



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso Académico 2015-2016

Trabajo Fin de Grado
Patología Dual e intento autolítico
Revisión Bibliográfica

Alumna: Cristina Martín Macho

Tutora: D^a. Berta Pérez Monge

Mayo, 2016

ÍNDICE

RESUMEN	1
Palabras clave	1
INTRODUCCIÓN	2
Salud mental	2
Trastornos relacionados con el abuso de sustancias	3
Sustancias de abuso	4
Patología dual	7
Conducta suicida	9
Justificación	10
Objetivos	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
Búsqueda bibliográfica	11
Selección de artículos	13
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	14
Características de los pacientes con patología dual	14
Variables de los intentos autolíticos	18
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	23
Anexo 1: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0	23
Anexo 2: Cuestionario de Personalidad PDQ4+	45

RESUMEN

Introducción: Los trastornos psiquiátricos tienen alta prevalencia en Europa, representando el 20% del total de enfermedades. Se estima que el 27% de la población, en un rango de edad de 18 y 65 años, ha sido diagnosticado de un trastorno mental. Cuando se suma un abuso de drogas y un trastorno mental, hablamos de patología dual. La gran mayoría de personas que presenta adicción a alguna sustancia, padece otro trastorno psiquiátrico asociado. Esta comorbilidad psiquiátrica es muy frecuente, sobre todo en jóvenes, y su dificultad diagnóstica empeora el pronóstico. La gravedad de los pacientes duales eleva el riesgo de intentos autolíticos, situación que supone un desafío actual para los profesionales sanitarios.

Objetivo: Conocer la relación existente entre la patología dual e intento autolítico.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas, libros, y páginas de salud con información relevante. La búsqueda se ha desarrollado entre diciembre de 2015 y abril de 2016.

Resultados y discusión: Los principales trastornos mentales que presentan los pacientes duales son los trastornos del estado del ánimo y psicóticos, y las sustancias de abuso más frecuentes son el alcohol y la cocaína. La mayoría de los estudios científicos revisados confirman la relación de los trastornos psiquiátricos y del abuso de drogas con los intentos de autolisis, pero los estudios referentes a la patología dual y su relación con el suicidio son muy escasos.

Conclusión: Se considera necesario potenciar la investigación sobre patología dual, la utilización de encuestas para su diagnóstico, y el tratamiento de ambos trastornos simultáneamente. La formación de los profesionales sanitarios tiene gran importancia para la mejora del tratamiento y la disminución de complicaciones relacionadas con la comorbilidad psiquiátrica.

Palabras clave: Intento autolítico, patología dual, abuso de drogas, trastornos psiquiátricos, suicidio.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.¹

Los factores que influyen en la salud mental de cada persona son complejos y difíciles de determinar. Entre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades psiquiátricas, se encuentra el consumo de drogas.²

Una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia psicológica, física, o ambas.¹

Cuando se habla de drogas, surge el concepto de “abuso”, que es definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)³ como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas asociados, durante un período de 12 meses.

Por tanto, una droga de abuso es aquella sustancia de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento), y susceptibles de ser auto-administradas.³

El consumo y dependencia a una sustancia de abuso causa problemas físicos, deteriora las relaciones sociales, y afecta a la salud mental de la propia persona.

Los problemas psiquiátricos derivados del consumo de drogas se encuentran en el DSM-IV ³ , en el apartado “Trastornos relacionados con sustancias”, y están divididos en:

1. Trastornos inducidos por las drogas

Son producidos por los efectos fisiológicos de las drogas sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentra la abstinencia, definida como el conjunto de manifestaciones físicas y psíquicas que aparecen cuando una persona deja de consumir una sustancia a la que está habituada. Su clínica normalmente son los efectos contrarios que produce el principio activo de la droga.

2. Trastornos por consumo de drogas

Hacen referencia a la relación anómala de la persona con el consumo de drogas. Destacan dos tipos: el abuso y la dependencia de drogas.

El abuso se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo con consecuencias adversas y de forma recurrente, manteniendo la capacidad para dejar de consumir. Cuando esta capacidad se pierde hablamos de dependencia, determinada por el uso compulsivo de mayores cantidades o durante más tiempo de lo que pretendía la persona, con una necesidad irresistible de consumo.

El motivo por el que algunos sujetos dan el salto del abuso a la dependencia no está claro. Los factores sociales son importantes en el contacto inicial de la población con las drogas, aunque los factores individuales, genéticos, de personalidad, y otros trastornos mentales parecen determinantes para la aparición de la conducta adictiva, que suele instalarse rápidamente.²

Es complicado establecer un límite entre dependencia física y psíquica, pero se pueden diferenciar de la siguiente manera: ⁴

- Dependencia psíquica: Existe un sentimiento de satisfacción cuando se toma una droga, o un impulso que requiere su administración para reproducir la sensación de placer.
- Dependencia física: Hay una adaptación a la droga que se pone de manifiesto con intensas alteraciones corporales cuando se suspende su administración.

El término “tolerancia” hace referencia a la necesidad de aumentar la dosis para conseguir los efectos deseados, o la disminución de los efectos con la misma dosis.⁶

Cada sustancia de abuso presenta particularidades en los cuadros clínicos, y sus efectos dependen de la dosis, las concentraciones plasmáticas, la combinación con otras sustancias de abuso, y las experiencias anteriores con la droga.⁵

A continuación, se explican las diferentes características de las sustancias de abuso más conocidas:⁶

<u>ALCOHOL</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración oral	<p>Según concentraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 mg/dl: Euforia, locuacidad, descoordinación, mayor sociabilidad y dificultades en atención/concentración. - >100 mg/dl: Nistagmus, diplopía, disartria, ataxia, hipotensión e hipotermia. - >250 mg/dl: Estupor, habla incoherente, vómitos y dificultades respiratorias. - >400 mg/dl: Coma profundo. 	<p>Cirrosis</p> <p>Cáncer</p> <p>Cuadros depresivos.</p> <p>Trastornos de ansiedad y del sueño.</p> <p>Deterioro psicoorgánico que pueden constituir auténticas demencias.</p> <p>Falta de Tiamina (vitamina B1) Encefalopatía de Wernicke Síndrome de Korsakoff</p>

Tabla 1. Alcohol: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

<u>DIETILAMIDA DE ÁCIDO LISÉRGICO</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración oral	<ul style="list-style-type: none"> - Somáticos Taquicardia Hipertensión Dilatación pupilar - Psíquicos Ilusiones visuales Despersonalización y desrealización Distorsión en la percepción Sinestias Mal viaje 	<p>Flash backs</p> <p>Psicosis esquizofreniforme</p> <p>Trastornos de la memoria</p>

Tabla 2. Dietilamida de ácido lisérgico: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

<u>METANFETAMINAS</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración oral, intravenosa o inhalada	<ul style="list-style-type: none"> - Somáticos Dilatación pupilar Alteración del ritmo cardíaco y TA - Psíquicos Crisis comiciales Alucinaciones Euforia Desinhibición Disminución del sueño y del apetito Falta de juicio Hiperactividad - Alteraciones cardiovasculares Hipertensión Arritmias cardíacas Colapso circulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos de ansiedad, psicóticos y del estado de ánimo Conducta agresiva y paranoide Disfunciones sexuales Embotamiento afectivo Desnutrición Retraimiento social

Tabla 3. Metanfetaminas: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

<u>CANNABIS</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración oral o inhalado	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de bienestar y relajación Euforia Risas Deterioro de memoria inmediata Dificultad en procesos mentales Sensación de que el tiempo transcurre lentamente Irritación conjuntival Apetito Sequedad de boca Taquicardia Alteraciones del nivel de conciencia Alucinaciones auditivas, visuales o táctiles. 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome amotivacional (Desinterés, apatía e indiferencia) Síntomas psicóticos Disminución de la agresividad Alteraciones respiratorias y cardíacas

Tabla 4. Cannabis: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

<u>COCAÍNA</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración oral, nasal, intravenosa o inhalada (Crack)	<ul style="list-style-type: none"> Hiperactividad Irritabilidad Ideas paranoides Comportamientos agresivos Taquicardia Sudoración Dilatación pupilar Arritmias cardíacas Infarto de miocardio Convulsiones, coma y muerte 	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio Agotamiento general Depresión Ideación paranoide y alucinaciones

Tabla 5 - Cocaína: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

<u>FENCICLIDINA</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración intravenosa, oral o fumada	Euforia Disartria Nistagmus Hipoestesia de extremidades Movimientos involuntarios Rigidez muscular Conciencia de separación cuerpo/mente Estado cataléptico (Despierto, dissociado del medio y amnesia del episodio) Psicosis aguda	Alteraciones de la memoria, lenguaje y pensamiento Embotamiento Letargia Disminución reflejos Dificultad concentración

Tabla 6. Fenciclidina: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

<u>OPIÁCEOS</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración oral, inhalado o intravenoso	Analgesia Habla farfullante Somnolencia Hipoactividad e hipotermia Miosis Coma, depresión respiratoria, y muerte Anoxia encefálica -> Midriasis	VIH y Hepatitis Complicaciones pulmonares, neurológicas, hematológicas y digestivas

Tabla 7. Opiáceos: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

<u>SEDANTES</u>	INTOXICACIÓN	CONSUMO CRÓNICO
Vía de administración oral o intravenoso	Nistagmus Incoordinación motora Hipotonía Hiporreflexia Estupor Coma	Somnolencia Caídas Ataxia Trastornos sexuales y amnésicos Depresiones graves Riesgo de suicidio

Tabla 8. Sedantes: vía de administración, intoxicación y consumo crónico.

Aproximadamente, el 50% de las personas con trastornos mentales cumplirá los criterios del DSM-IV para abuso/dependencia de sustancias, en algún momento de su vida.⁷

La coexistencia, en un mismo individuo, de abuso de sustancias y otro trastorno psiquiátrico es denominada “comorbilidad psiquiátrica de las adicciones” o “patología dual” (PD).²

Determinar la naturaleza de relación entre los trastornos psiquiátricos y el abuso de drogas es una tarea compleja, porque son patologías que interaccionan entre sí.⁸ Existen dos hipótesis para explicar esta comorbilidad psiquiátrica:⁴

- Hipótesis etiológica

El consumo de drogas provoca unos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Sus efectos tóxicos producen la disminución de la neurotransmisión cerebral de dopamina, serotonina y noradrenalina similar al que se da en depresiones, provocando alteraciones emocionales y aislamiento social, lo que constituye un factor de riesgo para los trastornos psiquiátricos.

- Hipótesis de automedicación

El consumo de drogas se realiza para aliviar los síntomas psicopatológicos o los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. Por ejemplo, se conoce que los pacientes esquizofrénicos incrementan su consumo de cocaína y cannabis para disminuir su sintomatología negativa (apatía, embotamiento afectivo, etc.).

Los trastornos psiquiátricos relacionados con el abuso de drogas más frecuentemente son los siguientes:⁴

- Trastornos de personalidad

Los pensamientos, comportamientos y emociones del sujeto son relativamente inflexibles, difieren de las expectativas y normas de su cultura, causando problemas personales, laborales y sociales.

- Trastornos de ansiedad

La ansiedad se define como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión. El sujeto tiene miedo a perder el control y la sensación de “catástrofe inmediata”, lo que supone la incapacidad de tomar decisiones y bloqueo ante situaciones cotidianas.

- Trastornos del estado de ánimo

Se caracterizan por el deterioro de la regulación del estado de ánimo, del comportamiento y de la afectividad, con sentimientos desproporcionados de tristeza o euforia y cambios importantes en el nivel de actividad, autoestima y relaciones sociales. Entre ellos, se encuentra la depresión mayor, definida como un estado de ánimo deprimido mantenido diariamente por un mínimo de dos semanas, caracterizado por tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, y que suele asociarse a cambios de los patrones de sueño, apetito, peso, sensación de culpa o vergüenza y pensamientos relacionados con la muerte.

- Trastornos psicóticos

La principal característica es la pérdida de contacto con la realidad, deteriorando completamente el funcionamiento de la persona, su medio familiar, social y laboral. En este tipo de trastornos se encuentra la esquizofrenia, caracterizada por perturbaciones del lenguaje, la percepción, el pensamiento, las relaciones sociales, el afecto y el comportamiento. La esquizofrenia no tiene manifestaciones patognomónicas, y los sujetos pueden presentar síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes...) o negativos (anhedonia, expresión emocional reducida, disminución de las relaciones sociales...).

El abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, son algunos de los principales factores que pueden contribuir en la aparición de ideas autolíticas.⁹

Ayuso-Mateos et al.¹⁰ divide en dos grupos los factores de riesgo asociados a la conducta suicida.

Por una parte, los “no modificables” desde el ámbito clínico, como al edad, religión, estado civil, etc. Y por otra, los “modificables”, relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos, que pueden ser intervenidos clínicamente.

MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
Trastornos mentales <ul style="list-style-type: none"> - Depresivos - Ansiedad - Esquizofrenia - Personalidad Abuso de sustancias Enfermedad somática Impulsividad y agresividad	Antecedentes familiares Hombre Adolescente/Anciano Viudo/Divorciado Desempleo Conducta suicida previa

Tabla 9: Factores de riesgo en la conducta suicida

La tentativa y el suicidio se consideran las formas más representativas de la conducta suicida, pero está formado por un gradiente de situaciones que se describen a continuación: ¹⁰

- **Ideación suicida:** Pensamientos relacionados con poner fin a la propia vida.
- **Amenaza suicida:** Manifestación del propósito de quitarse la vida.
- **Tentativa suicida:** Autolesión intencionada, con o sin deseo de morir, que no resulta letal.
- **Simulación suicida:** La acción suicida no cumple su finalidad porque hay fingimiento, y no existe auténtica intención de concluir el acto.
- **Suicidio consumado:** Acto realizado por el propio sujeto de resultado letal, con evidente intencionalidad de morir.

Las personas que presentan únicamente un trastorno mental se consideran poco frecuentes, porque es conocida la relación que existe entre el abuso de drogas con otros trastornos psiquiátricos. Esta comorbilidad psiquiátrica constituye un reto terapéutico para los profesionales sanitarios, que se enfrentan a pacientes con mayor dificultad diagnóstica y peor adherencia a los tratamientos, lo que puede derivar en graves complicaciones, como es la conducta suicida.

La tentativa es el predictor más fuerte del suicidio, porque las personas que realizan un intento autolítico tienen un riesgo de suicidio 100 veces mayor que la población general, y entre un 10% y 14% cometen el suicidio posteriormente.¹¹ Por este motivo, detectar cualquier señal que pueda indicar un comportamiento suicida es tan importante.

Las características de los pacientes psiquiátricos son muy variadas, e implica que la actuación de los profesionales sanitarios debe adaptarse a las necesidades que presentan, incluyendo una visión integral y un enfoque motivacional.

Los profesionales de enfermería establecen un contacto muy estrecho con los pacientes, y esta relación de confianza tiene un papel fundamental en el tratamiento de las patologías psiquiátricas. Por eso, conocer las características de este tipo de pacientes y de los trastornos mentales, los sitúa en una posición favorecedora para detectar el abuso de sustancias y la presencia de otros trastornos psiquiátricos.

Objetivos:

- **Objetivo general:** Realizar una revisión de las publicaciones sobre la patología dual y su relación con los intentos autolíticos.

- **Objetivos específicos**

- ✓ Conocer los principales trastornos psiquiátricos en la patología dual.
- ✓ Exponer las sustancias de abuso predominantes en la patología dual
- ✓ Averiguar las características de las personas que presentan una conducta suicida.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Búsqueda bibliográfica

Esta revisión se ha desarrollado entre diciembre de 2015 y abril de 2016. La estrategia de localización de los artículos se realizó en base a la pregunta PICO: “¿Los pacientes con patología dual tienen mayor riesgo de intentos autolíticos?”

P ROBLEMA	I NTERVENCIÓN	C OMPARACIÓN	O UTCOMES (<i>Resultados</i>)
Pacientes con patología dual	Revisar estudios referentes al intento autolítico	×	Conducta suicida en PD Trastornos mentales y sustancias abuso en PD

Tabla 10: Pregunta PICO

Después, se eligieron las bases de datos para la obtención, a través de internet, de los artículos y publicaciones relacionadas.

BUSCADORES	BASES DE DATOS	PÁGINAS DE SALUD	REVISTAS ELECTRÓNICAS
Google Google Académico Google Books	Scielo Dialnet Elsevier	OMS Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del SNS Psiquiatría.com	Adicciones Psiquiatría y Salud Mental Metas de Enfermería Investigación Clínica Clínica Española Psicopatología Clínica Emergencias Rehabilitación Psicosocial Medicina Clínica Med. Experimental y Salud Pública

Tabla 11: Recursos para la búsqueda bibliográfica

La búsqueda se ha realizado utilizando un lenguaje controlado mediante “Medical Subject Headings” (MeSH) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), para tener mayor precisión de búsqueda.

DeCS	MeSH
Diagnóstico dual psiquiátrico Drogas ilícitas Intento de suicidio Trastornos mentales Trastornos relacionados con sustancias Suicidio	Diagnosis, Dual (Psychiatry) Street drugs Suicide attempted Mental disorders Substance-related disorders Suicide

Tabla 12: Lenguaje controlado

Para obtener documentos que contuvieran varios términos al mismo tiempo se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”, creando las siguientes combinaciones de búsqueda:

- Patología dual AND intento de suicidio OR suicidio
- Abuso de drogas AND trastornos mentales
- Abuso de drogas AND intento de suicidio OR suicidio
- Trastornos mentales AND intento de suicidio OR suicidio

En la base de datos Scielo, utilizando dichas combinaciones de obtuvieron un total de 81 artículos, y tras la lectura del resumen de cada uno, solo 3 fueron de interés.

La siguiente búsqueda se realizó en la base de datos Dialnet, obteniendo 42 artículos, de los que solo 7 tenían información considerada relevante para esta revisión. Por último, en la base de datos Elsevier se obtuvieron 36 resultados de los que, tras la lectura de sus resúmenes, 5 fueron incluidos.

SCIELO	<ul style="list-style-type: none"> - Patología dual: situación actual y retos de futuro - Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales - Drogas de abuso en un servicio de urgencias de Madrid
DIALNET	<ul style="list-style-type: none"> - Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos - Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en la Comunidad de Madrid - Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en las redes de salud mental y atención drogodependiente - Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con patología dual - Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias - Epidemiología de los ingresos por intoxicación medicamentosa voluntaria
ELSEVIER	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España - Diez años de asistencias urgentes a consumidores de cocaína en España - Consideraciones sobre las asistencias urgentes a consumidores de cocaína - Epidemiología de las intoxicaciones medicamentosas durante un año en el Hospital Ramón y Cajal - Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias desde una unidad de patología dual

Tabla 13: Artículos incluidos

Para complementar la información obtenida se tuvo acceso, en diferentes bibliotecas de Palencia, a las siguientes publicaciones:

- Manual de drogodependencia para Enfermería. (2014)
- Fundamentos de prevención de adicciones. (2015)
- Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. (2014)
- Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. (2009)

Los libros consultados sobre clasificación de trastornos psiquiátricos, signos y síntomas son: Principios de Medicina Interna (Harrison 16ª ed. Vol. II) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Para conocer de datos estadísticos referentes a nuestro país se recurrió a la web del Instituto Nacional de Estadística (INE).

2. Selección de artículos

Se establecieron unos criterios para la elección de los artículos que fueran útiles en este trabajo.

– Criterios de inclusión:

Artículos publicados desde el año 2005 hasta la actualidad.

Artículos de libre acceso.

Artículos escritos en español e inglés.

Publicaciones con información relevante sobre drogas, trastornos psiquiátricos y suicidio.

– Criterios de exclusión:

Artículos sin resumen.

Artículos sin texto completo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

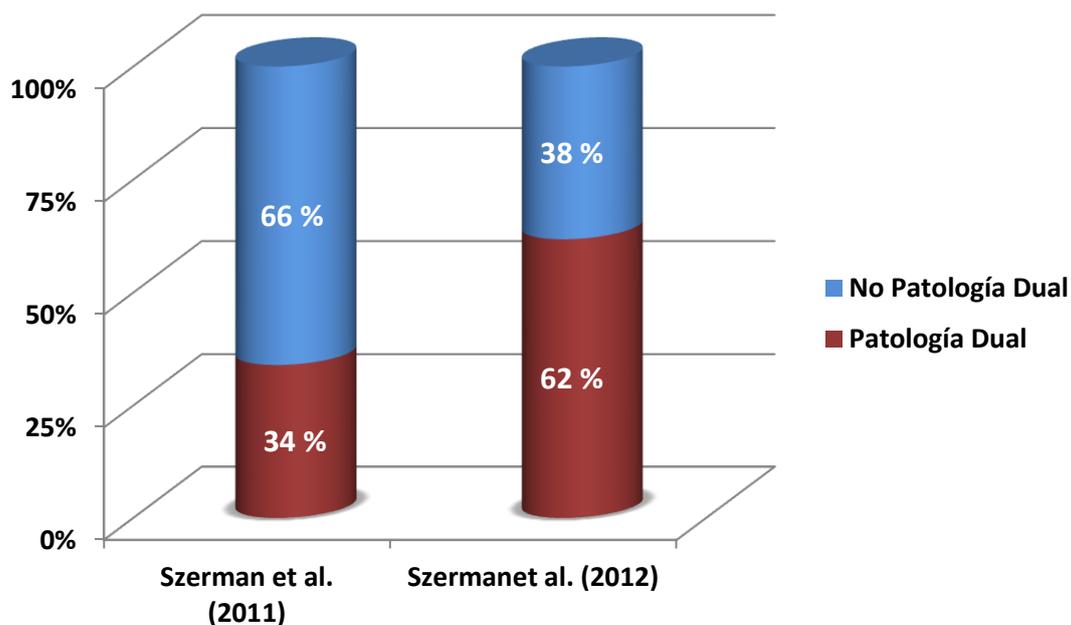
A pesar de que la comorbilidad psiquiátrica se asocia con menor adherencia terapéutica y peor pronóstico, los estudios sobre la patología dual (PD) y su relación con los intentos autolíticos son muy escasos. Esto ha supuesto una limitación muy importante en la elaboración de este trabajo.

A continuación, se exponen las características de los sujetos con PD de los artículos revisados:

Szerman et al. realizaron dos investigaciones^{12, 13} sobre PD. Estos estudios, valoran la prevalencia de la PD y las características de los pacientes psiquiátricos, en las redes asistenciales de Salud Mental y las de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, en los años 2011 y 2012.

Las principales diferencias entre ambos estudios son el tamaño de la muestra (el primer estudio¹² con una muestra de 400 sujetos, y el segundo¹³ con 837 sujetos), y la inclusión en el segundo de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Anexo 1) y el Cuestionario de Personalidad (PDQ4+) (Anexo 2).

En el primer estudio fueron diagnosticados de PD el 34% de los sujetos, mientras que, incluyendo instrumentos para la valoración psiquiátrica, como en el segundo estudio, las cifras de pacientes duales se elevan hasta casi el doble (62%).



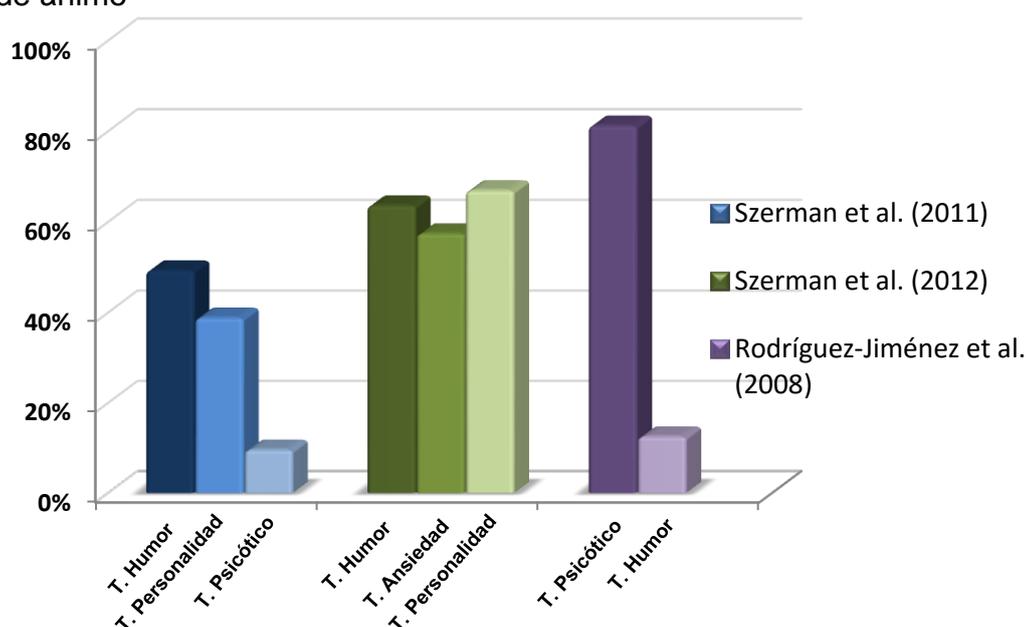
Gráfica 1: Pacientes diagnosticados de PD en 2011 y 2012 (Madrid)

Estos estudios evidencian diferencias significativas en el diagnóstico de PD, ya que una cantidad importante de pacientes psiquiátricos no están diagnosticados de algún trastorno mental y, como consecuencia, tampoco está tratado.

También, la utilización de instrumentos de diagnóstico psiquiátrico, como la entrevista MINI y el cuestionario PDQ4+, son un recurso fundamental para evaluar y detectar a este tipo de pacientes.

La MINI consiste en una entrevista breve y estructurada de los trastornos psiquiátricos clasificados en el DSM-IV y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se puede incorporar a la entrevista clínica habitual, ya que su duración es de 15 minutos, y es fácil de usar por los profesionales. Por otro lado, el cuestionario PDQ4+ evalúa los trastornos de la personalidad incluidos en el DSM-IV, se basa en 99 preguntas de respuesta verdadero o falso, que completa el propio paciente, y una entrevista posterior en caso de cumplir unos criterios mínimos de significación clínica.

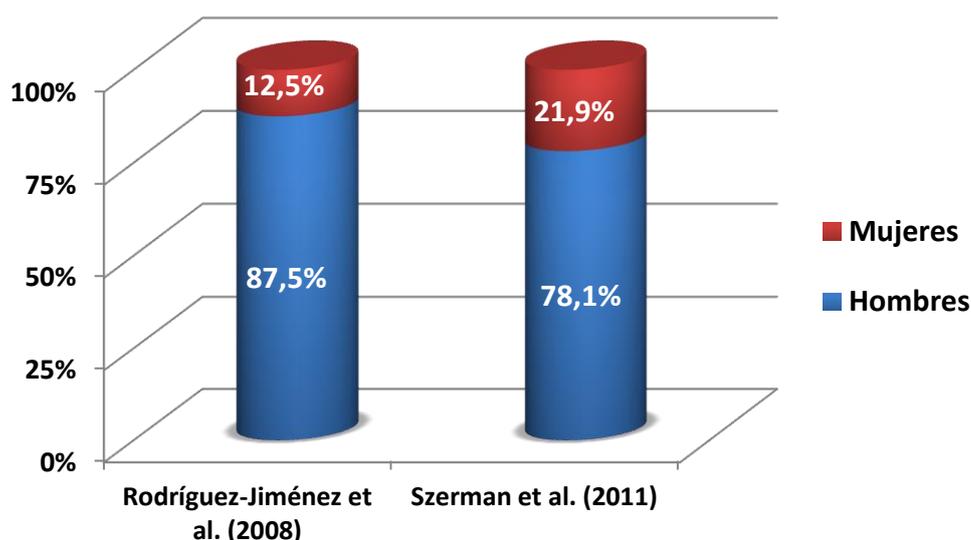
Hay diferencias en los trastornos mentales más comunes en PD. En el primer estudio de Szerman et al.¹² destacan los trastornos del estado de ánimo, seguidos de los trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos, pero en el segundo estudio¹³, son los trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, y trastornos de ansiedad. Por otro lado, en el estudio realizado por Rodríguez Jiménez et al.⁷, con una muestra de 257 sujetos, predominan los trastornos psicóticos y del estado de ánimo



Gráfica 2: Trastornos mentales predominantes en PD

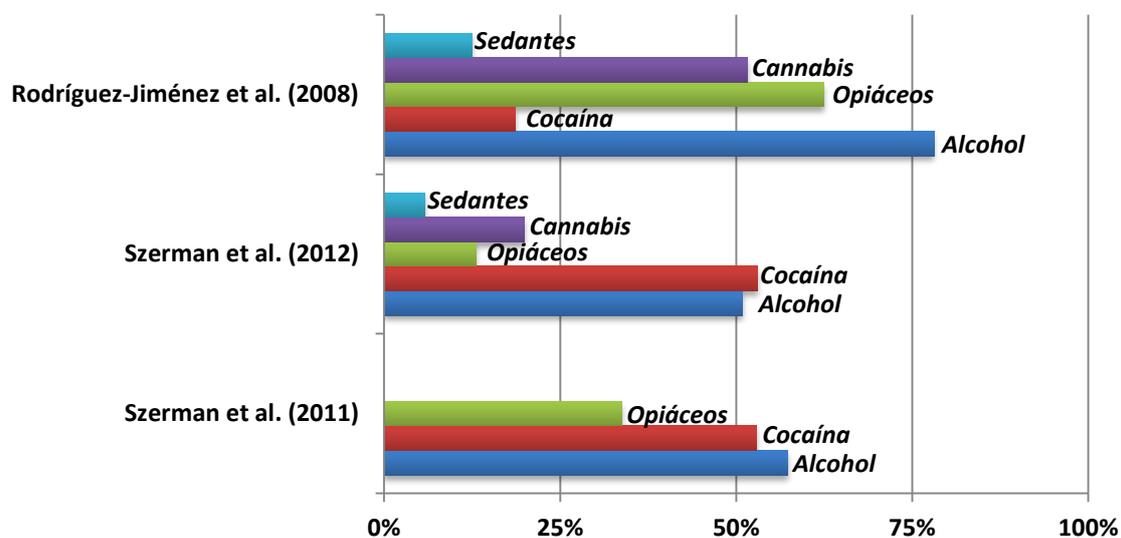
Respecto al sexo, Szerman et al.¹² refiere que el 78,1% son hombres, frente al 21,9% que son mujeres. En el estudio de Rodríguez-Jiménez⁸ et al, el 87'5% de los sujetos son hombres.

Para Miquel et al.¹⁴, el sexo predominante en PD depende del lugar donde se realicen los estudios, debido a que hay más mujeres en las unidades de psiquiatría general, y más hombres en las unidades de drogodependencias.



Gráfica 3: Sexo de los pacientes con PD

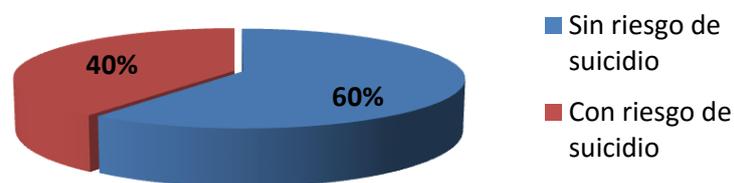
Rodríguez-Jiménez et al.⁷ sitúa el alcohol como la sustancia de abuso más habitual en PD, seguida por los opiáceos y el cannabis. En el primer estudio de Szerman et al.¹² (2011) también es el alcohol, pero seguido de la cocaína. Y un año después, según Szerman et al.¹³, la cocaína ocupa el primer lugar, y después el alcohol y el cannabis.



Gráfica 4: Principales sustancias de abuso en PD

Este cambio en los patrones de abuso de sustancias con el paso del tiempo coincide con varios estudios^{9, 15, 16}, que respecto al consumo de cocaína en los últimos años en España, reflejan un aumento del número de consumidores de esta sustancia.

Szerman et al.¹³ valoró el riesgo de suicidio mediante la entrevista MINI, obteniendo como resultado que el 40% de los pacientes duales lo presentaban. Así mismo, defiende que la dependencia a varias drogas simultáneamente eleva 20 veces la probabilidad de suicidio.



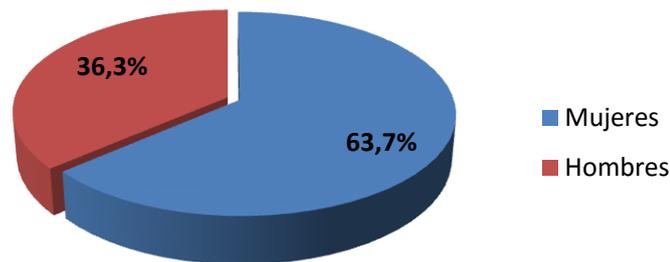
Gráfica 5: Pacientes duales con riesgo de suicidio (Szerman et al. 2012)

A pesar de que España presenta una de las tasas más bajas, se ha producido uno de los incrementos más significativos de Europa, especialmente de los intentos de autolisis.¹⁰ En 2013, los casos de suicidio alcanzaron la cifra de 3870 personas, situándose como la principal causa externa de muerte desde 2007, por encima de accidentes de tráfico o caídas accidentales. En cuanto a los intentos de autolisis, se sitúan entre 50-90 por 100.000.¹¹

A continuación, se procede a exponer las variables de los pacientes atendidos por intento autolítico en España más significativas:

- Sexo

El suicidio consumado es más frecuente en hombres, y las mujeres realizan más intentos de suicidio ^{10, 11, 17, 18, 19}. Como dato, aproximadamente el 63,7% de los intentos autolíticos atendidos son femeninos. ¹⁹



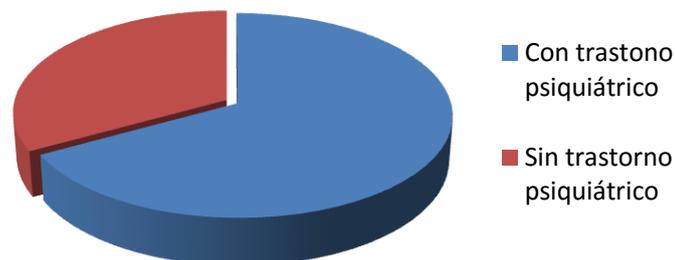
Gráfica 6: Sexo de los sujetos con intento autolítico

- Trastorno psiquiátrico

El 47-87% de los sujetos padecen trastornos psiquiátricos, y la depresión mayor es la patología más frecuente (29-38%). ^{10, 11, 17, 18, 19}

El 28,6% de los pacientes esquizofrénicos y el 40% de las personas con trastornos de personalidad realizan algún intento. ⁵

Por tanto, un porcentaje considerable de los pacientes con intento autolítico presentan trastornos psiquiátricos.

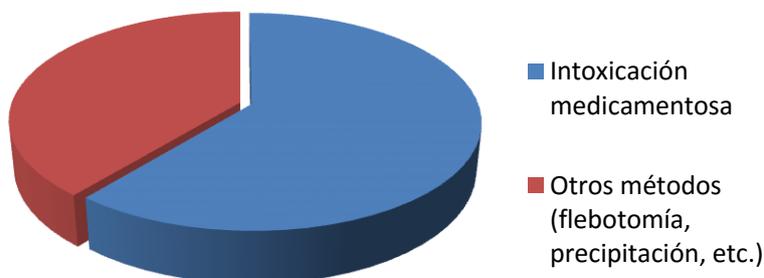


Gráfica 7: Presencia de trastorno psiquiátrico en intento autolítico

- Método de suicidio

Predomina la intoxicación medicamentosa voluntaria en el 48-73% de los casos.^{5, 11, 17, 18, 19}

El fármaco de elección son las benzodiazepinas, y los antidepresivos, el paracetamol, los neurolépticos y los opiáceos se sitúan entre los más frecuentes.



Gráfica 8: Método utilizado en el intento autolítico

- Sustancia de abuso

Aproximadamente el 40% de los intentos son realizados por adictos a opiáceos, y el 9-20% de los suicidas habían consumido cocaína los días previos al intento.^{10, 17, 18, 19}

Resulta llamativo que los trastornos del estado del ánimo, psicóticos y de la personalidad se sitúan como los predominantes en la patología dual, y son los más frecuentes en los intentos autolíticos. Asimismo, la cocaína y los opiáceos son algunas de las drogas de abuso más consumidas por los pacientes con comorbilidad psiquiátrica, e igualmente, por los sujetos que realizan tentativas suicidas.

CONCLUSIONES

- Los estudios científicos revisados manifiestan la elevada prevalencia de pacientes que sufren trastorno adictivo y psiquiátrico simultáneamente, aún así, es difícil encontrar investigaciones referentes a la patología dual. Además, los estudios respecto al intento autolítico en sujetos con abuso de sustancias son muy escasos, aunque el consumo de drogas sea considerado un factor de riesgo en la conducta suicida. Esta situación hace necesario potenciar la investigación, porque constituyen un grupo de pacientes con mal pronóstico, escasa calidad de vida, y una elevada morbimortalidad.
- Los trastornos psiquiátricos pueden pasar desapercibidos, lo que supone mayor dificultad diagnóstica, y esto conlleva que una parte importante de pacientes duales tampoco están tratados. Además, los pacientes que sufren trastornos mentales presentan unas características especiales que complican su tratamiento. Para afrontar estas situaciones, es imprescindible la formación adecuada de los profesionales sanitarios, y así, poder atender todas las necesidades derivadas de la patología dual.

En este aspecto, los profesionales de enfermería, sobre todo en atención primaria, desarrollan un papel fundamental en el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos, porque establecen una relación de confianza con el paciente y realizan un seguimiento periódico, factores que facilitan la detección de un trastorno mental. Además, una actividad fundamental de los profesionales de enfermería en atención primaria es la educación para la salud, por tanto, las acciones preventivas del consumo de drogas son una actuación esencial para la prevención de la patología dual. Se considera necesario llevar a cabo intervenciones con equipos multidisciplinares, debido a la naturaleza multifactorial de las patologías psiquiátricas.

- La dificultad en el abordaje de la comorbilidad psiquiátrica referida anteriormente, hace necesaria una asistencia sanitaria basada en un “modelo integral”. Este modelo consiste en el tratamiento de la patología psiquiátrica y del abuso de drogas de forma simultánea, en un dispositivo de salud, y por parte de un mismo equipo terapéutico, situación que ayuda a establecer un diagnóstico más certero, mejorando así la calidad de vida de estas personas, de sus familias y de la sociedad en general.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- García del Castillo JA, Pedro Espada J, Segura MC, López-Sánchez C, García del Castillo A. Fundamentos de Prevención de Adicciones. 1ª ed. Madrid: EDAF; 2014.
- 2- Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones [Internet]. 2008 [citado 25 Feb 2016]; 20 (4): [315-319]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2787063>
- 3- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
- 4- Martínez Ruiz M, Aguilar Ros A, Rubio Valladolid G. Manual de drogodependencias para Enfermería. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 2002.
- 5- Harrison TR, Kasper DL, Braunwald E, Fauci A. Principios de Medicina Interna. 16ª ed. España. Mc Graw Hill; 2006.
- 6- Megías-Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. 2ª ed. DAE; 2009.
- 7- Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagney A et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. Rev Invest Clin [Internet]. 2008 Jun [citado 20 Feb 2016]; 49 (2): [195-205]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332008000200007&Ing=es
- 8- Anseán A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. Ed Fundación Salud Mental España. 2014
- 9- Pacheco Tabuenca T. Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos. Psicología Clínica Legal Forense. [Internet]. 2008. [citado 27 Feb 2016]; 8 (1): [57-78]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3238782>
- 10- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012. [citado 12 Feb 2016]; 5 (1): [8-23]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-comportamiento-suicida-esp%C3%B1a-90102751>
- 11- Galicia M, Nogué S, Burillo Putze G. Diez años de asistencias urgentes a consumidores de cocaína en España. Med Clin (Barc) [Internet]. 2014 Oct. [citado 21 feb 2016]; 143 (7). [322-326]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-diez-anos-asistencias-urgentes-consumidores-90349851>
- 12- Szerman Bolotnet N, Arias Horcajadas F, Vega Astudillo P, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Adicciones [Internet]. 2011 Jun. [citado 13 Feb 2016] 23 (3). [249-255]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3706087>
- 13- Arias Horcajadas F, Szerman Bolotnet N, Vega Astudillo P, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones [Internet]. 2013 Dic. [citado 14 Feb 2016]; 25 (2). [118-127]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4261254>

- 14- Miquel L, Roncero C López-Ortiz C, Casas M. Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones* [Internet]. 2010 Oct. [citado 14 Feb 2016]; 23 (2). [165-172]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663641>
- 15- Alquézar Arbé A, Mateo Roca M, De Diego Bustillos E, Agra Montava I. Consideraciones sobre las asistencias urgentes a consumidores de cocaína en España. *Med Clin (Barc)* [Internet]; 2015. [Citado 21 Feb 2016]; 145 (5): [228]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consideraciones-sobre-las-asistencias-urgentes-90435049>
- 16- López-Criado A, Cordón-Fernández S, Pascual Durán T, De Paula Ruiz M, Berlanga Panadero M, Miravalles González E. Drogas de abuso en un servicio de urgencias de Madrid, España. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. [Internet]. 2007 Jul. [citado 17 Feb 2016]; 24 (3). [317-318]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v24n3/a21v24n3>
- 17- Medina González L, Fuentes Ferrer ME, Suárez Llanos JP, Arranz Peña MI, Ochoa Mangado E. Epidemiología de las intoxicaciones medicamentosas durante un año en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Rev Clin Esp*. [Internet]. 2008 Oct. [citado 17 Feb 2016]; 208 (9): [432-436]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-resumen-epidemiologia-las-intoxicaciones-medicamentosas-durante-13127603>
- 18- Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias* [Internet]. 2008. [citado 17 Feb 2016]; 20 (5): [328-331]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2776219>
- 19- Cristóbal Domínguez E, Aguirre Ruiz de Arcaute B, Arizaga Hernández I, Hilera Ortega L, Galán Morcillo R, Arroyo Fontaneda M, et al. Epidemiología de los ingresos por intoxicación medicamentosa voluntaria en un servicio de Medicina Interna. *Metas Enferm* [Internet]; 2015. [citado 23 Feb 2016]; 18 (3): [4]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5044148>

ANEXOS

Anexo 1: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 (Versión en español de la Mini International Neuropsychiatric Interview-MINI)

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

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

Instrucciones generales

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

ENTREVISTA:

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

PRESENTACIÓN:

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

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

CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

Laura Ferrando, M.D.
IAP
Velázquez, 156,
28002 Madrid, España
Tel.: + 91 56447 18
Fax: + 91 41154 32
e-mail: iap@lander.es

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

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

NO	SÍ	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

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

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

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

NO	SÍ
RIESGO DESUICIDIO	
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, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓ ↓

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

E. Trastorno de angustia

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

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

F. Agorafobia

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

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

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

*Agorafobia
actual*

¿CODIFICÓ **NO** EN **F2** (AGORAFOBIAACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DEANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

**TRASTORNO
DEANGUSTIA
sin agorafobia
ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIAACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DEANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

**TRASTORNO DE
ANGUSTIA
con agorafobia
ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIAACTUAL)

Y

CODIFICÓ **NO** EN **E5** (TRASTORNO DEANGUSTIA DE PORVIDA)?

NO	SÍ
----	----

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

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo - compulsivo

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

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

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

**ESTADO PORESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➔SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAYCONTINUAR CON EL SIGUIENTEMÓDULO)

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

J2 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

→ NO	SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(➡SIGNIFICA: IR ALAS CASILLASDIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO NOEN CADA UNAYCONTINUAR CON EL SIGUIENTEMÓDULO)

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

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

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **K2**?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO **SÍ**

**DEPENDENCIA
DESUSTANCIAS
ACTUAL**

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE **K3**?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO **SÍ**

**ABUSO DESUSTANCIAS
ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

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

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?
ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS. NO SÍ 13

b Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? NO SÍ 14

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? NO SÍ 15

L9 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? NO SÍ 16

L10 b ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)? NO SÍ 17

L11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?

o

¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?

NO SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL

L12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?

o

¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?

NO SÍ 18
TRASTORNO PSICÓTICO DE PORVIDA

VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO

o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?

L13 a ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b AL 7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)

o

EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?

→
NO SÍ

b SI CODIFICÓ SÍ EN L1Ea:

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

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

NO SÍ 19
TRASTORNO DELESTADO DE ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

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

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

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

N. Bulimia nerviosa

(➡SIGNIFICA: IR ALAS CASILLASDIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAYCONTINUAR CON EL SIGUIENTEMÓDULO)

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

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

NO SÍ

**BULIMIA NERVIOSA
ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA
TIPO
COMPULSIVO/PURGATIVO
ACTUAL**

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	→ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	→ NO	SÍ	3

O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	→ NO	SÍ	4
----	--	--	---------	----	---

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

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

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

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

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEARNO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?

→
NO SÍ

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO SÍ
**TRASTORNO ANTISOCIAL
DE LA PERSONALIDAD
DE POR VIDA**

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Anexo 2: Cuestionario de Personalidad (Adaptación del Personality Disorder Test PDQ4+)

PDQ-4+

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

(Adaptación Española de Calvo, N. y Torrubia, R. 1.999)

Fecha: _____

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: H M Edad: ___ años

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Estudios realizados: _____ Profesión: _____

INSTRUCCIONES

El objetivo de este Cuestionario es que usted describa el tipo de persona que es. Al responder las preguntas piense cómo se ha sentido, cómo ha pensado y actuado en los últimos años. Para recordar esto, en la parte superior de cada página encontrará la afirmación: "En estos últimos años...".

V (Verdadero) significa que la afirmación es generalmente verdadera para usted. F (Falso) significa que la afirmación es generalmente falsa para usted. Incluso si no está totalmente seguro sobre la respuesta, indique "V" o "F" en cada pregunta.

Por ejemplo, para la pregunta: xx. Tiendo a ser testarudo. Si, en efecto, ha sido testarudo durante los últimos años, debería responder "Verdadero" rodeando con un círculo la V. Si no es completamente verdadero, debería responder "Falso" rodeando con un círculo la F.

No hay respuestas correctas. No hay límite de tiempo para responder.

En estos últimos años...

1. Evito trabajar con personas que podrían criticarme.....	V	F
2. No puedo tomar decisiones sin el consejo o el apoyo de los demás.....	V	F
3. A menudo me entretengo en los detalles y pierdo de vista el objetivo principal que pretendo.....	V	F
4. Necesito ser el centro de atención.....	V	F
5. He llegado mucho más lejos de lo que los demás me reconocen.....	V	F
6. Haría cualquier cosa para evitar que me abandonen aquellos a quienes quiero.....	V	F
7. La gente se queja de que no rindo en mi trabajo o no cumplo mis obligaciones.....	V	F
8. En diversas ocasiones he tenido problemas con la justicia (o los hubiera tenido se me hubieran cogido).....	V	F
9. No me interesa dedicar tiempo a la familia o a los amigos.....	V	F
10. Encuentro mensajes especiales en las cosas que ocurren a mi alrededor.....	V	F
11. Sé que, si lo permito, la gente se aprovechará de mí o intentará engañarme.....	V	F
12. A veces me altero.....	V	F
13. Hago amistad con la gente solamente cuando estoy seguro de que les caigo bien.....	V	F
14. Generalmente estoy deprimido.....	V	F
15. Prefiero que los demás asuman las responsabilidades por mí.....	V	F
16. Pierdo tiempo intentando hacer las cosas demasiado perfectas.....	V	F
17. Soy más "sexy" que la mayoría de la gente.....	V	F
18. A menudo pienso en lo importante que soy o seré.....	V	F
19. Puedo pasar del amor al odio sin razón alguna.....	V	F
20. Me meto en muchas peleas.....	V	F
21. Siento que los demás no me entienden o no me aprecian.....	V	F
22. Prefiero hacer las cosas solo a hacerlas con otras personas.....	V	F
23. Soy capaz de saber que algunas cosas ocurrirán antes de que sucedan.....	V	F
24. A menudo me pregunto si las personas que conozco son realmente de fiar.....	V	F
25. En algunas ocasiones hablo de la gente a sus espaldas.....	V	F
26. Me inhibo en mis relaciones íntimas por miedo a hacer el ridículo.....	V	F
27. Tengo miedo a perder el apoyo de los demás si me muestro en desacuerdo.....	V	F
28. Padezco de baja autoestima.....	V	F
29. Antepongo mi trabajo a estar con mi familia, con mis amigos o a divertirme.....	V	F
30. Muestro mis emociones fácilmente.....	V	F
31. Sólo algunas personas especiales pueden apreciarme y comprenderme de verdad...	V	F
32. A menudo me pregunto quién soy realmente.....	V	F
33. Tengo dificultades para pagar las facturas porque no permanezco mucho tiempo en ningún trabajo.....	V	F
34. El sexo no me interesa.....	V	F
35. Los demás me consideran una persona malhumorada e irascible.....	V	F
36. A menudo puedo percibir o sentir cosas que otros no pueden percibir o sentir.....	V	F
37. Estoy seguro de que los demás utilizarán contra mí lo que les digo.....	V	F
38. Hay gente que no me cae bien.....	V	F
39. Soy más sensible a la crítica o al rechazo que la mayoría de la gente.....	V	F
40. Me cuesta empezar algo si he de hacerlo yo solo.....	V	F
41. Tengo mayor sentido moral que otras personas.....	V	F
42. Soy mi peor crítico.....	V	F

43. Utilizo mi aspecto físico para conseguir la atención que necesito.....	V	F
44. Necesito mucho que la gente se fije en mí o me haga caso.....	V	F
45. He intentado hacerme daño o suicidarme.....	V	F
46. Hago muchas cosas sin valorar las consecuencias.....	V	F
47. Hay pocas actividades que me interesen.....	V	F
48. A menudo a la gente le cuesta entender lo que digo.....	V	F
49. Me resisto a que mis superiores me digan cómo debo hacer mi trabajo.....	V	F
50. Permanezco al acecho para descifrar el verdadero significado de lo que la gente dice.....	V	F
51. Nunca he dicho una mentira.....	V	F
52. Me da miedo conocer a nuevas personas porque me siento inferior.....	V	F
53. Quiero agradecer tanto a la gente que hago cosas que preferiría no hacer.....	V	F
54. He acumulado montones de cosas innecesarias de las que no sería capaz de desprenderme.....	V	F
55. Aunque hablo mucho, la gente dice que me cuesta centrarme en los temas.....	V	F
56. Me preocupo por todo.....	V	F
57. Espero que los demás me hagan favores aunque generalmente yo no los haga.....	V	F
58. Soy una persona muy inestable.....	V	F
59. No me cuesta mentir y lo hago a menudo.....	V	F
60. No me interesa tener amigos íntimos.....	V	F
61. Frecuentemente estoy alerta para que no se aprovechen de mí.....	V	F
62. Nunca olvido o perdono a aquellos que me hacen daño.....	V	F
63. Estoy resentido contra aquellos que tienen más suerte que yo.....	V	F
64. Una guerra nuclear no sería una mala idea.....	V	F
65. Cuando estoy solo me siento desamparado e incapaz de cuidar de mí mismo.....	V	F
66. Prefiero hacer las cosas por mí mismo si los demás no son capaces de hacerlas correctamente.....	V	F
67. Tengo un don para lo dramático.....	V	F
68. Algunas personas piensan que me aprovecho de los demás.....	V	F
69. Siento que mi vida es aburrida y vacía.....	V	F
70. Soy crítico con los demás.....	V	F
71. No me importa lo que diga la gente de mí.....	V	F
72. Me cuesta relacionarme con los demás.....	V	F
73. La gente se queja a menudo de que no me doy cuenta de sus problemas.....	V	F
74. Por mi aspecto, la gente podría pensar que soy bastante raro, excéntrico o extraño..	V	F
75. Disfruto haciendo cosas arriesgadas.....	V	F
76. He mentido bastante en este cuestionario.....	V	F
77. Me quejo mucho de mi mala suerte.....	V	F
78. Me cuesta controlar la ira o el mal genio.....	V	F
79. Algunas personas me tienen envidia.....	V	F
80. Soy fácilmente influenciado por los demás.....	V	F
81. Me considero una persona ahorrativa, pero los demás me ven como un tacaño.....	V	F
82. Cuando se acaba una relación íntima, necesito buscarme otra pareja inmediatamente.....	V	F
83. Padezco de baja autoestima.....	V	F
84. Soy pesimista.....	V	F

85. No espero ni un momento para desquitarme de la gente que me ofende.....	V	F
86. Me pone nervioso estar rodeado de gente.....	V	F
87. Me preocupa sentirme incómodo en las situaciones nuevas.....	V	F
88. Me horroriza que me abandonen y tener que cuidar de mí mismo.....	V	F
89. La gente se queja de que soy “terco como una mula”	V	F
90. Me tomo las relaciones más en serio que mis parejas.....	V	F
91. Puedo comportarme de manera desagradable con alguien, y pedirle disculpas inmediatamente después.....	V	F
92. Los demás me consideran arrogante.....	V	F
93. Cuando estoy estresado tengo paranoias o siento que las cosas que me rodean son irreales.....	V	F
94. No me preocupa perjudicar a los demás si consigo lo que quiero.....	V	F
95. Guardo las distancias con los demás.....	V	F
96. A menudo me pregunto si mi pareja me ha sido infiel.....	V	F
97. A menudo me siento culpable.....	V	F
98. He hecho cosas impulsivamente (como las indicadas a continuación) que pueden ocasionarme dificultades. (Marque con una cruz las que hagan referencia a usted):		
a. Gastar más dinero del que tengo.....	—	
b. Mantener relaciones sexuales con personas que apenas conozco.....	—	
c. Beber en exceso.....	—	
d. Consumir drogas.....	—	
e. Comer a base de atracones.....	—	
f. Conducir de forma temeraria.....	—	
99. Antes de los 15 años realicé algunas conductas propias de un delincuente juvenil, como las indicadas a continuación: (Marque con una cruz las que hacen referencia a usted)		
a. Fui considerado un matón.....	—	
b. Solía iniciar peleas con otros chicos.....	—	
c. Usé armas en las peleas que tenía.....	—	
d. Robé o asalte a otras personas.....	—	
e. Utilicé la crueldad física contra otras personas.....	—	
f. Utilicé la crueldad física contra animales.....	—	
g. Forcé a alguien a tener relaciones sexuales conmigo.....	—	
h. Mentía mucho.....	—	
i. Pasé noches fuera de casa sin el permiso de mis padres.....	—	
j. Robé.....	—	
k. Provoqué incendios.....	—	
l. Rompí ventanas o destruí propiedades.....	—	
m. Me fugué de casa durante la noche.....	—	
n. Hice “novillos” en la escuela, antes de los 13 años.....	—	
o. Entré a la fuerza en casas, edificios o coches ajenos.....	—	
POR FAVOR, COMPRUEBE SI HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS.		

HOJA DE PUNTUACIONES

Nombre: _____

PARANOIDE -Necesita 4-	ESQUIZOIDE -Necesita 4-	ESQUIZOTÍPICO -Necesita 5-	POR EVITACIÓN - Necesita 4 -	POR DEPENDENCIA - Necesita 5 -	OBSESIVO- COMPULSIVO - Necesita 4 -
11 _____	9 _____	10 _____	1 _____	2 _____	3 _____
24 _____	22 _____	23 _____	13 _____	15 _____	16 _____
37 _____	34 _____	36 _____	26 _____	27 _____	29 _____
50 _____	47 _____	48 _____	39 _____	40 _____	41 _____
62 _____	^60 _____	61 _____	52 _____	53 _____	54 _____
85 _____	71 _____	72 _____	83 _____	65 _____	66 _____
96 _____	95 _____	74 _____	87 _____	82 _____	81 _____
		^60 _____		88 _____	89 _____
(^60 cuenta sólo una vez si es verdadero)		86 _____			

HISTRIÓNICO -Necesita 5-	PASIVO-AGRESIVO (NEGATIVISTA) -Necesita 4-	NARCISISTA -Necesita 5-	LIMITE -Necesita 5-	DEPRESIVO -Necesita 5-	ANTISOCIAL -Necesita B+3-
4 _____	7 _____	5 _____	6 _____	14 _____	B.99 (Nec.3) _____
17 _____	21 _____	18 _____	19 _____	28 _____	8 _____
30 _____	35 _____	31 _____	32 _____	42 _____	20 _____
43 _____	49 _____	44 _____	98 (Nec.2) _____	56 _____	33 _____
55 _____	63 _____	57 _____	45 _____	70 _____	46 _____
67 _____	77 _____	68 _____	58 _____	84 _____	59 _____
80 _____	91 _____	73 _____	69 _____	97 _____	75 _____
90 _____		79 _____	78 _____		94 _____
		92 _____	93 _____		

ESC. CONFORMIDAD SOCIAL -Necesita 2-
• 12 _____
• 25 _____
• 38 _____
• 51 _____
• (F es Rs patológica)

CLAVE DE PUNTUACIONES

1. EVI 1	7. NEG 1	13. EVI 2	19. LIM 2	25. *CS 2	31. NAR 3
2. DEP 1	8. ANT 1	14. DEPR 1	20. ANT 2	26. EVI 3	32. LIM 3
3. OC 1	9. ESZ 1	15. DEP 2	21. NEG 2	27. DEP 3	33. ANT 3
4. HIS 1	10. ETP 1	16. OC 2	22. ESZ 2	28. DEPR 2	34. ESZ 3
5. NAR 1	11. PAR 1	17. HIS 2	23. ETP 2	29. OC 3	35. NEG 3
6. LIM 1	12.*CS 1	18. NAR 2	24. PAR 2	30. HIS 3	36. ETP 3
37. PAR 3	43. HIS 4	49. NEG 4	55. HIS 5	61. ETP 5	67. HIS 6
38. *CS 3	44. NAR 4	50. PAR 4	56. DEPR 4	62. PAR 5	68. NAR 6
39. EVI 4	45. LIM 5	51. CS 4	57. NAR 5	63. NEG 5	69. LIM 7
40. DEP 4	46. ANT 4	52. EVI 5	58. LIM 6	64. INF 1	70. DEPR 5
41. OC 4	47. ESZ 4	53. DEP 5	59. ANT 5	65. DEP 6	71. ESZ 6
42. DEPR 3	48. ETP 4	54. OC 5	60. ESZ 5	66. OC 6	72. ETP 6
73. NAR 7	79. NAR 8	85. PAR 6	91. NEG 7	97. DEPR 7	
74. ETP 7	80. HIS 7	86. ETP 9	92. NAR 9	98. LIM 4/2	
75. ANT 6	81. OC 7	87. EVI 7	93. LIM 9	99. ANT B/3	
76. INF 2	82. DEP 7	88. DEP 8	94. ANT 7		
77. NEG 6	83. EVI 6	89. OC 8	95. ESZ 7		
78. LIM 8	84. DEPR 6	90. HIS 8	96. PAR 7		

ABREVIATURAS

ETP = T.P. Esquizotípico

HIS = T.P. Histriónico

ANT = T.P. Antisocial

EVI = T.P. por Evitación

DEP= T.P. por Dependencia

PAR = T.P. Paranoide

ESZ = T.P. Esquizoide

NAR = T.P. Narcisista (Pasivo – Agresivo)

OC = T.P. Obsesivo-Compulsivo

Depr = T.P. Depres

Neg = T.P. Negativista

LIM = T.P. Límite

INF = Esc. Infrecuencia

CS = Esc. Conformidad Social

(En general, V es la respuesta patológica para cada ítem. *Indica que F es la respuesta patológica)

Escala de significación clínica

El evaluador debería valorar el significado clínico de cada uno de los trastornos para los que el paciente reúne los criterios.

Ha indicado que los ítems relacionados a continuación son para usted verdaderos:

(Leer los ítems patológicos de cada trastorno, uno detrás de otro, al paciente).

A. ¿Hay alguno de los ítems que no sea totalmente verdadero para usted?

Indique cuál: _____

(Tachar aquellos ítems señalados que el paciente indica que no son totalmente verdaderos para él)

B. Estos ítems, ¿desde cuándo forman parte de su personalidad?

Menos de 1 año _____

De 1 a 5 años _____

*La mayoría de su vida o antes de los 18 años _____

C. ¿Estos ítems han sido parte de su personalidad sólo cuando usted estaba deprimido, ansioso, consumiendo alcohol/drogas o físicamente enfermo o han estado presentes la mayoría del tiempo independientemente de su humor, nivel de ansiedad, uso de alcohol/drogas o estado general de salud?

Sólo cuando estaba deprimido _____

Sólo cuando estaba ansioso _____

Sólo cuando consumía alcohol/drogas _____

Sólo cuando estaba físicamente enfermo _____

* No relacionado con ninguno de los anteriores _____

D. ¿En qué ámbitos le han ocasionado dificultades estos ítems?:

En casa _____

En el trabajo _____

En las relaciones _____

Otras (especificar) _____

* Para satisfacer D se necesita deterioro en al menos un ámbito.

E. ¿Está preocupado por lo anterior?

* Sí _____

No _____

* Para ser clínicamente significativo el trastorno de personalidad debe llegar al nivel después de que se haya dado al paciente la oportunidad de indicar que los ítems no eran totalmente verdaderos (A), el trastorno debe existir desde hace mucho tiempo (B), el trastorno no debe estar limitado a las veces en que el paciente haya estado deprimido, ansioso, usando alcohol/drogas, o físicamente enfermo (C), el trastorno debe haber producido deterioro (D) o estrés (E).

Repetir para cada trastorno cuando el PDQ-4 sea positivo.