE. SALTE LA SECCIÓN DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE REUNEN LOS REQUISITOS DE OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL EJE I O SON UNA EXACERBACIÓN DE UN TRASTORNO DEL EJE I O DEL EJE II.

HAGA ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE SI EL PACIENTE CODIFICÓ NO EN LOS DEMÁS TRASTORNOS.

X1	¿Tiene síntomas emocionales o de conducta provocados por el estrés en su ejemplo está la ansiedad/depresión/mala conducta/quejas físicas (ejemplo son pelear, manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales)].	➔		
X2	¿Estos síntomas emocionales o de conducta empezaron dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?	➔	NO	SÍ
X3	a ¿Causan estos síntomas emocionales o de conducta una marcada aflicción más allá de lo que se esperaría?	➔	NO	SÍ
	b ¿Estos síntomas emocionales/de conducta afectan significativamente su capacidad para funcionar socialmente en el trabajo o en la escuela?	➔	NO	SÍ
X4	¿Estos síntomas emocionales/de conducta son causados en su totalidad por la pérdida de un ser amado (duelo) y son similares en severidad, nivel de incapacidad y duración a los que otros sufrirían bajo circunstancias similares? (Si es así, esto es un duelo no complicado) ¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO?	➔	NO	SÍ
X5	¿Estos síntomas emocionales/de conducta han continuado por más de 6 meses desde que el estrés desapareció?	➔	NO	SÍ

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA?

Calificadores:
APROPIADOS.

MARCAR TODOS LOS QUE SEAN

- | | |
|---|--------------------------|
| A Depresión, emotividad, desesperanza. | <input type="checkbox"/> |
| B Ansiedad, nerviosismo, temblor, preocupación. | <input type="checkbox"/> |
| C Mala conducta (ej., pelear, manejar imprudentemente, faltar a la escuela, vandalismo, no respetar los derechos de los demás, hacer cosas ilegales). | <input type="checkbox"/> |
| D Problemas laborales, escolares, quejas físicas o aislamiento social. | <input type="checkbox"/> |

SI MARCÓ:

- Solamente A, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con estado de ánimo depresivo**. 309.0
- Solamente B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con ansiedad**. 309.24
- Solamente C, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con trastorno de comportamiento**. 309.3
- Solamente A y B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo mixto **con ansiedad y estado de ánimo depresivo**. 309.28
- C y (A o B), entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con alteración de las emociones y el comportamiento**. 309.4
- Solamente D, entonces codifíquese como un trastorno adaptativo **no especificado**. 309.9

SI CODIFICÓ NO EN X5, ENTONCES CODIFIQUE SÍ EN EL TRASTORNO CON CALIFICADOR.

NO	SÍ
<i>Trastorno Adaptativo</i>	
con _____	
<i>(ver calificadores)</i>	

Y. TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

(➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Y1	Durante el año pasado, ¿la mayoría de sus períodos menstruales fueron precedidos por un período de una semana en el que su carácter cambió significativamente?	➔ NO	SÍ	1
Y2	Durante estos períodos, ¿tuvo dificultad en sus actividades cotidianas o en el trato con los demás, es usted menos eficiente en el trabajo o evita a las demás personas?	➔ NO	SÍ	2
Y3	Durante estos episodios premenstruales (es decir antes de la regla pero no durante cualquier otro tiempo en el ciclo), tiene la mayoría de las veces los siguientes problemas:			
a	¿Se siente triste, baja de moral, deprimida, desesperada, o autocrítica?	NO	SÍ	3
b	¿Se siente particularmente ansiosa, tensa, agitada o nerviosa?	NO	SÍ	4
c	¿Frecuentemente se siente triste o turbada o es usted particularmente sensitiva a los comentarios de los demás?	NO	SÍ	5
d	¿Se siente irritable, enojadiza o argumentativa?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ 1 O MÁS RESPUESTAS DE Y3?	➔ NO	SÍ	7
e	¿Está menos interesada en sus actividades, tales como su trabajo, sus pasatiempos o reuniones con sus amigos?	NO	SÍ	8
f	¿Tiene dificultad concentrándose?	NO	SÍ	9
g	¿Se siente agotada, se cansa con facilidad o no tiene energía?	NO	SÍ	10
h	¿Cambia su apetito o come en demasía o tiene antojos por ciertas comidas?	NO	SÍ	11
i	¿Tiene dificultad durmiendo o duerme excesivamente?	NO	SÍ	12
j	¿Se siente abrumada o fuera de control?	NO	SÍ	13
k	¿Tiene síntomas físicos como hinchazones o molestias en los senos, dolores de cabeza, dolor en los músculos o articulaciones, se siente hinchada o siente que gana peso?	NO	SÍ	14

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MAS RESPUESTAS DE Y3?

SI SÍ, EL DIAGNÓSTICO DEBE DE SER CONFIRMADO CON FUTURAS EVALUACIONES DIARIAS DURANTE POR LO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS.

NO	SÍ
<i>Probable Trastorno</i>	
<i>Disfórico Premenstrual</i>	
ACTUAL	

Z. TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

ANTES DE UTILIZAR ESTE MÓDULO COMPLETE PRIMERO TODOS LOS MÓDULOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA Y CIRCULAR NO)

[SALTE ESTE TRASTORNO SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE CUALQUIER OTRO TRASTORNO Y CODIFIQUE NO EN LA CASILLA DIAGNÓSTICA.]

Z1	¿Ha estado consistentemente deprimido o desanimado por lo menos un mes?	➡ NO	SÍ	1
Z2	Cuando se sentía deprimido, tuvo algunos de los siguientes síntomas por lo menos un mes:			
a.	¿Tenía dificultad para concentrarse o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	2
b.	¿Tenía dificultad para dormir (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	3
c.	¿Se sentía cansado o sin energía?	NO	SÍ	4
d.	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	5
e.	¿Se preocupaba persistentemente por lo menos un mes?	NO	SÍ	6
f.	¿Lloraba con facilidad?	NO	SÍ	7
g.	¿Estaba siempre en alerta de posibles peligros?	NO	SÍ	8
h.	¿Temía que pasara lo peor?	NO	SÍ	9
i.	¿Se sentía desesperanzado hacia el futuro?	NO	SÍ	10
j.	¿Tenía la autoestima baja o se sentía inútil?	NO	SÍ	11
	Resumen de Z2: ¿CODIFICÓ SÍ EN 4 O MÁS RESPUESTAS DE Z2?	➡ NO	SÍ	
Z3	¿Le han causado estos síntomas una gran angustia o han afectado su habilidad para funcionar en el trabajo, socialmente, o en otra forma importante?	➡ NO	SÍ	12
Z4	a. ¿Había tomado algún tipo de drogas o medicamentos, justo antes del comienzo de estos síntomas?			
b.	¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?			
	BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A: ¿Es alguna de estas posiblemente la causa directa de los síntomas del paciente?			
	¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?	➡ NO	SÍ	INCERTO 13

Z5	a. Los síntomas del paciente cumplen con los criterios para :			
		➡		
	Episodio Depresivo Mayor DE POR VIDA	NO	SÍ	14
		➡		
	Trastorno Distímico DE POR VIDA	NO	SÍ	15
		➡		
	Trastorno de Angustia DE POR VIDA	NO	SÍ	16
		➡		
	Trastorno de Ansiedad Generalizada DE POR VIDA	NO	SÍ	17
	b. Los síntomas del paciente ACTUALMENTE cumplen con los criterios para:	➡		
	cualquier otro trastorno de ansiedad	NO	SÍ	18
		➡		
	cualquier otro trastorno del estado del ánimo	NO	SÍ	19
		➡		
	c. Los síntomas del paciente son mejor explicados por algún otro trastorno psiquiátrico.	NO	SÍ	20

Z6 ¿CODIFICÓ SÍ EN Z5c?

NO	SÍ
<i>TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN</i>	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

DSM-IV/ICD-10 CÓDIGOS PARA DIAGNOSTICAR / FACTURAR LOS DIAGNÓSTICOS DE M.I.N.I.

Episodio Depresivo Mayor

Episodio Único/F32.x

- 296.20/F32.9 No especificado
- 296.21/F32.0 Leve
- 296.22/F32.1 Moderado
- 296.23/F32.2 Grave sin síntomas psicóticos
- 296.24/F32.3 Grave con síntomas psicóticos
- 296.25/F32.4 En remisión parcial
- 296.26/F32.4 En remisión total

Recidivante (recurrente)/F33.x

- 296.30/F33.9 No especificado
- 296.31/F33.0 Leve
- 296.32/F33.1 Moderado
- 296.33/F33.2 Grave sin síntomas psicóticos
- 296.34/F33.3 Grave con síntomas psicóticos
- 296.35/F33.4 En remisión parcial
- 296.36/F33.4 En remisión total

Trastorno Distímico

300.4/F34.1

Maníaco

Bipolar I, Episodio Maníaco Único /F30.x

- 296.00 No especificado
- 296.01/F30.1 Leve
- 296.02/F30.1 Moderado
- 296.03/F30.1 Grave sin síntomas psicóticos
- 296.04/F30.2 Grave con síntomas psicóticos
- 296.05/F30.8 En remisión parcial
- 296.06/F30.8 En remisión total

Bipolar I, Episodio Más Reciente: Maníaco /F31.x

- 296.40/F31.0 Hipomaniaco
- 296.40 No especificado
- 296.41/F31.1 Leve
- 296.42/F31.1 Moderado
- 296.43/F31.1 Grave sin síntomas psicóticos
- 296.44/F31.2 Grave con síntomas psicóticos
- 296.45/F31.7 En remisión parcial
- 296.46/F31.7 En remisión total

Bipolar I, episodio más reciente: depresivo /F31.x

- 296.50 No especificado
- 296.51/F31.3 Leve
- 296.52/F31.3 Moderado
- 296.53/F31.4 Grave sin síntomas psicóticos
- 296.54/F31.5 Grave con síntomas psicóticos
- 296.55/F31.7 En remisión parcial
- 296.56/F31.7 En remisión total

Bipolar I, episodio más recientes: mixto /F31.6

- 296.60 No especificado
- 296.61/F31.3 Leve
- 296.62/F31.3 Moderado
- 296.63/F31.4 Grave sin síntomas psicóticos
- 296.64/F31.5 Grave con síntomas psicóticos
- 296.65/F31.7 En remisión parcial
- 296.66/F31.7 En remisión total
- 296.70/F31.9 Trastorno Bipolar I, Episodio Más Reciente: No Especificado
- 296.80/F31.9 Trastorno Bipolar I, No Especificado (NOS)
- 296.89/F31.8 Trastorno Bipolar II

Trastorno de Angustia /F40.01

- 300.01/F41.0 Sin Agorafobia
- 300.21/F40.01 Con Agorafobia

Agorafobia

- 300.22/F40.00 Sin Historial de Trastorno de Angustia

Fobia Social (Trastorno de Ansiedad Social)

300.23/F40.1

Fobia Específica

300.29/F40.2

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

300.30/F42.8

Trastorno de Ansiedad Generalizada

300.02/F41.1

Dependencia/Abuso de Sustancias

- 303.90/F10.2x Dependencia de Alcohol
- 305.00/F10.1 Abuso de Alcohol
- 305.20/F12.1 Abuso de Cannabis
- 305.30/F16.1 Abuso de Alucinógenos
- 305.40/F13.1 Abuso de Sedantes, Hipnóticos, o Anxiolíticos
- 305.50/F11.1 Abuso de Opiáceos
- 305.60/F14.1 Abuso de Cocaína
- 305.70/F15.1 Abuso de Anfetaminas
- 305.90/F15.00 Intoxicación por Cafeína
- 305.90/F18.1 Abuso de Inhalantes
- 305.90/ Abuso de Otras Sustancias
- F19.00-F19.1 (o Desconocidas)
- 305.90/F19.1 Abuso de Fenciclidina

Trastornos Psicóticos

- 295.10/F20.1x Esquizofrenia, Tipo Desorganizado
- 295.20/F20.2x Esquizofrenia, Tipo Catatónico
- 295.30/F20.0x Esquizofrenia, Tipo Paranoide
- 295.40/F20.8 Trastorno Esquizofreniforme
- 295.60/F20.5x Esquizofrenia, Tipo Residual
- 295.70/F25.x Trastorno Esquizoaectivo
- 295.90/F20.3x Esquizofrenia, Tipo No Diferenciado
- 297.10/F22.0 Trastorno Delirante
- 297.30/F24 Trastorno Psicótico Compartido
- 293.81/F06.2 Trastorno Psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) con Ideas Delirantes
- 293.82/F06.0 Trastorno Psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) con Alucinaciones
- 293.89/F06.4 Trastorno de Ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)
- 293.89/F06.x Trastorno Catatónico debido a... (indicar enfermedad médica)
- 298.80/F23.xx Trastorno Psicótico Breve
- 298.90/F29 Trastorno Psicótico No Especificado (NOS)

Anorexia Nerviosa

307.10/F50.0

Bulimia Nerviosa

307.51/F50.2

Estado por Estrés Postraumático

309.81/F43.1

Riesgo de Suicidio

no tiene un código asignado

Trastorno Antisocial de la Personalidad

301.70/F60.2

Trastornos Somatomorfos

- 300.81/F45.0 Trastorno de Somatización
- 300.70/F45.2 Hipocondría
- 300.70/F45.2 Trastorno Dismórfico Corporal

Trastorno por dolor

- 307.80/F45.4 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos
- 307.89/F45.4 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos y a una Enfermedad Médica

Trastorno Disocial (Trastorno de Conducta)

312.80/F91.8

Trastorno por Déficit de Atención

- 314.01/F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo Combinado
- 314.00/F98.8 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con predominio del Déficit de Atención
- 314.01/F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con predominio Hiperactivo-Impulsivo

Trastornos Adaptativos

- 309.00/F43.20 Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo
- 309.24/F43.28 Trastorno Adaptativo con Ansiedad
- 309.28/F43.22 Trastorno Adaptativo con Ansiedad y Estado de Ánimo Depresivo
- 309.30/F43.24 Trastorno Adaptativo con Alteración del Comportamiento
- 309.40/F43.25 Trastorno Adaptativo con Alteración Mixta de las Emociones y el Comportamiento
- 309.90/F43.9 Trastorno Adaptativo No Especificado

Trastorno Disfórico Premenstrual

no tiene un código asignado

CRITERIOS PARA EXCLUIR OTROS TRASTORNOS DEL EJE I

En el caso de comorbilidad, el siguiente algoritmo (o jerarquía de trastornos basada en el DSM IV) se puede utilizar para reducir el número de trastornos comórbidos a aquellos que probablemente sean clínicamente significativos.

Pregunta	Sí	No
¿Están los síntomas de X limitados exclusivamente o mejor explicados por Y, Z?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si se hace el diagnóstico X, vaya a la pregunta, inserte el diagnóstico X en la columna 1 y el diagnóstico Y, Z correspondiente en la Columna 2.		

En cualquier combinación donde:

Diagnóstico X		Diagnóstico Y, Z, etc.
A Episodio Depresivo Mayor	existe, déjelo al menos que el trastorno quede exclusivamente restringido o mejor explicado por el diagnóstico Y, Z	Episodio maniaco, hipomaniaco o mixto. Trastorno Esquizoafectivo. Trastorno Delirante o Trastorno Psicótico no especificado.
B Trastorno Distímico		Episodio Depresivo Mayor o Maniaco
C Riesgo de Suicidio		Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I
D Episodio Hipo (Maniaco)	" "	Episodio Depresivo Mayor concurrente en la misma semana = episodio mixto
E Trastorno de Angustia	" "	Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático
F Agorafobia	" "	Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático
G Fobia Social (Trastorno de Ansiedad Social)	" "	Trastorno de Angustia o Agorafobia
H Fobia Específica	" "	Trastorno de Angustia o Agorafobia o Trastorno Obsesivo-Compulsivo o Trastorno por estrés postraumático
I Trastorno Obsesivo-Compulsivo	" "	Cualquier otro Trastorno del Eje I
J Estado por Estrés Postraumático	" "	Agorafobia
K Dependencia/Abuso de alcohol	" "	Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I
L Dependencia/Abuso de Sustancias (No-alcohólicas)	" "	Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I
M Trastornos Psicóticos	" "	Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I
N Anorexia Nerviosa	" "	Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I
O Bulimia Nerviosa	" "	Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I
P Trastorno de Ansiedad Generalizada	" "	Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Episodio Maniaco, Trastorno de Angustia, Trastornos Psicóticos, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno de Ansiedad
Q Trastorno Antisocial de la Personalidad	" "	Maniaco o Psicótico
R Trastorno de Somatización	" "	Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I
S Hipocondría	" "	Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Angustia, Trastorno de Ansiedad de Separación, otro Trastorno Somatomorfo, Trastorno Delirante, Trastorno Dismórfico Corporal
T Trastorno Dismórfico Corporal	" "	Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Angustia, Anorexia Nerviosa, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Psicótico

U Trastorno por Dolor	"	"	Episodio Depresivo Mayor, Maníaco, Trastorno de Angustia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Fobia Social, Fobia Específica, Trastornos Psicóticos, Dispareunia
V Trastorno Disocial (conducta)	"	"	Puede coexistir con cualquier otro Trastorno del Eje I, ADHD
W Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	"	"	Psicótico, Maníaco, Trastorno de Ansiedad, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Disocial (conducta)
X Trastornos Adaptativos	"	"	Cualquier otro Trastorno del Eje I
Y Trastorno Disfórico Premenstrual	"	"	Trastorno de Angustia, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, o un Trastorno de la personalidad
Z Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	"	"	Cualquier otro Trastorno Psicótico.

REFERENCIAS

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

Traducciones

M.I.N.I. 4.4 o versiones previas

Africano	
Árabe	
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Bulgarian	
Bengali	
Checo	
Chino	
Croatian	
Danés	P. Bech
Español	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier

Estonian	
Farsi/Persa	
Finnish	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine
Griego	S. Beratis
Gujarati	
Hebréo	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Holandés/Flamenco	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs
Icelandic	
Inglés	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tarsella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller

Japonés	
Koreano	
Latvian	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobaids
Noruego	G. Feaersén, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Portugués	
Portugués-Brazil	P. Amorim
Punjabi	
Rumano	
Ruso	
Serbio	I. Timotijevic
Setswana	
Slovenian	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble

Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	
Vasco	

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 y M.I.N.I. Screen 5.0:

R. Emsley
O. Osman, L. Al-Radi
G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Dr. Hranov
H. Banerjee, A. Banerjee
P. Zvlosky
L. Carroll, K-d Juang
In preparation
P. Bech, T. Schütze
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto,
J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco
L.G. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
K. Khooshabi, A. Zomorodi
M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Barda, I. Levinson
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
I. Van Vliet, H. Leroy, H. van wegen
I. Bitter, J. Balazs
J.G. Stefansson
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan,
M. Sheehan
L. Conti, A. Rossi, P. Donda
H. Watanabe, T. Otsubo
In preparation
V. Janavs, J. Janavs
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Guterres
P. Amorim
A. Gahunia, S. Gambhir
O. Driga
A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
I. Timotijevic
K. Ketlogetswe
M. Kocmur
C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble,
H. Agren
T. Örnek, A. Keskiner
A. Taj, S. Gambhir
En preparación

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission.

Los autores dan su agradecimiento a:

Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en los módulos sobre Anorexia Nerviosa y Bulimia.

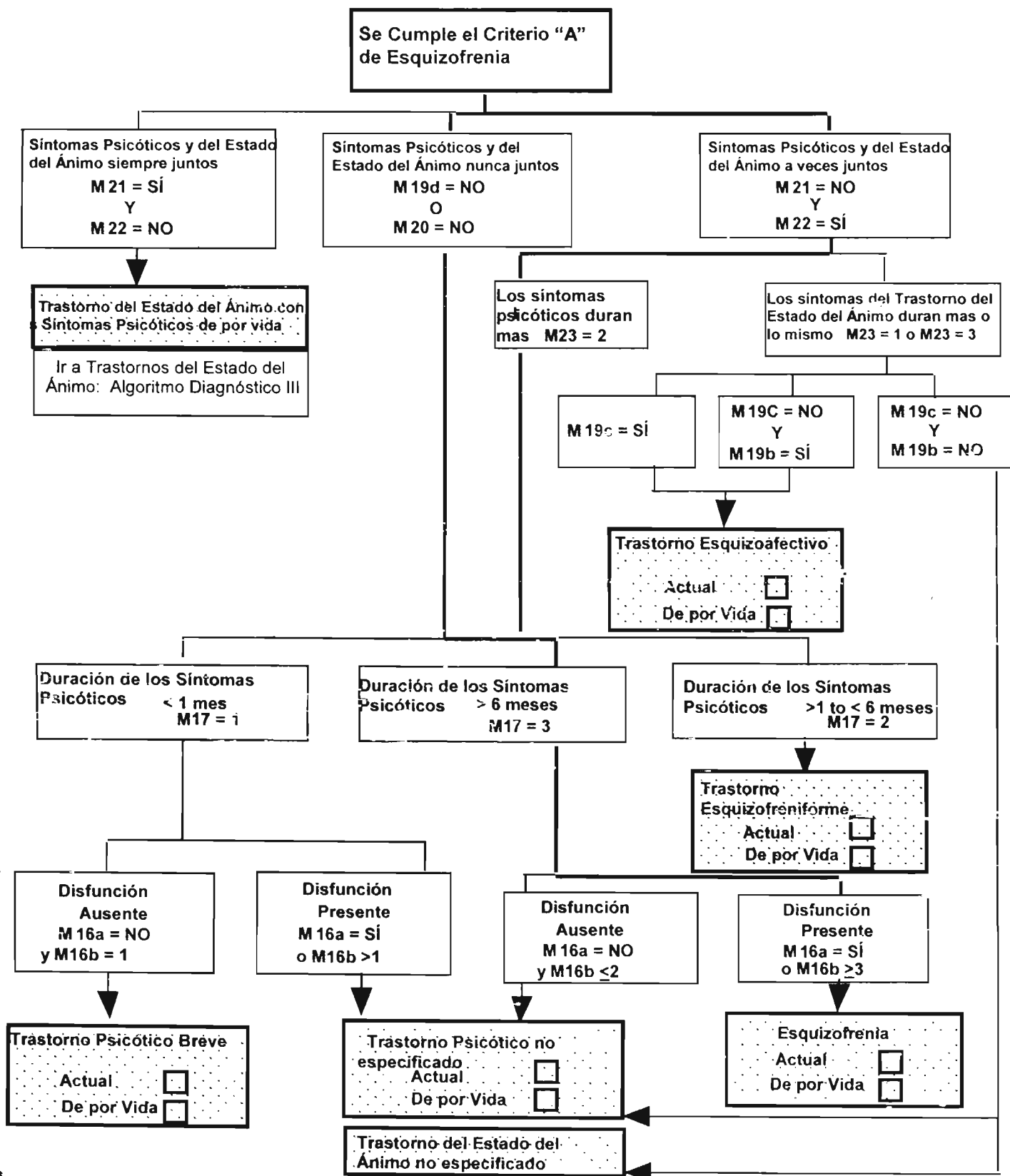
Dr. Humberto Nágera por sus recomendaciones en los módulos de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Drs. Jonathan Cohen and Donald Klein por sus recomendaciones en el módulo de Trastorno de Angustia del M.I.N.I. Plus.

Prof. Istvan Bitter and Dr. Judit Balazs por sus recomendaciones en el módulo de Trastorno de Mixto de Ansiedad y Depresión.

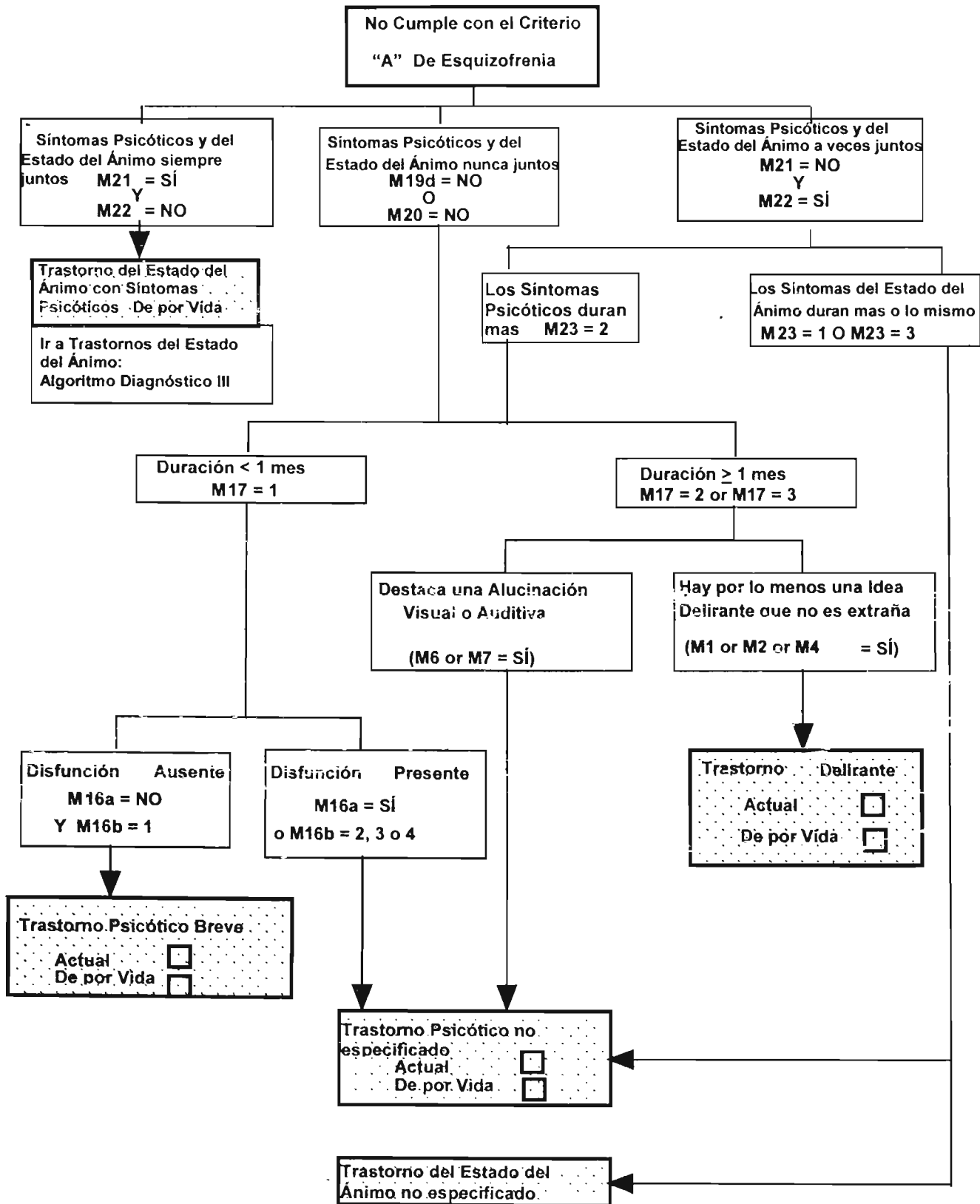
TRASTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMO DIAGNÓSTICO I

Circular la casilla del diagnóstico apropiado para ambos diagnósticos el actual y el de por vida.
Un diagnóstico positivo excluye los demás. Si en este momento no se cumple el criterio "A" de esquizofrenia, pero sí se cumple el de por vida, los diagnósticos de por vida y el actual pudieran diferir.



TRASTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMO DIAGNÓSTICO II

Circular la casilla del diagnóstico apropiado para ambos diagnósticos el actual y el de por vida.
 Un diagnóstico positivo excluye los demás. Si en este momento no cumple el criterio "A" de esquizofrenia, pero si se cumple el de por vida, los diagnósticos de por vida y el actual pudieran diferir.



TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO: ALGORITMO DIAGNÓSTICO III

Consultar Secciones: A [Episodio Depresivo Mayor]
 D [Episodio (Hipo)maníaco]
 M [Trastornos Psicóticos]

SECCIÓN M:

1 a	¿CODIFICÓ NO EN M20?	NO	SÍ	→	IRA 2c
b	¿CODIFICÓ NO EN M21 y CODIFICÓ SÍ EN M22?	NO	SÍ	→	CODIFIQUE NO EN 2c 2d y 2e
c	¿CODIFICÓ SÍ EN M21 o CODIFICÓ NO EN M22?	NO	SÍ		

SECCIONES A y D:

2 a ¿Identificó una idea delirante en A3e? No Sí
 b ¿Identificó una idea delirante en D3a? No Sí

c ¿Si A8 = SÍ (Episodio Depresivo Mayor presente)
 y
 D6 y D7 = NO (Episodios Hipomaniaco y Maníaco ausentes)?

Especifique:

SIN Síntomas Psicóticos (SP): SI 1a = SÍ y 2a = NO
 CON Síntomas Psicóticos (SP): SI 1a = NO y 2a = SÍ

**Especifique si el último episodio depresivo es actual o pasado
 (Pregunta A8)**

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	
sin SP	<input type="checkbox"/>
con SP	<input type="checkbox"/>
actual	<input type="checkbox"/>
pasado	<input type="checkbox"/>

d ¿Es D7 = SÍ (Episodio Maníaco presente)?

Especifique:

SIN Síntomas Psicóticos (SP): SI 1a = SÍ y 2a = NO y 2b = NO
 CON Síntomas Psicóticos (SP): SI 1a = NO y 2a = SÍ y 2b = SÍ

**Especifique si el último episodio depresivo es actual o pasado
 (Preguntas A8 o D6 o D7)**

NO	SÍ
TRASTORNO BIPOLAR I	
sin SP	<input type="checkbox"/>
con SP	<input type="checkbox"/>
actual	<input type="checkbox"/>
pasado	<input type="checkbox"/>

e ¿Es A8 = SÍ (Episodio Depresivo Mayor presente)
 y
 D6 = SÍ (Hipomaniaco Episodio presente)
 y
 D7 = NO (Episodio Maníaco ausente)?

**Especifique si el último episodio del estado del ánimo es actual o pasado
 (Preguntas A8 o D6)**

NO	SÍ
TRASTORNO BIPOLAR II	
actual	<input type="checkbox"/>
pasado	<input type="checkbox"/>