



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

**“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO Y FACTORES ASOCIADOS  
EN EL CANTÓN NABÓN, 2022.”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Psicólogo/a Clínico

**Autores:**

Jonnathan Campoverde Rivera y Salomé Cuenca Macas

**Director:**

Mg. Fernanda Coello

**Cuenca – Ecuador**

**2022**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a docentes, padres y amigos,  
quienes me acompañaron en este largo  
trayecto, por el apoyo y fortaleza constante,  
por enseñarme que el conocimiento más  
importante que se puede tener, es el que se  
aprende por sí mismo.

-Jonnathan Campoverde R.

Este proyecto de tesis va dedicado con todo  
mi cariño y respeto para mi madre y  
hermanos, que son mi pilar fundamental, mi  
ejemplo de esfuerzo, humildad y constancia, a  
sus consejos, amor y bondad han hecho la  
mujer que soy hoy en día.

A mi papá, que está en el cielo, por enseñarme  
que la humildad y solidaridad abre muchas  
puertas, por ser mi ejemplo de trabajo recto y  
honrado.

- Salomé Cuenca M.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a aquellos quienes formaron parte de este proceso universitario; a docentes, por ser siempre guías y amigos, a mi madre, por la paciencia y los valores, a mis amigos, por ser ejemplo y apoyo.

- Jonnathan Campoverde R

En primer lugar, a Dios, porque gracias a él estoy en los lugares y tiempos perfectos, rodeada de personas maravillosas que me han acompañado en este trayecto de mi vida.

A mis ángeles celestiales: mi papá Leduin Hernán y mi tía Cecilia Cuenca, por haberme enseñado desde pequeña que esta vida se la gana luchando, persistiendo, siendo humilde y solidario; desde el cielo me acompañan en cada momento de mi vida.

Al motor de mi vida, mi madre: Noralma Macas que gracias a su esfuerzo, paciencia, amor, consejos y oraciones me han permitido llegar hasta este punto de mi vida.

A mis hermanos: Leduin José y Milene Nairoby, por estar siempre conmigo, por hacerme reír en momentos de melancolía, por sus palabras de aliento y por hacerme sentir orgullosa de la persona que soy.

Para mis amigas, que se convirtieron en mis hermanas y me apoyaron desde el inicio de mi carrera: Estefanía Vázquez y Nicole Pardo.

A la familia Vázquez Encalada, que me hicieron sentir en familia, me brindaron cariño y calor de hogar.

Y finalmente, a la Mgst. Fernanda Coello por convertirse en amiga en momentos de crisis, por sus consejos y apoyo en esta vida universitaria y proceso de titulación.

A todos, gracias infinitas.

- Salomé Cuenca M.

## RESUMEN

La presente investigación se enfocó en identificar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población del cantón Nabón. El estudio tuvo una muestra de 725 participantes, 238 hombres y 487 mujeres; de edades comprendidas entre 8 y 65 años de edad. Se aplicó los cuestionarios MINI, MINI KID, AUDIT, WAST y FFSIL. Se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo, de corte transversal analítico y con un alcance descriptivo. Los resultados indican que el 6.60% de participantes presentaron TEPT, así mismo los factores asociados con este trastorno son; tener una familia con tratamiento de enfermedad mental ( $\chi^2=7.20$ ) y haber sido víctimas de discriminación ( $\chi^2=6.50$ ).

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, factores asociados, MINI, MINI KID, AUDIT, WAST y FFSIL



Mgst. María Fernanda Coello Nieto

## ABSTRACT

The present research focused on identifying the prevalence of post-traumatic stress disorder in the population of the canton of Nabón. The study had a sample of 725 participants, 238 men and 487 women; aged between 8 and 65 years old. The MINI, MINI KID, AUDIT, WAST and FFSIL questionnaires were applied. A quantitative methodological approach, analytical cross-sectional and descriptive in scope, was used. The results indicate that 6.60% of participants presented PTSD, and the factors associated with this disorder are: having a family with mental illness treatment ( $\chi^2=7.20$ ) and having been victims of discrimination ( $\chi^2=6.50$ ).

Key words: PTSD, associated factors, MINI, MINI KID, AUDIT, WAST and FFSIL.



Translated by:

Jonnathan Mauricio Campoverde Rivera

Leslye Salomé Cuenca Macas

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>1</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>12</b>
<b>MARCO TEORÍCO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>13</b>
1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	13
1.1 Definición.....	13
2.1 Causas.....	17
3.1 Consecuencias.....	17
4.1 Sintomatología.....	18
5.1 Teorías explicativas.....	19
6.1 Datos relevantes del trastorno de estrés posttraumático.....	22
7.1 Porcentajes según edad y género en Ecuador y Latinoamérica.....	24
8.1 Porcentajes según edad y género en Cuenca - Azuay.....	25
9.1 Factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar TEPT.....	27
10.1 Factores psicosociales.....	28
11.1 Factores Biológicos.....	29
12.1 Vulnerabilidad del área rural ante el TEPT.....	29
13.1 Tratamiento cognitivo conductual para el TEPT.....	30
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>32</b>
2. METODOLOGÍA.....	32
2.1 Objetivos de la investigación.....	32
2.2 Tipo de estudio.....	32
2.3 Población y muestra.....	32
2.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	33
2.5 Instrumentos.....	34
2.6 Procedimiento de la investigación.....	36
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>38</b>

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	38
3.1 Análisis estadísticos.....	38
3.2 Participantes.....	38
3.3 Resultados.....	39
3.3.1 Análisis descriptivo.....	39
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>LIMITACIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A:</b> Consentimiento informado .....	67
<b>Anexo B:</b> Ficha sociodemográfica para adultos .....	68
<b>Anexo C:</b> Ficha sociodemográfica para niños y adolescentes .....	72
<b>Anexo D:</b> Minientrevista Neuropsiquiatra Internacional (MINI) .....	74
<b>Anexo E:</b> Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI KID) .....	99
<b>Anexo F:</b> Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	131
<b>Anexo G:</b> Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).....	132
<b>Anexo H:</b> Woman Abuse Screening Tool (WAST).....	133



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Gráfico circular de la presencia de trastorno de estrés postraumático de la muestra .....	39
<b>Figura 2</b> Gráfico circular del sexo de la muestra .....	40
<b>Figura 3</b> Gráfico de barras de la etnia de los participantes .....	41
<b>Figura 4</b> Gráfico de barras de la variable educación .....	42
<b>Figura 5</b> Gráfico de barras sobre con quién vive en casa .....	43
<b>Figura 6:</b> Gráfico circular del estado civil de la muestra.....	44
<i>Figura 7</i> Gráfico circular sobre si tienen pareja o no.....	44
<b>Figura 8</b> Gráfico de barras sobre el trabajo de la muestra .....	46
<b>Figura 9</b> Gráfico circular sobre ejercicio programado.....	47
<b>Figura 10</b> Gráfico circular sobre si tiene o no un familiar en tratamiento.....	48
<b>Figura 11</b> Figura circular sobre si se ha visto afectado psicológicamente en pandemia .....	49
<b>Figura 12</b> Figura circular sobre si existe o no migración familiar.....	50
<b>Figura 13</b> Figura circular sobre si ha sufrido o no discriminación .....	51
<b>Figura 14</b> Gráfico circular sobre si existe o no deuda familiar.....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Criterios de inclusión y exclusión.....	33
<b>Tabla 2</b> Variables sociodemográficas .....	34
<b>Tabla 3</b> Características de los participantes .....	38
<b>Tabla 4</b> Análisis de frecuencias del trastorno de estrés postraumático.....	39
<b>Tabla 5</b> Análisis de frecuencias de la variable género .....	40
<b>Tabla 6</b> Análisis de frecuencias de la variable etnia .....	41
<b>Tabla 7</b> Análisis de frecuencia de la variable educación .....	41
<b>Tabla 8</b> Análisis de frecuencias de la variable con quién vive .....	42
<b>Tabla 9</b> Análisis de frecuencias de la variable estado civil.....	43
<b>Tabla 10</b> Análisis de frecuencia de la variable vive con pareja .....	44
<b>Tabla 11</b> Análisis de frecuencia de la variable trabajo .....	45
<b>Tabla 12</b> Análisis de frecuencia de la variable ejercicio programado .....	46
<b>Tabla 13</b> Análisis de frecuencia de la variable familiar en tratamiento.....	47
<b>Tabla 14</b> Análisis de frecuencia de la variable estado psicológico afectado en pandemia.....	48
<b>Tabla 15</b> Análisis de frecuencia de la variable migración familiar.....	49
<b>Tabla 16</b> Análisis de frecuencia de la variable has sufrido discriminación .....	50
<b>Tabla 17</b> Análisis de frecuencia de la variable deuda familiar .....	51
<b>Tabla 18</b> Análisis de relación $\chi^2$ para datos categóricos entre el trastorno de estrés postraumático y variables sociodemográficas .....	52
<b>Tabla 19</b> Análisis de relación $\chi^2$ para datos categóricos entre el trastorno de estrés postraumático y variables sociodemográficas en adolescentes .....	53

## INTRODUCCIÓN

A medida que avanza el tiempo, el trastorno de estrés postraumático esboza ya una sombra borrosa de lo que parece ser una de las enfermedades mentales que más afectan a la población y de la que menos información se tiene. Como veremos en los siguientes capítulos, este trastorno posee dos pilares importantes, por una parte, su desarrollo dependerá de múltiples factores, psicológicos, genéticos, contextuales, y por otra, la gravedad del trastorno dependerá del hecho traumático y cómo el sujeto dijera dicho evento. Un evento traumático ha de considerarse a todo hecho que cause estrés prolongado y evitación continua de eventos iguales o asociados, pudiendo ser; toda experiencia cercana a la muerte, violencia física y psicológica, abuso sexual, discriminación y suceso altamente estresante.

En la República del Ecuador, parecen no existir suficientes investigaciones que respalden la gravedad de dicho problema, razón por la cual se ha puesto en marcha la investigación específica de dicho trastorno en el Cantón de Nabón, Azuay, de esta forma, se puede añadir un pequeño, pero importante aporte con la finalidad de darle la importancia que merece un trastorno de esta dimensión y darles seguimiento a los pacientes cuyas vidas sean afectadas por el mismo.

El TEPT tiene consecuencias graves en la funcionalidad de los sujetos que lo padecen, desde pequeñas conductas evitativas hasta episodios de pánico y catatonia. Además, la depresión y ansiedad poseen alta comorbilidad con TEPT, donde limita al sujeto en áreas vitales e importantísimas en su vida, social, laboral y psicológica. Síntomas propios de la ansiedad y depresión, como la anhedonia, apatía, huida, sudoración, temblores, fuga del pensamiento, paranoias y aislamiento. Se posesiona especial énfasis en la zona rural, es por eso que nos vemos en la necesidad de identificar la prevalencia del TEPT en el Cantón de Nabón, Azuay.

El presente trabajo tiene no solo como objetivo identificar la prevalencia del trastorno, sino también identificar su relación con aquellos factores psicosociales, para esto, usaremos diferentes cuestionarios entre ellos el MINI y MINI KID, el más relevante para esta investigación, en los cuales se podrá identificar los síntomas del TEPT.

Esta investigación presenta 3 capítulos; en el primer capítulo identificamos las causas biológicas, causas contextuales, definiciones, antecedentes y explicaciones, con el objetivo de colocar al lector en el contexto con el objetivo de que entienda el mecanismo, así como el desarrollo de este trastorno, así como sus limitaciones, causas y efectos. En el segundo capítulo de esta investigación se realizará un breve repaso acerca del método de investigación y metodología, así como las herramientas que se utilizaron en el estudio, con el objetivo de demostrar no solo los avances e información encontrada, sino también los límites que conlleva identificar este trastorno. Finalmente, en el tercer capítulo se realizará la explicación de los resultados, se analizará la información en tablas estadísticas que serán interpretadas, posterior a ello se verificará el cumplimiento de objetivos.

## PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA

El trastorno de estrés postraumático es, según Corzo et al., (2009), una de las enfermedades que tiene una alta comorbilidad, así como la prevalencia del TEPT alguna vez en la vida en la población mundial es de 1 a 4%. Varía según factores como el tipo de evento estresante, edad o sexo. La experiencia traumática ha desembocado en un estilo de vida que afecta tanto a la persona portadora como a su círculo social primario y secundario. El presente estudio espera revelar datos importantes sobre la prevalencia de este trastorno en el cantón de Nabón.

El Trastorno de estrés postraumático conlleva grandes costos sociales. En general, los individuos con este trastorno presentan altos índices de falla escolar, ingresos más bajos y más problemas interpersonales comparados con la población general. Sin mencionar que este trastorno es comórbido con otras enfermedades fuertemente asociadas son la depresión mayor, distimia, fobias específicas, trastornos de pánico y trastornos disociativos. El TEPT es uno de los trastornos con mayor prevalencia en pacientes, según el DSM V (2013), del 3 al 58% ha sufrido algún trauma y la prevalencia es de 1 al 14%. (el 68% de la población ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida), especialmente los síntomas de este trastorno impiden llevar a cabo una vida funcional para quien la padece. Se tiene en cuenta que un evento traumático puede desembocar un TEP, se considera importante su estudio y entendimiento, así como su prevención. Varios estudios han demostrado que mientras más rápido se interviene tras el acontecimiento de un trauma menos probabilidades existen de que desarrolle el trastorno. Además, muchos de los tratamientos para el TEP tienen una efectividad alta permitiendo a las personas disminuir síntomas físicos, regulación de sueño e incremento de sistemas de afrontamiento y disminuir pensamientos irracionales y automáticos.

## MARCO TEORÍCO

### CAPÍTULO I

#### 1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

##### 1.1 Definición

El Trastorno de Estrés Postraumático es un trastorno psiquiátrico que cae dentro de la categoría de Trastornos Asociados con Traumas y Factores de Estrés (DSM V, 2013). Se caracteriza por el desarrollo de síntomas específicos luego de la exposición al estrés, trauma extremo, daño físico o eventos de naturaleza particularmente amenazante o catastrófica para el individuo. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) Washington. DC. American Psychiatric Association (2013) se requiere la presencia de un suceso traumático y los síntomas característicos de experimentar el hecho traumático. Según el DSM V para diagnosticar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se debe cumplir con uno o más de los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Experiencias cercanas a la muerte, lesiones y agresión sexual, ya sea real o amenaza en las siguientes formas:
  - 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
  - 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
  - 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
  - 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
  2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
  3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).
  4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
  5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
  2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
  2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
  3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
  4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
  5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
  6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
  7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:



1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
  2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
  3. Hipervigilancia.
  4. Respuesta de sobresalto exagerada.
  5. Problemas de concentración.
  6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Además, en el *The anxiolytic effect of cannabidiol depends on the nature of the trauma when patients with post-traumatic stress disorder recall their trigger event*, de Bolsoni et al., (2021) Aporta una definición similar al del DSM-V, referente al trastorno de estrés postraumático (TEPT) ya que, se caracteriza por síntomas que incluyen altos niveles de ansiedad y recuerdos intrusivos de eventos traumáticos; estos recuerdos son angustiosos, recurrentes e involuntarios. Esta condición se asocia con síntomas de disociación, flashbacks e hipervigilancia durante al menos 30 días. El TEPT también implica anomalías cognitivas en el procesamiento de la información emocional. Las experiencias traumáticas asociadas

con el PTSD deben estar relacionadas con la exposición a un evento específico, como amenazas de muerte, lesiones graves o violación.

## **2.1 Causas**

Los primeros estudios acerca de la problemática expresan que la única condición para desarrollar el trastorno era la exposición a un evento traumático (López et al., 2009). Resulta que muchas personas con estrés postraumático no lo convierten en patología, pero está claro que, cada factor estresante es único, por lo que, la experiencia y el resultado de un evento vitalmente significativo, como la violencia, accidente o enfermedad terminal, pueden ser bastante diferentes dependiendo de la naturaleza exacta y las circunstancias en las que ocurren. Sin embargo, la vivencia de factores estresantes traumáticos es necesaria, pero no suficiente para el desarrollo del trastorno, por tanto, existe los factores de riesgo que son asociados a que se desarrolle el TEPT (Broekman et al., 2007) que mencionan que un bajo nivel escolar, un contexto social aversivo y el presenciar un evento traumático a temprana edad son factores de vulnerabilidad que contribuyen a agravar el impacto psicológico del evento traumático sufrido.

No existe una causa única establecida para la enfermedad, pero involucra varios cambios interrelacionados en la respuesta del cuerpo a la tensión, las alteraciones en el sistema de regulación de las emociones del cerebro están asociadas con la hipersensibilidad al peligro y las adaptaciones de autoprotección para llegar a promover la supervivencia. (D. Ford, 2009).

## **3.1 Consecuencias**

Los efectos mentales que produce el TEPT en las personas, a corto plazo (primer día o mes después del incidente), suelen ser agudos, con cambios drásticos en los niveles emocionales, mientras que a medio y largo plazo (desde el primer mes después del incidente), la salud mental de la víctima puede empeorar, cuyas consecuencias están relacionadas a la carencia de la parte psicosocial (pérdida de seres queridos, pérdida de amigos, pérdida de salud, economía, hogar, trabajo, etc.). Lo mismo que en un futuro puede generar cronificación y desarrollo de comorbilidad. Ansiedad, depresión, etc. imposibilitan la realización y disfrute de actividades. (Cano, 2011).

Según Borda et al (2015) el TEPT se asocia con ansiedad, depresión, duelos, culpa y consumo de psicoactivos, donde la intervención profesional es importante para aminorar la intensidad de los síntomas y la repercusión del mismo, que se enlaza con otras enfermedades, y produce síntomas severos en las personas que lo poseen.

#### **4.1 Sintomatología**

“El dolor psicológico es el síntoma más común de todos los trastornos; A menudo, y sin una explicación orgánica clara, el dolor puede estar relacionado con algún problema debilitante (biológico) o con una causa cognitivo-emocional (psicológica) o simplemente con variables conductuales”. (López et al., 2009).

La tríada clínica que define el TEPT, según Carvajal (2002), son los factores invasores, los de evitación y la respuesta de hiperalerta. Los factores invasores son la reexperimentación de síntomas vividos durante el hecho traumático, en donde se presentan mediante imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos, que se reflejan en la vigilia o en el sueño en forma de pesadillas. Los mismo se acompañan de

síntomas fisiológicos como la taquicardia, temblores corporales, cambio de temperatura, sudoración e incluso piloerección.

Como reacción a este fenómeno, el paciente en su intento de reducir o eliminar la aparición de la misma, realiza el fenómeno de evitación. Esta fase el paciente la ha adoptado fácilmente, en donde elude a totalmente todo lo que le haga activar su estado de alerta que le haga recordar el evento traumático, por ejemplo, evitar salir de casa para no presenciar nuevamente un accidente de automóvil, esquivar conversaciones con temas relacionados al trauma y por lo mismo se produce el alejamiento del individuo de la vida social. El embotamiento emocional es una respuesta ante los estímulos, en donde se puede confundir con depresión debido a la desmotivación o desinterés de la persona. La respuesta hiperalerta se puede expresar por trastornos del sueño, en donde el insomnio y sueño interrumpido son característicos; fallas en la concentración, irritabilidad, reacciones violentas, hipervigilancia y respuestas de alerta exageradas. (Carvajal 2002).

En la parte neurofisiológica, según Bonne et al (2008), encuentran una reducción de las zonas posteriores al hipocampo, tanto en personas con antecedentes traumáticos en la infancia como en los que tienen estresor en la etapa adulta. Daniels et al (2011) explica que la disfuncionalidad en el eje hipotálamo – hipofisario-adrenal, afectará el sistema atencional haciendo que la persona se encuentre en un estado de hipervigilancia y respuesta incrementada ante estímulos neutros, así mismo, problemas en la regulación emocional, autoconciencia y empatía. El estrés agudo, a nivel neuronal, interfiere en el aprendizaje y en la neurogénesis. (Brewin et al. 2010)

## **5.1 Teorías explicativas**

Según Vargas (2017) el TEPT puede explicarse desde distintas teorías, las cuales se explicarán a continuación:

**-Teoría del procesamiento emocional** propuesta en 1986 por Foa y Kozak. Esta teoría es un modelo de procesamiento de la información basado en los estudios de Lang (1977) sobre las redes de miedo y sus asociaciones.

El modelo, explica Vargas (2017) que, todas las personas tienen una estructura de miedo que almacena información vital para salvar vidas que se obtiene de su propia experiencia o aprendizaje. Estas estructuras se activan ante la presencia de estímulos similares a los almacenados en esta red y provocan respuestas adaptativas u homólogas al estímulo; Por otro lado, los constructos de miedo patológico incluyen información sobre el evento traumático y los comportamientos extremos, que la vida o la integridad de la persona está en peligro. A veces es difícil organizar la información, porque no se parece a ningún otro evento en vivo; Sin embargo, esto requiere ordenar y manejar. La estructura patológica del miedo se establece cuando un estímulo similar al almacenado en la red es evitado situacional o perceptivamente por respuestas extremas (como en el evento traumático); Así, este nuevo estímulo no pudo ser identificado como diferencial o juzgado como no dañino, por lo que la información obtenida o almacenada fue engañosa y se introdujo una nueva asociación de miedo.

**-Teoría de representación dual** propuesta en 2001 por Brewin, la cual, según Vargas (2017), explica que existen dos sistemas de representación de la memoria que funcionan durante y después del trauma, los cuales son: la Memoria Visual Accesible (MVA) que contiene información que la persona atendió antes, durante y después del evento traumático y que recibió un proceso consciente en la persona, lo

cual hace que esto se almacene en la memoria a largo plazo la cual puede ser deliberada en cualquier momento. Luego encontramos a la Memoria Situacional Accesible (MSA) contiene información más amplia, pero con poco proceso consciente del trauma, esta memoria lleva imágenes, sonidos y respuestas fisiológicas que no recibieron mucha atención en el evento.

- *Modelo Spaars*, Vargas (2017) explica que hay dos rutas de generación de las emociones: 1) el desencadenamiento automático de la emoción a través de representaciones asociativas; 2) mediante un proceso de evaluación a nivel esquemático. En el momento de la situación traumática, la información es valorada esquemáticamente a nivel de significados asociados a las amenazas que forman parte de la intensa experiencia de miedo del individuo. La información relacionada con las lesiones se codifica y representa a nivel de diagramas esquemáticos, esquemáticos y esquemáticos. El PTSD surge porque la información relacionada con el trauma es en gran parte incompatible con los modelos de esquema que los individuos tienen de sí mismos, del mundo y de los demás, y las representaciones de información no están integradas en los diferentes niveles de SPAAR, lo que da como resultado una variedad de fenómenos intrusivos, elusivos e hiperactivos.

- *Modelo Conductual Clásico*, se encuentra la teoría de los dos factores de Mowrer (1960), según Vargas explica que los estímulos que se encuentran en un evento traumático adquieren una carga aversiva que antes no se tenía, es en donde los olores, lugares o personas se invocan como estímulos que provocan miedo, esto se llama condicionamiento respondiente. El condicionamiento operante también opera en este modelo en donde el sujeto tiene ganancias por sus consecuencias a largo plazo, evitando las situaciones que le recuerden el evento traumático.

Vargas (2017) explica que el condicionamiento clásico está gobernado por sus antecedentes, es decir que estas conductas no tienen un proceso reflexivo, sino que son respuestas de origen fisiológico relacionadas con la supervivencia, regulación y reproducción de un organismo.

*-Modelo Conductual Contextual del Estrés Postraumático*, desde los modelos conductuales, basados en el contextualismo funcional, el objetivo es influenciar y predecir la conducta con precisión, amplitud y profundidad (Hayes et al., 2012). La unidad de análisis es el acto en contexto, es decir, se analiza la conducta a partir de dónde y cómo se desarrolla. El comportamiento se puede catalogar en una variedad de formas de análisis: abiertamente, en privado, bajo control compulsivo, bajo control hostil, de acuerdo con su topografía, ideales o funciones. Debido a que desde este modelo se pretende analizar la acción en su contexto, o la conducta en su contexto, se utiliza como método el análisis funcional, incluyendo la interpretación de la conducta no contextual, sólo desde la forma en que se ve (por topografía), pero también de determinar para qué sirve (funcionar) dadas ciertas premisas y cuáles son las consecuencias de perpetuar este comportamiento. (Vargas, 2017)

### **6.1 Datos relevantes del trastorno de estrés postraumático**

Un aporte revolucionario e importante fue el del psicoanalista A. Kardiner, quien trató a veteranos de la I Guerra Mundial entre 1922 y 1925 y publicó en 1941 su libro "The Traumatic Neuroses of War", donde explica que el trauma era capaz de desarrollar síntomas somáticos y psicológicos en sujetos quienes presenciaban un hecho traumático cercano a la muerte. Los síntomas físicos más frecuentes son

hiperalerta e hipersensibilidad, cambios de temperatura, dolor a estímulos táctiles súbitos y respuesta emocional.

Las guerras y su impacto en la estabilidad emocional de quienes participan en ellas. Varias historias de vida contadas por hijos, parejas y padres sobre el “cambio de personalidad” o la frase tan común de “antes no era así” de personas que actúan de forma directa o indirecta, partícipes de acontecimientos atroces, violentos, etc. son solo una pequeña parte de toda la evidencia que existe sobre el gran problema que aterró y seguirá impactando en las vidas de estas personas. Gracias a estos números casos se han realizado avances en el estudio del TEP, se ha dado un enorme progreso tecnológico de las últimas dos décadas ha brindado a los a estas investigaciones varios instrumentos para estudiar el TEPT. En el área neuroendocrina, se ha encontrado evidencia de función adrenérgica aumentada como también de hipertrofia de glándulas adrenales, al igual que alta excreción urinaria de neurotransmisores tales como dopamina (DA), noradrenalina (NA) y adrenalina (A), relación entre niveles de DA y NA con síntomas severos, con un déficit en la excreción de cortisol, respuesta normal de dexametasona y respuesta aplanada de la hormona liberadora de la corticotropina (CRH); esta última es junto a neurotensina y neuropéptido Y, un miembro importante de un nuevo grupo de compuestos involucrados en la fisiopatología del TEPT fisiológica. Esto sugiere que el individuo está en un continuo estado de “lucha o huida” similar al modo en que el cuerpo del individuo respondió durante el acontecimiento traumático real. La sintomatología como el déficit de sensibilidad pueden traer consigo distanciamiento psicológico y emocional del hecho traumático. Algunos autores han sugerido que los síntomas de evitación constituyen una respuesta ante la sintomatología invasiva.



Las técnicas en este enfoque se centran en la reducción de los síntomas de ansiedad. La técnica de entrenamiento en inoculación de estrés o EIE es una técnica de enfoque cognitivo-conductual basada en el aprendizaje y desarrollada, aunque fue desarrollada por Meichenbaum (1974), para la ansiedad. La primera fase es la psicoeducación. La segunda fase el sujeto aprende una serie de habilidades para afrontar y controlar las respuestas de temor. Finalmente, la persona aprende a poner en práctica estas técnicas en su vida cotidiana. La TCC tiene como base fundamental la terapia de exposición. Inundación y exposición prolongada. El objetivo es reducir las respuestas de temor condicionadas anteriormente. Por otra parte, la reestructuración cognitiva es sumamente efectiva para mejorar el procesamiento de pensamiento.

### **7.1 Porcentajes según edad y género en Ecuador y Latinoamérica**

Una escala para evaluar el TEPT en Ecuador fue adaptada por Arias, García y Valdivieso (2017), para personas y el efecto de una catástrofe natural en ellos. Encontró una estructura bifactor, por una parte, un crecimiento postrauma y otros tres factores relacionados como los cambios en relaciones interpersonales, cambios de autopercepción y cambios en la filosofía de vida. Los síntomas fueron desarrollados más en mujeres que hombres, fenómeno encontrado ya en la literatura de este fenómeno.

En otro estudio realizado por la INEC (2019), se llevó a cabo una investigación para detectar la prevalencia de mujeres que han sido víctimas de violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, este estudio tuvo resultados importantes para considerar esta variable sociodemográfica como potencial que determina el desarrollo del TEPT, debido a que el 64,9% de mujeres

han sido víctimas de este tipo de abusos, o es lo mismo que 32 de cada 100 mujeres ecuatorianas han padecido o padecen este tipo de violencia.

En otra investigación realizada por Arias y García en el 2019 para evaluar el TEPT en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile. Se encontró el fenómeno del crecimiento postraumático en el que las personas experimentan cambios en su vida como cambios de percepción, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la filosofía de vida principalmente. En el estudio se realizó a 450 universitarios sobrevivientes al terremoto del 16 de abril de 2016, quienes tuvieron un crecimiento postraumático especialmente en relación con otros y crecimiento espiritual. En cambio, para la población de Chile respecto al terremoto de Chile del 2010 presentaron crecimiento en la autopercepción. En general la población chilena tiene mayor crecimiento postraumático que la muestra ecuatoriana.

### **8.1 Porcentajes según edad y género en Cuenca - Azuay**

A pesar de la evidente presencia de sintomatología igual al TEPT en la ciudad de Cuenca, y cantones, nos encontramos con escasas investigaciones. Sin embargo, se hallan en varias pequeñas investigaciones resultados que evidencian un trastorno que tiene visos de problema de salud pública potencialmente. Por ejemplo; en una investigación realizada por Aguilera et al. (2018) tuvieron como objetivo identificar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca y sus factores asociados. Los resultados fueron que el total de 50 personas presentaron trastorno de estrés postraumático, que representan un 5.10% de prevalencia. En cuanto al género en la ciudad de Cuenca, se encuentra que el sexo femenino cuenta con una prevalencia de 6,40%, con una edad promedio de 42 años, además se estudiaron comorbilidades que se presentaron

conjuntamente con TEPT, encontrándose algunas como: depresión, ansiedad, abuso de sustancias y riesgo suicidio.

De la misma forma, otra investigación tuvo como objetivo del presente estudio determinar la prevalencia de TEPT en los bomberos de Cuenca. Se utilizó la Escala para el trastorno de estrés postraumático aplicada por el clínico (CAPS) desarrollada por Blake y colaboradores (1990). Participaron 86 bomberos. Algunos factores de riesgo relacionados con síntomas de TEPT fueron ser más joven, tener menor rango y atender más emergencias por mes. Cabrera P. y Pozo J. (2017)

La Universidad del Azuay, Cuenca, ha publicado algunas investigaciones como la que fue dirigida por Coello F. (2018), en el que se indago sobre el TEPT en personas con cáncer y la correlación con la personalidad (SOLCA, Cuenca). De las 41 personas, entre 30 y 70 años, 33 de ellos no presentan TEPT, 2 no revelan información suficiente y 6 presentan TEPT. Otros datos importantes de esta investigación es que la intensidad del TEPT es bajo y medio bajo, 36 sufren reexperimentación, 28 evitación y 14 hiperactivación. Lo que indica un mayor número de sintomatología para reexperimentación.

En cuanto a la variable género, los autores Criollo Ortega R. y Dumancela Quide J. (2021) realizaron una investigación en el cantón de Nabón para analizar la violencia de la pareja hacia la mujer, llegando a la conclusión que las mujeres del cantón de Nabón padecen de violencia física, incluye sexual, psicológica y económica, la existencia de este tipo de violencia puede estar presente de forma implícita o explícita en la comunidad, ya sea con pequeños comentarios que desestiman la dignidad de la mujer hasta la violencia que surge silenciosamente de hogar en hogar.

## **9.1 Factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar TEPT**

Los factores de riesgo son especialmente diversos, debido a que son estos los que encaminan los síntomas y su afección del TEP. Autores como Sarmiento (2016) en Colombia, propone conocer los predictores de ansiedad, depresión y TEPT en cuatro diferentes poblaciones expuestas a distintas formas del conflicto mediante un cuestionario anexo a la historia clínica. Obteniendo de una muestra de 4420 participantes que: los predictores de depresión fueron el sexo femenino, edad mayor de 65 años, lugar de residencia en Nariño, desplazamiento forzado, violencia sexual y disfunción familiar. Para este trastorno, los factores que se encuentran más relacionados fueron el sexo masculino, la migración, exposición a conflicto que involucren armas, violencia de índole sexual y otro tipo de violencia.

Al mismo tiempo, Moya, Chávez, Esparza, Chelius, Castañeda en México y EEUU, encontraron que factores psicosociales afectan a los migrantes basados en la Escala de Ulises, el PHQ-9 y una entrevista a profundidad. Obteniendo de una muestra de 100 participantes que: la mayoría muestra resiliencia y adaptación; sin embargo, varios participantes de la investigación reportaron estresores por duelo por la familia, cambio en estatus social, y los riesgos físicos y emocionales. Por ende, se comprobó que el Síndrome de Ulises existe entre un 15% de migrantes en el continente americano.

El acontecimiento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como “aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental)”, que

afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero. Dichos síntomas pueden presentar diferencias en sus tres grandes esferas como intensidad, disfuncionalidad y frecuencia. Lo cual nos indica que cada individuo presenta dificultades en distintos niveles y a su vez en distintos ámbitos.

### **10.1 Factores psicosociales.**

La resiliencia como sistema para contrarrestar sintomatología del TEPT. La inmigración es una causa y a su vez un factor que desencadena una serie de acontecimientos que podrían ser causantes del TEPT o sintomatología relacionada. Un estudio realizado por Pazmiño y López (2019) en 47 inmigrantes venezolanos en Ecuador, dio como resultado que, entre mayor capacidad de resiliencia, menor sintomatología de TEPT. El resultado fue que casi el 97% tenían resiliencia alta equitativo en ambos sexos. Esta información nos indica que la resiliencia es un factor importantísimo que funciona como protector ante la sintomatología de esta psicopatología.

La literatura que precede al TEPT es la muestra en sí misma de los problemas de salud mental que trae consigo las guerras, y si bien cualquier evento traumático puede ser el disparador de esta patología, tales como accidentes, asaltos, ataques físicos o sexuales, catástrofes naturales, etc., no existe otra situación como la de haber participado en una guerra que afecte física y mentalmente a soldados o civiles que presenciaron este hecho, esto se debe principalmente por dos factores; primero, la variedad de acontecimientos considerados estresores y segundo, es la prolongada cantidad de tiempo que el sujeto es expuesto a estos acontecimientos. La magnitud y severidad constituyen los pilares fundamentales para desarrollar TEPT.

### **11.1 Factores Biológicos.**

En relación a los cambios en el cerebro a nivel estructural, autores como Benne, et al (2008) evidencian reducción de las zonas posteriores del hipocampo, además, el estrés prolongado dificulta el aprendizaje a largo plazo y es un importante factor para la neurogénesis y evidentemente amnesia postraumática. Alteraciones en la fase REM del sueño y fragmentación del mismo. Actualmente existen dos agentes antidepresivos usados en Estados Unidos de América como medicación para tratar el TEPT, (paroxetina, sertralina). Sin embargo, existen otros fármacos que están en fase de experimentación (entre ellos se podrían dividir en antidepresivos o estabilizadores del ánimo). Por otra parte, el reto de la complejidad clínica que representa el TEPT ha hecho que prácticamente todos los compuestos de la psicofarmacología actual utilizan diferentes fases del trastorno. Una de las observaciones más importantes de este enfoque, es que las respuestas que emiten los fármacos realmente varían con respecto a factores como el tipo del evento traumático, los factores, duración, los síntomas, grado de cronicidad, presencia o ausencia de síntomas psicotomorfos, edad de inicio, severidad, etc.

### **12.1 Vulnerabilidad del área rural ante el TEPT.**

A lo largo de la historia las poblaciones desplazadas han sido sin duda de las más afectadas en cuanto a la salud mental refiere, ya sea por falta de recursos, educación o el sistema, estas personas carecen de los recursos necesarios para evitar desarrollar TEPT y su alta vulnerabilidad a los hechos traumáticos, catástrofes y exposición a estímulos estresores. En una investigación realizada por los autores Herrera-López y Cruzado realizaron un estudio para indagar sobre la comorbilidad

asociada en víctimas de violencia política en una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. Los resultados fueron que el 2.26 de promedio de eventos traumáticos como consecuencia de violencia política. La prevalencia de vida del TEPT fue de 25.6%. Todas las personas encuestadas tuvieron al menos un trastorno psiquiátrico comórbido, los más frecuentes fueron la ansiedad y depresión. Evidenciando finalmente una alta prevalencia de síntomas iguales al TEPT en dicha zona rural.

### **13.1 Tratamiento cognitivo conductual para el TEPT.**

Autores como Carboni Nino (2003) señalan que los recuerdos invasivos se consideran la característica propia del TEP y consisten en que el acontecimiento traumático se revive de alguna manera. Los recuerdos del trauma pueden invadir la conciencia una y otra vez, sin aviso, de repente, sin señales desencadenantes que los provoquen. También conocidos como flashbacks. La víctima del trauma puede experimentar también un aumento de frecuencia cardíaca, sudoración, evitación y pánico. Al tratarse de un trastorno con características similares al de una fobia, se suelen acudir a herramientas usadas para este trastorno, por ejemplo, uno de los pilares para aminorar los síntomas físicos como la dificultad de respiración, sudoración o pánico, son las técnicas de relajación (respiración, concentración etc), siendo el primer paso para que la persona tome conciencia de los síntomas y emociones que le preceden a dicho episodio. Una vez el paciente aprenda a sostener su concentración y disminuye significativamente sus síntomas físicos, se pasa a la siguiente etapa, en la cual se usarán técnicas como la desensibilización sistemática, efecto paradójico, etc.

La *desensibilización sistemática*, el autor Jordan A. (2019), propone que la terapia de desensibilización y movimientos oculares durante la REM o (EMDR) es la

terapia recomendada por APA para los traumas y los síntomas que este conlleva. Principalmente la desensibilización de recuerdos de hechos traumáticos y la instauración de nuevos recursos y pensamientos basados en positividad y agradables como forma contraria a los recuerdos traumáticos. Esta técnica es especialmente importante debido a que permite acceder de forma más sencilla a los hechos traumáticos y mediante reestructuración cognitiva se puede modificar dichos pensamientos y recuerdos del trauma. El objetivo es aminorar las conductas evitativas, así como los síntomas que le acompañan al trastorno, así como alcanzar una flexibilidad cognitiva, asociación positiva de recuerdos, asociación libre y mejorar la memoria episódica.



## CAPÍTULO II

### 2. METODOLOGÍA

#### 2.1 Objetivos de la investigación

##### 2.1.1 Objetivo General

Establecer la prevalencia de trastorno de estrés postraumático y factores sociodemográficos.

##### 2.1.2 Objetivo Específico

Identificar la asociación entre trastorno de estrés postraumático con los factores sociodemográficos.

#### 2.2 Tipo de estudio

El presente estudio investigativo es cuasi experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo debido a que se realizó una medición objetiva; en primer lugar, se realizó la recolección de datos por medio de diferentes cuestionarios para posteriormente comprobar la hipótesis planteada en la investigación, a través de medición numérica y análisis de datos estadísticos.

El corte del estudio fue de tipo transversal analítico, debido a que la recolección de datos se determinó en momentos específicos y se basó en comparar diferentes variables entre sí; y con un alcance descriptivo.

#### 2.3 Población y muestra

##### 2.3.1 Población

Según el INEC (2010), el universo está conformado por 15.892 habitantes del cantón Nabón, provincia del Azuay.

### 2.3.2 Muestra

La cifra de la muestra consta de 725 personas, 238 hombres y 487 mujeres; del cantón Nabón, provincia del Azuay. A continuación, en cada grupo de edad se estratificará de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010. Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se aleatorizarán todas las viviendas del Cantón; se definirá para cada una de las viviendas seleccionadas, la unidad de análisis de la cual se levantará la información, de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizará el criterio del vecino más cercano, es decir, se ubicará una unidad de análisis en la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas fue aleatorizada para otra unidad de análisis, cuando le corresponda, se utilizará nuevamente el criterio del vecino cercano.

### 2.4 Criterios de inclusión y exclusión

**Tabla 1**

*Criterios de inclusión y exclusión*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Personas que tengan registrado como domicilio el Cantón de Nabón o un sector que pertenezca al mismo.	Personas que no consten con domicilio permanente en el Cantón de Nabón o un sector dentro del mismo.
Personas que por acto voluntario deseen participar en la investigación.	Personas que tengan un domicilio en Nabón pero que hagan uso de este ocasionalmente.
	Personas que no deseen participar voluntariamente en la investigación.

**Consentimiento informado:**

Se comunica que la participación en el estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

## 2.5 Instrumentos

### 2.5.1 Ficha sociodemográfica

Es una herramienta esencial utilizada en salud y seguridad, en donde se recogen los datos sobre una persona, a nivel psicológico y social según los criterios de cada investigación. En nuestro estudio, se propusieron las siguientes variables:

**Tabla 2**

*Variables Sociodemográficas*

<b>Variables sociodemográficas</b>
Etnia
Género
Edad
Escolaridad
¿Con quién vive?
Estado civil actual
¿Vive con su pareja?
¿Qué actividad desarrolla actualmente?
Situación laboral
Migración familiar
Familiar en tratamiento por enfermedad mental
Deuda familiar
Ha sufrido discriminación
Ejercicio programado

### **2.5.2 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1992)**

Es un instrumento de tamizaje utilizado para evaluar el nivel de riesgo del consumo de alcohol. Su calificación se da por puntos, midiendo el riesgo de la suma de los mismos: Riesgo bajo (0-7 puntos), Riesgo medio (8-15 puntos), Riesgo alto (16-19 puntos), Probable adicción (20+ puntos). En fiabilidad tiene una consistencia interna: 0,80. En validez posee un buen índice de correlación con el MAST ( $r = 0,88$ ) y con índices biológicos como el examen de gamma-glutamilttransferasa (GGT) (“ $r$ ” igual a 0,31 en varones y 0,46 en mujeres). Muestra correlaciones positivas con medidas de factores de riesgo, de consecuencias de la conducta de beber y de actitudes hacia la bebida. Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte de 11 o más, la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Un punto de corte de 13 o más proporciona una sensibilidad de 0,7 y una especificidad del 0,78. Permitiendo indicar que el AUDIT es un cuestionario válido y confiable. (Saunders et al., 1992)

### **2.5.3 Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). (Ortega T et al., 1999)**

Construido por Master en Psicología de Salud, evalúa cuanti - cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos: Familia funcional (70 a 57 puntos), Familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos), Familia disfuncional (42 a 28 puntos), Familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos). La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala. Casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos) a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar. Presenta confiabilidad con un valor de 0,93, el análisis de la consistencia interna es elevado ( $\alpha = 0,85$ ), lo que da validez del instrumento. (González et al., 1994)

#### **2.5.4 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). (Y. Lecrubier y col. de la “Salpêtrière” de París y D. Scheehan y col. 1998)**

Está dividido en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría. Al comienzo de cada módulo, con excepción de los trastornos psicóticos, se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios. Lecrubier (1998) plantea que en los estudios de validez y de confiabilidad, realizados entre calificadores y test – retest se comprueba que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, (coeficiente alfa de Cronbach=,93) y que la sensibilidad y especificidad es buena (Kappa=,74) para todos los diagnósticos con la excepción del trastorno de ansiedad generalizada (Kappa=,36), agorafobia (sensibilidad=,59) y la bulimia (Kappa=,53). (Lecrubier et al., 1998)

#### **2.5.5 Woman Abuse Screening Tool (WAST). (Brown y cols., 1996)**

Instrumento para detectar abuso emocional o físico por parte de la pareja contra la mujer. Las respuestas son evaluadas con la puntuación de 3 la más alta, 2 la intermedia y 1 la ausencia. Valor máximo 24 puntos y valor mínimo de 8. El punto de corte para la interpretación es 15 (menos de 15p no agredidas), más de 15 agresión. Presenta una sensibilidad de 89% y especificidad de 94%, con un alfa de Cronbach de 0,91. (Brown y cols., 1996)

### **2.6 Procedimiento de la investigación**

Para empezar, se solicitó la aprobación del proyecto/investigación a la Universidad Del Azuay. Posteriormente se envió el proyecto y a la vez se pidió la autorización del estudio al GAD, comunidad parroquial y comunidades del cantón Nabón, el cual fue aceptado por las autoridades. Seguidamente se pidió un consentimiento de información respecto a la investigación y finalmente se procede a la evaluación y aplicación de test a los habitantes del cantón Nabón.

### **2.6.1 Aplicación de los instrumentos**

En esta fase los voluntarios, y a la vez estudiantes de la carrera de psicología clínica UDA, visitan los domicilios que les corresponden y aplican el protocolo dispuesto por la directora de investigación, en donde se procede a informar que la participación es de acto voluntario, sin obligación y con derecho a retirarse en cualquier momento, de estar de acuerdo, se pide que firmen dicho consentimiento. En el caso de los niños deberá firmar el evaluado y su representante. Se realiza la aplicación de los test y se realiza una revisión de que toda la información necesaria ha sido registrada.

Adulto hombre: MINI, FFSIL, AUDIT.

Adulto mujer: MINI, FFSIL, AUDIT Y WAST.

Niño/Adolescente: MINI KID, FFSIL, AUDIT.

### **2.6.2 Evaluación de instrumentos**

Después de la aplicación, cada usuario realizó la revisión y calificación de los test que fueron entregados al equipo de investigación para el registro en la base de datos.

### **2.6.3 Análisis de datos**

Posteriormente a la obtención de los datos, éstos fueron procesados y analizados utilizando el programa de software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25. A continuación, se realizó la edición de gráficos y tablas utilizando el programa de Excel 2019, así se establecieron los resultados, consecutivamente se realizó el respectivo análisis descriptivo, exploratorio y correlacional de todas las variables del estudio.

### **2.6.4 Obtención de resultados**

Se procede a analizar los datos por medio del programa estadístico SPSS.

## CAPÍTULO III

### 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 3.1 Análisis estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencia y porcentajes de los datos proporcionados. Así mismo se ejecutó una investigación de relación de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) para datos categóricos entre la variable de Trastorno de Estrés Postraumático y los factores sociodemográficos (convivencia, estado civil, etnia, género, edad, escolaridad, ocupación, migración, antecedente de enfermedad mental, deuda familiar, discriminación, actividad física, estado psicológico afectado por COVID - 19, disfuncionalidad familiar). Finalmente, este proceso se realizó en el software SPSS versión 25.

#### 3.2 Participantes

En esta participaron 725 personas del cantón Nabón, con edades comprendidas entre los 8 y 70 años, en donde el género femenino tiene un 67,2% a diferencia del género masculino (32,8%), en donde representa el  $\frac{3}{4}$  partes de las personas estudiadas.

El estado civil del 50,8% era casado, además  $\frac{1}{3}$  tiene la educación básica incompleta.

**Tabla 3**

*Características de los participantes*

	N	%
Vivir solo	4	8,3
Estado civil	18	37,5
Etnia	15	31,3
Género	31	64,6

Edad	20	41,7
Sin educación - básica completa	27	56,3
Dueño de casa, en formación cambio de actividad, cesante, jubilado	15	31,3
Migración familiar	26	54,2
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	14	29,2
Deuda familiar	27	56,3
Ha sufrido discriminación	18	37,5
Ejercicio programado	28	58,3
Estado psicológico afectado por la pandemia	28	58,3
Disfuncionalidad familiar	3	7,9

### 3.3 Resultados

#### 3.3.1 Análisis descriptivo

**Tabla 4**

*Análisis de frecuencias del trastorno de estrés postraumático*

		<i>f</i>	<i>%</i>
Trastorno de estrés postraumático			
	Si	48	6,60
	No	677	93,40
	Total	725	100,00

Se puede evidenciar que en su mayoría no presentan TEPT, con una frecuencia de  $f=677$  y un porcentaje de  $\%=93.40$ , en comparación a los que si presentan ( $f=48$ ;  $\%=6.60$ )

**Figura 1**

Gráfico circular de la presencia de trastorno de estrés postraumático de la muestra



**Tabla 5**

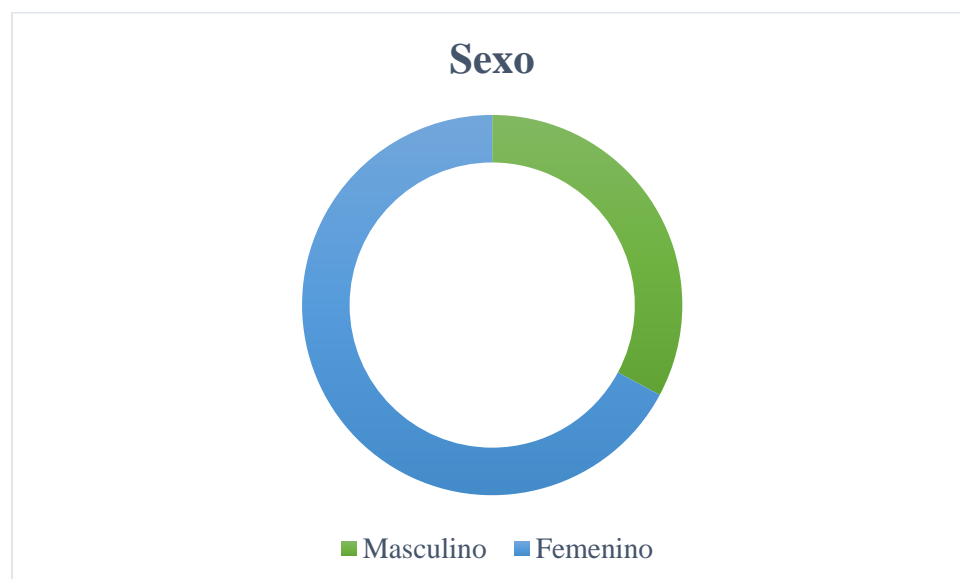
*Análisis de frecuencias de la variable género*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Masculino	238	32,8
Femenino	487	67,2

En cuanto al género, en su mayoría son femenino, con una frecuencia de  $f=487$  y un porcentaje de  $\%=67.2$ , en comparación a masculino ( $f=238$ ;  $\%=32.8$ )

**Figura 2**

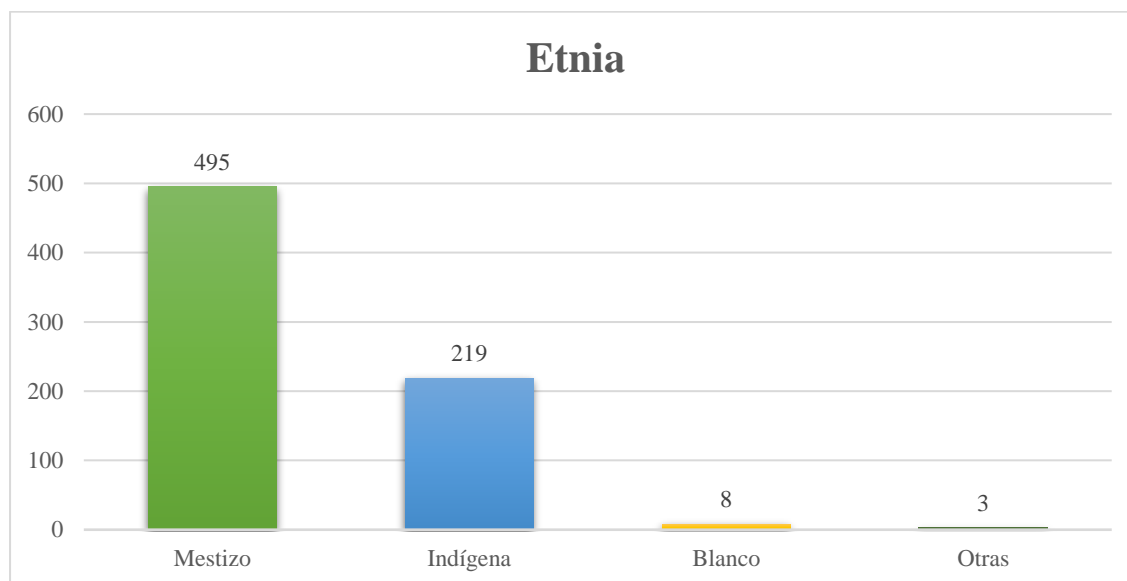
*Gráfico circular del sexo de la muestra*



**Tabla 6***Análisis de frecuencias de la variable etnia*

	<i>f</i>	%
Mestizo	495	68,3
Indígena	219	30,2
Blanco	8	1,1
Otras	3	0,4

En cuanto a etnia, en su mayoría son mestizos, con una frecuencia de  $f=495$  y un porcentaje de  $\%=68.3$ , en comparación a indígenas ( $f=219$ ;  $\%=30.2$ ), blanco ( $f=8$ ;  $\%=1.1$ ) y otras ( $f=3$ ;  $\%=0.4$ )

**Figura 3***Gráfico de barras de la etnia de los participantes***Tabla 7***Análisis de frecuencia de la variable educación*

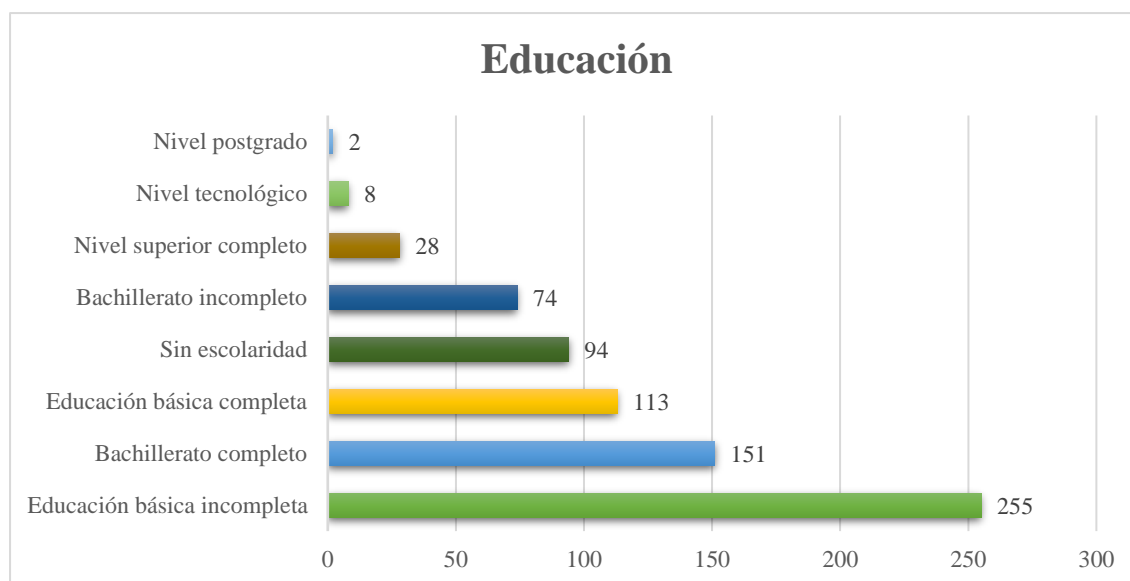
	<i>f</i>	%
Educación básica incompleta	255	35,2
Bachillerato completo	151	20,8
Educación básica completa	113	15,6
Sin escolaridad	94	13,0

Bachillerato incompleto	74	10,2
Nivel superior completo	28	3,9
Nivel tecnológico	8	1,1
Nivel postgrado	2	0,3

En cuanto a educación, en su mayoría tienen educación básica incompleta, con una frecuencia de  $f=255$  y un porcentaje de  $\%=35.2$ , en comparación a los que tienen el bachillerato completo ( $f=151$ ;  $\%=20.8$ ), educación básica completa ( $f=113$ ;  $\%=15.6$ ), sin escolaridad ( $f=94$ ;  $\%=13.0$ ), bachillerato incompleto ( $f=74$ ;  $\%=10.4$ ), nivel superior completo ( $f=28$ ;  $\%=3.9$ ), nivel tecnológico ( $f=8$ ;  $\%=1.1$ ), nivel postgrado ( $f=2$ ;  $\%=0.3$ )

#### Figura 4

Gráfico de barras de la variable educación



#### Tabla 8

Análisis de frecuencias de la variable con quién vive

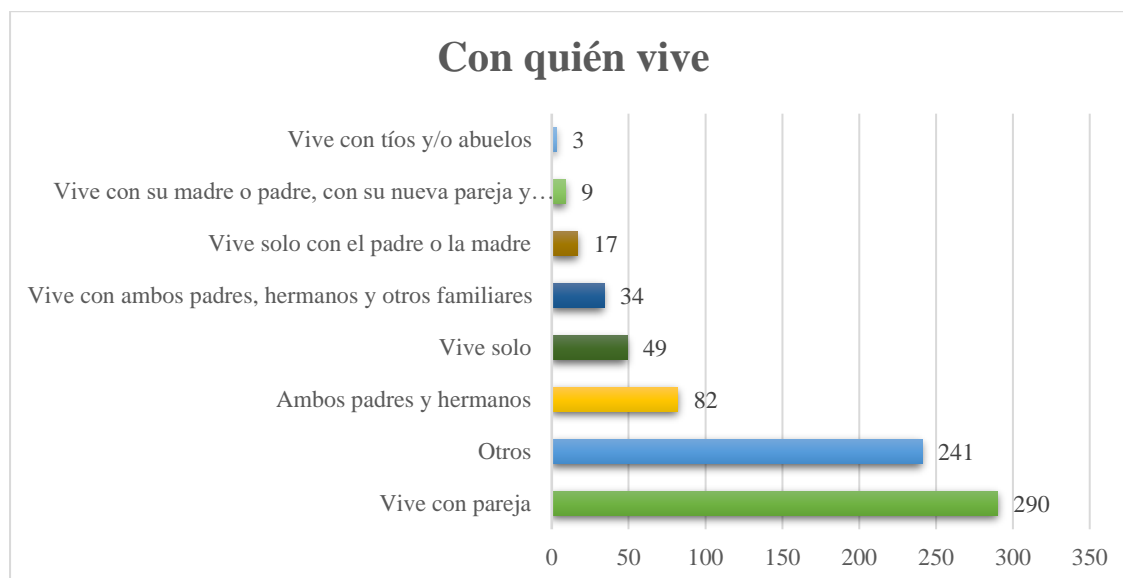
	<i>f</i>	%
Vive con pareja	290	40,0
Otros	241	33,2
Ambos padres y hermanos	82	11,3
Vive solo	49	6,8

Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares	34	4,7
Vive solo con el padre o la madre	17	2,3
Vive con su madre o padre, con su nueva pareja y sus hijos	9	1,2
Vive con tíos y/o abuelos	3	0,4

En cuanto a con quién vive, en su mayoría viven con pareja, con una frecuencia de  $f=290$  y un porcentaje de  $\%=40.0$ , en comparación a otros ( $f=241$ ;  $\%=33.2$ ), ambos padres y hermanos ( $f=82$ ;  $\%=11.3$ ), vive solo ( $f=49$ ;  $\%=6.8$ ), vive con ambos padres, hermanos y otros familiares ( $f=34$ ;  $\%=4.7$ ), vive solo con el padre o la madre ( $f=17$ ;  $\%=2.3$ ), vive con su madre o padre, con su nueva pareja y sus hijos ( $f=9$ ;  $\%=1.2$ ), vive con tíos y/o abuelos ( $f=3$ ;  $\%=0.4$ ).

### Figura 5

Gráfico de barras sobre con quién vive en casa



### Tabla 9

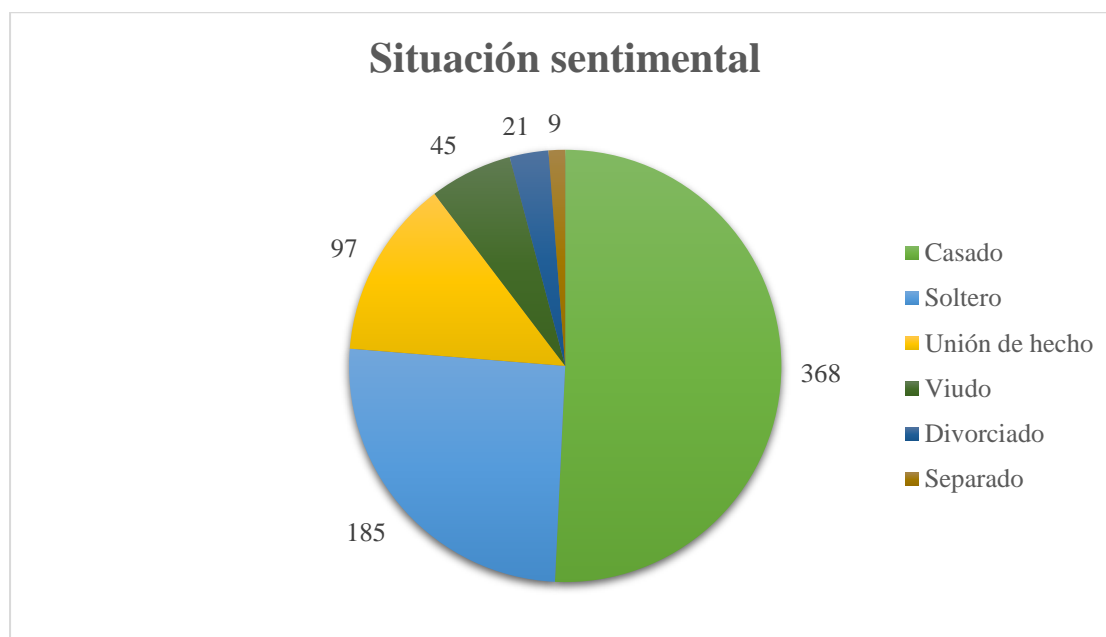
Análisis de frecuencias de la variable estado civil

	$f$	$\%$
Casado	368	50,8
Soltero	185	25,5
Unión de hecho	97	13,4
Viudo	45	6,2
Divorciado	21	2,9
Separado	9	1,2

En cuanto al estado civil, en su mayoría son casados, con una frecuencia de  $f=368$  y un porcentaje de  $\%=50.8$ , en comparación a los solteros ( $f=185$ ;  $\%=25.5$ ), unión de hecho ( $f=97$ ;  $\%=13.4$ ), viudo ( $f=45$ ;  $\%=6.2$ ), divorciado ( $f=21$ ;  $\%=2.9$ ) y separado ( $f=9$ ;  $\%=1.2$ ).

**Figura 6**

*Gráfico circular del estado civil de la muestra*



**Tabla 10**

*Análisis de frecuencia de la variable vive con pareja*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	441	60,8
No	284	39,2

En cuanto a si la muestra vive con pareja, en su mayoría si lo hacen, con una frecuencia de  $f=441$  y un porcentaje de  $\%=60.8$ , en comparación a los que no lo hacen ( $f=284$ ;  $\%=39.2$ ).

**Figura 7**

Gráfico circular sobre si tienen pareja o no

**Tabla 11**

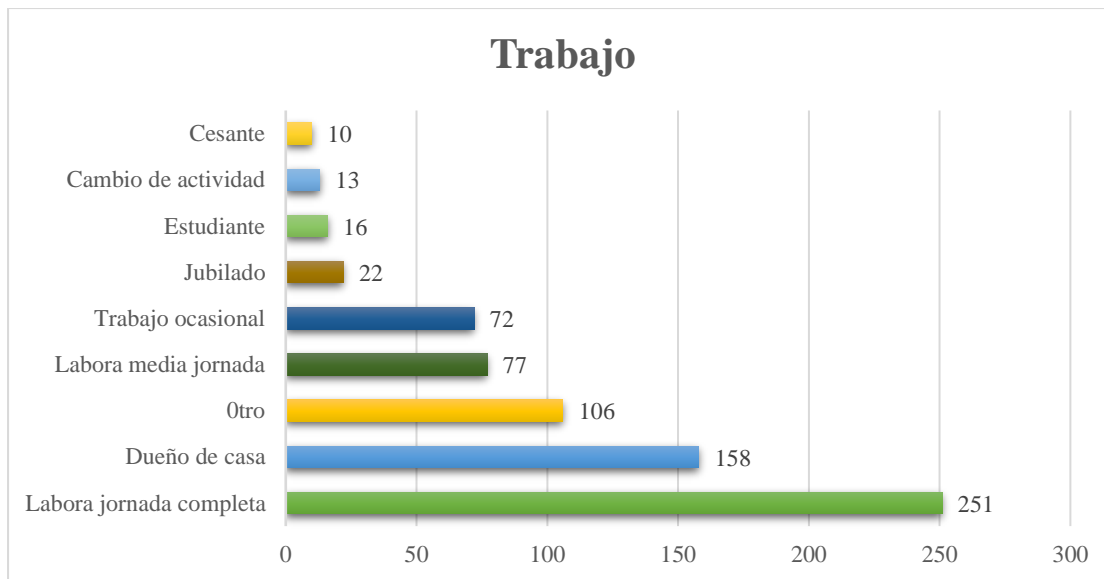
*Análisis de frecuencia de la variable trabajo*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Labora jornada completa	251	34,6
Dueño de casa	158	21,8
Otro	106	14,6
Labora media jornada	77	10,6
Trabajo ocasional	72	9,9
Jubilado	22	3,0
Estudiante	16	2,2
Cambio de actividad	13	1,8
Cesante	10	1,4

En cuanto al trabajo, en su mayoría laboran jornada completa, con una frecuencia de  $f=251$  y un porcentaje de  $\%=34.6$ , en comparación a los dueños de casa ( $f=158$ ;  $\%=21.8$ ), otro ( $f=106$ ;  $\%=14.6$ ), labora media jornada ( $f=77$ ;  $\%=10.6$ ), trabajo ocasional ( $f=72$ ;  $\%=9.9$ ), jubilado ( $f=22$ ;  $\%=3.0$ ), estudiante ( $f=16$ ;  $\%=2.2$ ), cambio de actividad ( $f=13$ ;  $\%=1.8$ ) y cesante ( $f=10$ ;  $\%=1.4$ ).

**Figura 8**

*Gráfico de barras sobre el trabajo de la muestra*

**Tabla 12**

*Análisis de frecuencia de la variable ejercicio programado*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	305	42,1
No	420	57,9

En cuanto al ejercicio programado, en su mayoría no lo hacen, con una frecuencia de  $f=420$  y un porcentaje de  $\%=57.9$ , en comparación a los que sí lo hacen ( $f=305$ ;  $\%=42.1$ )

**Figura 9***Gráfico circular sobre ejercicio programado***Tabla 13***Análisis de frecuencia de la variable familiar en tratamiento*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	113	15,6
No	612	84,4

En cuanto a familiar en tratamiento, en su mayoría no lo tienen, con una frecuencia de  $f=612$  y un porcentaje de  $\%=84.4$ , en comparación a los que sí lo tienen ( $f=113$ ;  $\%=15,6$ )



**Figura 10**

*Gráfico circular sobre si tiene o no un familiar en tratamiento*

**Tabla 14**

*Análisis de frecuencia de la variable estado psicológico afectado en pandemia*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	342	47,2
No	383	52,8

En cuanto al estado psicológico afectado en pandemia, en su mayoría no tuvieron alteración, con una frecuencia de  $f=383$  y un porcentaje de  $\%=52.8$ , en comparación a los que sí lo tuvieron ( $f=342$ ;  $\%=47.2$ )

**Figura 11**

*Figura circular sobre si se ha visto afectado psicológicamente en pandemia*

**Tabla 15**

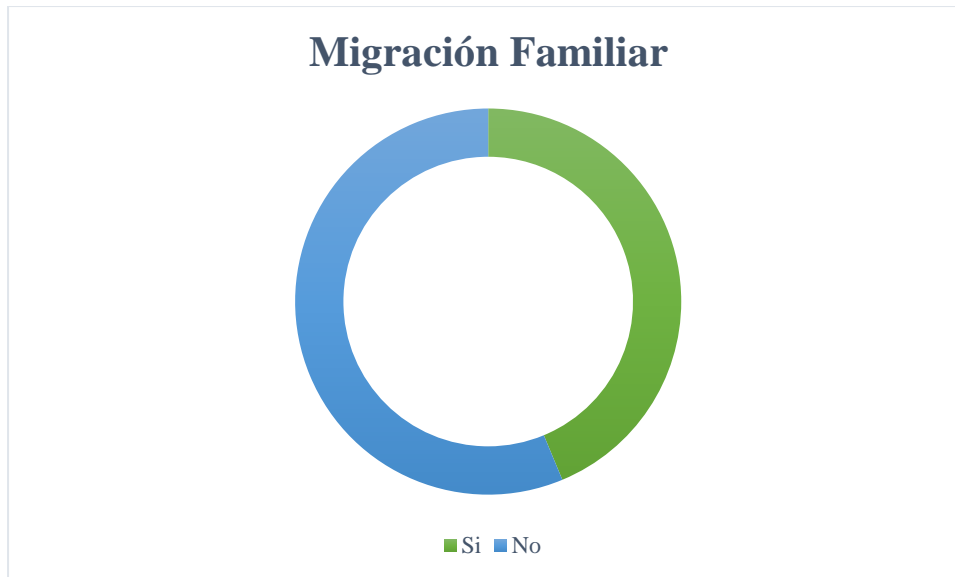
*Análisis de frecuencia de la variable migración familiar*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	317	43,7
No	408	56,3

En cuanto a migración familiar, en su mayoría no existe, con una frecuencia de  $f=408$  y un porcentaje de  $\%=56.3$ , en comparación a los que sí existe ( $f=317$ ;  $\%=43.7$ )

**Figura 12**

*Figura circular sobre si existe o no migración familiar*

**Tabla 16**

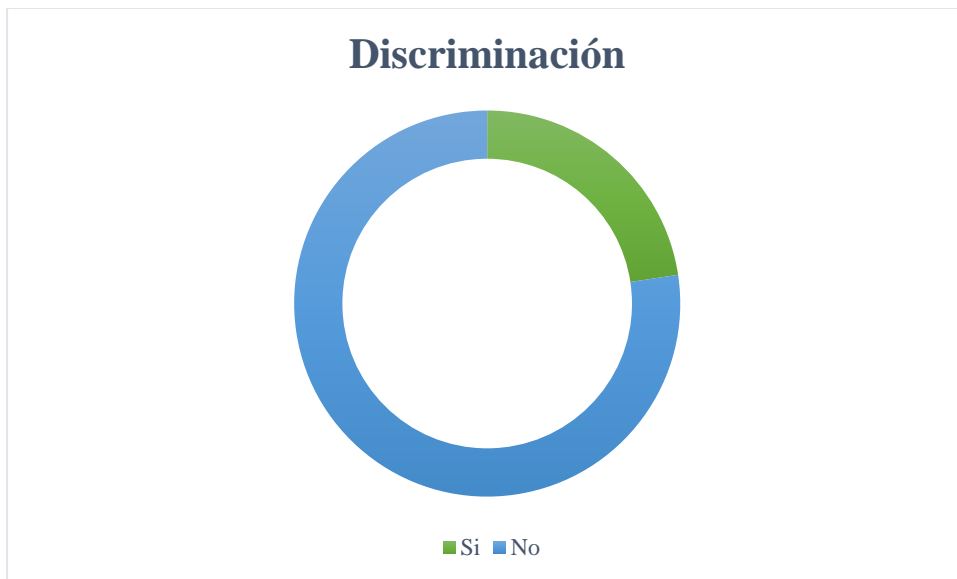
*Análisis de frecuencia de la variable has sufrido discriminación*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	164	22,6
No	561	77,4

En cuanto a discriminación, en su mayoría no lo ha sufrido, con una frecuencia de  $f=561$  y un porcentaje de  $\%=77.4$ , en comparación a los que sí lo han sufrido ( $f=164$ ;  $\%=22.6$ )

**Figura 13**

*Figura circular sobre si ha sufrido o no discriminación*

**Tabla 17**

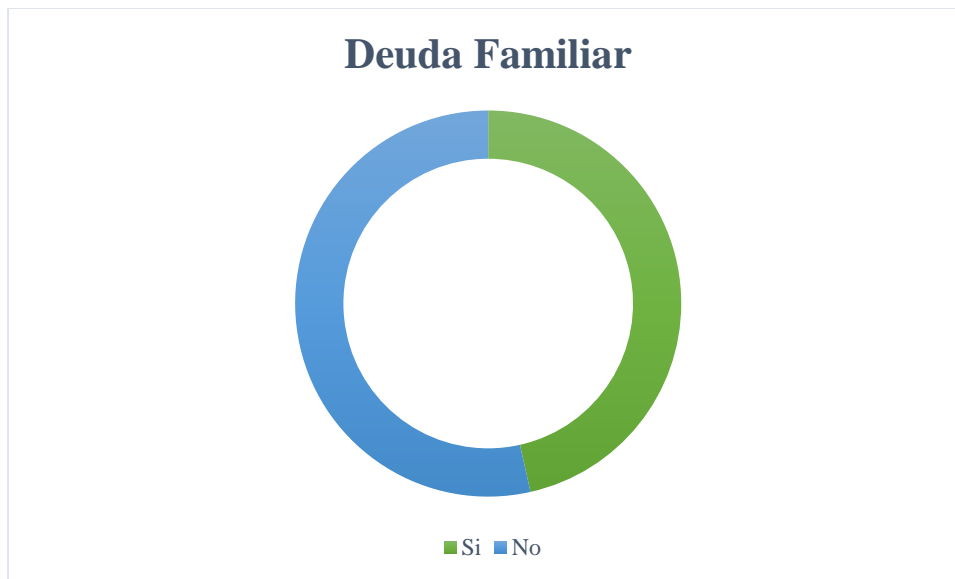
*Análisis de frecuencia de la variable deuda familiar*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	337	46,5
No	388	53,5

En cuanto a deuda familiar, en su mayoría no lo están, con una frecuencia de  $f=388$  y un porcentaje de  $\%=53.5$ , en comparación a los que sí lo están ( $f=337$ ;  $\%=46.5$ )

**Figura 14**

*Gráfico circular sobre si existe o no deuda familiar*



### **Análisis relacional Chi cuadrado $\chi^2$**

**Tabla 18**

*Análisis de relación  $\chi^2$  para datos categóricos entre el trastorno de estrés postraumático y variables sociodemográficas*

	N	%	$\chi^2$	p
Vivir solo	4	8,3		,557
Estado civil	18	37,5	,060	,807
Etnia	15	31,3	,027	,871
Género	31	64,6	,156	,693
Edad	20	41,7	1,180	,277
Sin educación - básica completa	27	56,3	1,355	,244
Dueño de casa, en formación cambio de actividad, cesante, jubilado	15	31,3	,269	,604
Migración familiar	26	54,2	2,278	,131
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	14	29,2	7,206	,007**
Deuda familiar	27	56,3	1,971	,160
Ha sufrido discriminación	18	37,5	6,502	,011*

Ejercicio programado	28	58,3	,003	,953
Estado psicológico afectado por la pandemia	28	58,3	2,569	,109
Disfuncionalidad familiar	3	7,9		1,00
Consumo problemático de alcohol (AUDIT 15 y más) *	2	4,2		,138

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Existe evidencia de relación estadísticamente significativa entre el trastorno de estrés postraumático y tener un familiar con tratamiento de enfermedad mental con un estadístico  $\chi^2=7.20$ , asociado a un valor  $p < .01$ . Otra variable que presenta relación con el (TEPT) es si ha sufrido discriminación, con un chi cuadrado  $\chi^2=6.50$  y un valor  $p < .05$ . No se observan evidencias en la *Tabla 16* de relación con las otras variables

**Tabla 19**

*Análisis de relación  $\chi^2$  para datos categóricos entre el trastorno de estrés postraumático y variables sociodemográficas en adolescentes*

	$\chi^2$	$p$
Indígena	-	1
Mujer	-	,633
Edad	-	
Sin educación	-	,623
Migración	-	1
Enfermedad Mental	-	,12
Discriminación	-	,419
Pandemia	-	,585
Disfuncionalidad	-	,573

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

No existe varianza suficiente en los datos categóricos para obtener resultados del análisis de relación Chi Cuadrado.

## DISCUSIÓN

En una investigación realizada por Maximiliano Jozami (2010), donde analiza los resultados de la investigación de la OMS para identificar el TEPT en Irak, se plantean los criterios principales de este trastorno, así como también sus efectos, siendo estos:

Criterio A. Evento estresor traumático, la persona debería haber sido expuesta a un evento catalogado como traumático dentro de su marco cultural, social e histórico.

Criterio B. Reexperimentación persistente del trauma, la persona evoca recuerdos y vivencias constantemente, llamados típicamente flashbacks es esta experimentación psicológica y física asociada al temor y huida a sucesos con características similares al trauma. Este aspecto es altamente dañino que afecta áreas vitales del individuo, entre estas; social, escolar, laboral, psicológico y físico.

Criterio C. Evitación o huida. Principalmente a actividades asociadas con el trauma. La persona está especialmente vinculada a padecer episodios de reexperimentación que lo inducen a huir y evitar constantemente estas actividades relacionadas con el hecho traumático, recalcar nuevamente el impacto en los diferentes niveles de áreas funcionales del individuo que son afectadas.

Finalmente tenemos otros criterios (D: Hiperalerta, E: Al menos un mes, F: Distrés) cada uno de ellos igualmente importantes, que cumplen su función en la estructura y disfuncionalidad en el trastorno. Con esto, se evidencia nuevamente el impacto profundo que tienen el TEPT en quienes lo padecen, con síntomas que impiden llevar una vida funcional, con efectos importantes en las áreas vitales ya mencionadas y él imposibilidad de manejarlo sin una intervención de tipo psicológica clínica que aborde todos estos efectos del TEPT.

Tan solo en Ecuador existen una gran cantidad de personas cuyos síntomas afectan sus vidas, si nos enfrentamos a la enorme cantidad de personas que lo padecen en Latinoamérica y el mundo, entendemos la razón por la que cada año se habla de que el TEPT podría convertirse

en un problema de tipo público, en la capital ecuatoriana nos encontramos una alta prevalencia, como lo indican las investigaciones; realizadas por Espin Martin M. (2019), donde evidencia un ejemplo claro de la prevalencia de este trastorno en niños testigos de femicidio hacia sus madres, el 30,25 de niños y adolescentes en la ciudad de Quito son huérfanos por esta causa, a su vez, desarrollando TEPT.

Los efectos del TEPT como la reexperimentación persistente del trauma y la evitación (así como síntomas físicos y psicológicos), varían desde el ámbito social, como dificultad excesiva o torpeza social, incapacidad para llevar a cabo una interacción social afectiva exitosa, fallas en la comunicación y déficit en herramientas sociales. De tipo laboral, como quienes padecen TEPT tienen en promedio menores ingresos mensuales debido a la afectación directa de su sintomatología. De tipo escolar, pacientes especialmente jóvenes y adultos, padecen de estrés constante y repetitivo, fobia desarrollada a lo largo del desarrollo del TEPT, bajas calificaciones, inteligencia emocional afectada y en promedio conductas hostiles y evitativas, como lo menciona Carvajal Cesar (2002), señalando a los síntomas típicos como fenómenos invasores, debido principalmente a que son intrusivos y afectan a la funcionalidad, así como estar hiperalerta y a su vez la asociación de conductas evitativas respecto al hecho traumático.

Se puede observar en esa investigación que respecto a las variables psicosociales con respecto a tener un familiar con tratamiento de enfermedad mental con un resultado de 7.20, así como también haber sido víctimas de discriminación con un resultado de 6.50. No se encontraron resultados significativos con respecto a otros factores sociodemográficos. Se han cumplido los objetivos de la investigación, dando un total de 6.60% de personas que padecen TEPT (objetivo general) o igual a 48 sujetos de los 725 que cumplen los criterios para este trastorno (objetivo específico), así como identificar la relación entre factores psicosociales



(tener un familiar con enfermedad mental y haber sido víctimas de discriminación) y en TEPT (objetivo específico).

Las investigaciones más recientes, Gómez García A. (2020) señala que personas que han sido víctimas de discriminación, por ejemplo, por su identificación sexual desarrollan TEPT, dando como resultado un mayor índice de personas que han sido discriminadas y haber desarrollado TEPT, mayormente discriminación diaria en LGBT o miedo de sufrirla. En cuanto a la variable “género”, hay autores, Vries et al. (2018) que aseguran que una mujer es tres veces mayor propensa a padecer TEPT y su diagnóstico se vuelve crónico. En el mismo artículo se señalan los análisis de los autores Danzi y La Greca (2017), mencionando al factor “Etnia” como importante para desarrollar TEPT, debido a que tanto en adultos como en menores hispanicos y afroamericanos tienen más porcentaje de padecerlo. En cuanto al TEPT en los niños, recordemos que su estado de desarrollo aún está en proceso por lo que digerir un hecho traumático en esa edad será completamente diferente, principalmente muestran cambios en el estado de ánimo que se ve severamente afectado y alteración cognitiva, en los adultos, como ya se revisado en la literatura, predomina la reexperimentación o intrusión de pensamientos. En cuanto a la variable “tener un pariente con enfermedad mental” no existe literatura que correlacione estos dos factores de forma directa, pero si encontramos información valiosa en la predisposición genética que pacientes que desarrollan este trastorno, un ejemplo claro es el que propone el autor Karestan C.Koenen., y et. (2010), que encontró que una predisposición genética común con el 58% de varianza genética, es decir, más de la mitad de pacientes que han tenido un hecho traumático han desarrollado TEPT debido a su sistema inmunológico que presenta.

## CONCLUSIONES

A partir de la investigación presentada y en base a los objetivos planteados en este estudio, se puede concluir:

En general, existe una tendencia mínima de presencia de estrés postraumático, con una frecuencia de 48 y un porcentaje de 6,60%.

Así mismo, los resultados que presentaron valores significativos entre el trastorno de estrés postraumático y tener un familiar con tratamiento de enfermedad mental con un estadístico  $\chi^2=7.20$ , asociado a un valor  $p<.01$ . Otra variable que presenta relación con el (TEPT) es si ha sufrido discriminación, con un chi cuadrado  $\chi^2=6.50$  y un valor  $p<.05$ .

## LIMITACIONES

En esta investigación se puede evidenciar la falta de estudios investigativos con respecto al TEPT en zona ecuatorial y menos aún en sus zonas rurales.

Así mismo, se puede hacer un estudio multitudinario sin embargo las condiciones no lo permiten.

De igual manera, el acceso a la muestra de adolescentes era muy escasa debido a la migración que se da en el lugar.

Empleo de lenguaje técnico y científico que desconocían los participantes, por ende, al momento de implementar los instrumentos de evaluación se tenían que adecuar las palabras correctas para su entendimiento y de no hacerlo, los participantes responden sin entendimiento absoluto de la pregunta dada.

## RECOMENDACIONES

Implementar programas psicoeducativos y talleres de prevención e intervención de este y de otros trastornos mentales, para que así las personas pertenecientes a la comunidad de se beneficien, brindándoles herramientas y técnicas de afrontamiento para que pueda manejar de mejor manera su vida personal, laboral y social, y con ello lograr una mejor calidad de vida en la colectividad.

Identificar las necesidades psicológicas de la comunidad, ya que, suministrando la cantidad correcta que requieren las personas pertenecientes a la comunidad de Nabón, se logrará el desarrollo integral de las mismas.

Los subcentros de salud se enriquezcan de más información y conocimiento con respecto al ámbito psicológico, ya que la salud mental también es importante, y que esto lo lleguen a expandir por toda la comunidad.

Para concluir, el trastorno de estrés postraumático merece ser estudiado a profundidad en toda la comunidad, para poder comprender la magnitud del problema e identificar con precisión los factores de riesgo que implican que la persona llegue a desarrollar el trastorno sin ser tratado a tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón RD, Glover SG, Boyer W et al. Proposing an algorithm for the pharmacological management of Posttraumatic Stress Disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12: 267-76
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd.ed. Revised. Washington,DC. American Psychiatric Press. 1987
- Arias Patricio R. y Garcia Felipe E. Crecimiento de estrés postraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile. 2019. *Ajayu* vol.17 no.2 La Paz Ago. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000200005&script=sci_arttext)
- Blake, D. D. et ál. (1990), *The Clinician-Administrative ptsd Scale-iv*, Boston, National Center for ptsd-Behavioral Science Division.
- Bolsoni, Livia Maria et al. The anxiolytic effect of cannabidiol depends on the nature of the trauma when patients with post-traumatic stress disorder recall their trigger event. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2022 [Accessed 21 March 2022] , Available from: <<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2021-2317>>. Epub 14 Mar 2022. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2021-2317>.
- Bonne O, Vythilingam M, Inagaki M, Wood S, Neumeister A, Nugent A, et al. Reduced Posterior Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(7); 1087 1091.
- Borda Bohigas, Juan Pablo, Carrillo, Juan O, Garzón, Daniel F, Ramírez, María P, & Rodríguez, Nicolás. (2015). Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.005>

- Brewin C R, Gregory J D, Lipton M, Burgess N. Intrusive Images in Psychological Disorders: Characteristics, Neural Mechanisms, and Treatment Implications. *Psychological Review* 2010; 117 (1); 210-232.
- Broekman, B., Olf, M. y Boer, F. (2007). The genetic background to PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 31, 348-362.
- C.Koenen K., y et. (2010). Predisposición genética común en la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático en hombres. Volume 17, Issue 1, January–March 2010, Pages 1-5. recuperado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134593410000047>
- Cabrera Garate Priscila y Pozo Neira Johanna. Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en los bomberos de Cuenca, 2017. Universidad de Azuay. Recuperado de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7547/1/13429.pdf>
- Carvajal Cesar, Trastorno de estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* v.40 suple.2 Santiago, nov, 2002. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S071792272002000600003>
- Coello Nieto Maria Fernanda y Orellana Inga Maria Carolina. Prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático y la Correlación con la Personalidad en pacientes de 30 a 70 años de edad, que han culminado el tratamiento oncológico en el Instituto de Cáncer SOLCA, 2018. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/7756>
- Corzo P., Paula A., Bohórquez P. y Adriana P. 2009. Prevalencia del Trastorno por Estrés Agudo y Trastorno por Estrés Postraumático en Soldados Colombianos Heridos en

Combate. Revista Med, 17(1),14-19.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91020345003>

Daniels J K, Frewen P, McKinnon M C, Lanius RA. Default mode alterations in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma: a developmental perspective. J Psychiatry Neuroscience 2011; 36(1); 56-59.

Davidson, J.; Smith, R. y Kudler, H. (1989), “Validity and reliability of the dsm-iii criteria for post traumatic stress disorder: Experience with a structured interview”, en Journal of Nervous and Mental Disease, núm. 177, pp. 336-341.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) Washington. DC. American Psychiatric Association.

DiNardo, P. A. et ál. (1983), “Reliability of the dsm-iii anxiety disorder categories using a new structured interview”, en Archives of General Psychiatry, núm. 40, pp. 1070-1074. — (1993), “Reliability of the dsm-iiir anxiety disorder categories: Using the Anxiety Disorders Interview Scale-Revised (adis-r)”, en Archives of General Psychiatry, núm. 50, pp. 251-256.

Espín Martin, Mónica Raquel (2019). Terapia de Juego para la reducción de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, huérfanos por femicidio en sus madres en Quito, Ecuador. Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud y Humanidades; Quito, Ecuador, 2019.

Echeveria I. (2020). Trastorno de estrés postraumático en menores; controversias, evolución, variables que influyen y comparación con TEPT en adultos. Universidad Pontificia. Madrid, España.

- Fittipaldi, Sol, Pérez, Mariana, Colombo, María Cecilia, Donatti, Sofía, Rosales, Ma. Guadalupe, Martini, Sabrina, D'alessandro, Fabian, Etchevers, Martín y Garay, Cristian Javier (2013). Tratamiento combinado para el Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión sobre su eficacia. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Foa, E. B. y Riggs, D. S. (1993), "PTSD in rape victims", en Oldman, J. M.; Ribay, M. B. y Tasman, A. (eds.), American Psychiatric Press Review of Psychiatry 12, Washington, American Psychiatric Press.
- Ford Julian D; Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions First ed. United State of America: Elsevier Inc. 2009, 1-278.
- Gomez Garcia A. (2020). Identidad Sexual, Discriminación y Consecuencias desde la Psicología Positiva en Lesbianas, Gais y Bisexuales. Universidad de Alcalá, España.
- Hayes, S. C.; Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012), Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change, Nueva York, Guilford Press.
- Herrera Lopez Vanessa y Lizardo Cruzado, estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. Rev Neuropsiquiatr vol. 77 no. 3 Lima Julio, 2014. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000300003&script=sci\\_arttext&tln g=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000300003&script=sci_arttext&tln g=pt)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2010). *Censo 2010 de Población y Vivienda*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Recuperado de



<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>

Jalil Anibal Leonardo. Trastorno de estrés postraumático en veteranos en Malvinas. Siglo 21.

Recuperado de:

<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12625/TrabajoFinalDeGraduacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jorda Alonso L. (2019). Trastorno de estrés post-traumático y tratamiento con EMDR desde la neuropsicología. Treball tutelat per Francisco Barceló. Universitat de les Illes Balears.

Juan Aguilera Muñoz Maria Serrano Pezantes y Roxana Patricia Ugalde Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población rural del cantón Cuenca 2018.

Universidad del Azuay, 2019. Recuperado de:

<https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9444>

Litz, B. T. y Weathers, F. (1994), "The diagnosis and assessment of post-traumatic stress disorder in adults", en Williams, M. B. y Sommer, J. F. (eds.), *The Handbook of Post-Traumatic Therapy*, Westport, Greenwood Press, pp. 20-37.

López M. Alicia E.; Gómez P. Lydia y Ruíz P. Gema T.: Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato (logía). *Escritos de Psicología*. 2009, vol.3, n.1 pp. 8-19.

Mónica Raquel Espín Martín (2019). *Terapia de Juego para la reducción de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, huérfanos por femicidio en sus madres en Quito, Ecuador*. Universidad de San Francisco, Quito, Ecuador.

- Nino Castro Carboni., Ginnette Campos Villalobos, y Cinthia López Castillo. Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post- traumático. Med. Leg. Costa Rica vol.20 n.2 Heredia Sep. 2003
- Raquel Seijas Gómez. Trastorno de estrés postraumático y cerebro. España. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (119), 511-523
- Ortega Criollo R., y Quinde Dumancela J. (2021). Abuso emocional y físico en las mujeres de la parroquia Cochapata del Cantón de Nabón. Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Pieschacón Fonrodona, M. (2011). Trastorno de estrés postraumático: modelo cognitivo-conductual. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uazuay/69404?page=142>.
- Pieschacón Fonrodona, M. (2011). Trastorno de estrés postraumático: modelo cognitivo-conductual. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uazuay/69404?page=52>
- Pitman RK. Biological findings in PTSD: Implications for DSM-IV classification. En: PTSD. DSM-IV and beyond. Davidson JRT, Foa EB, Eds. Chp. 9, pp. 173-189. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993
- Sánchez López, N. (2019). Resiliencia y trastorno de estrés postraumático en inmigrantes de la Fundación Chamos Venezolanos en Ecuador. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 206 p.
- Sarmiento, R. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión en Adolescentes y Adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005- 2008.

MEDICINA, 38 (2), 134- 156. Recuperado de  
<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/113-4>

Vargas Salinas, A. N. (2017). Estrés postraumático: tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Editorial El Manual Moderno.  
<https://elibro.net/es/ereader/uazuay/39757?page=28>

Watson, C. G. et ál. (1991), “The ptsd Interview: Rationale, description, reliability and concurrent validity of a dsm-iii-based technique”, en *Journal of Clinical Psychology*, núm.47, pp. 179-188.

Weiss, D. S. y Marmar, C. R. (1997), “The Impact of Event Scale-Revised”, en Wilson, J. P. y Keane, T. M. (eds.), *Assessing psychological trauma and ptsd*, Nueva York, Guilford Press.

## ANEXOS

### Anexo A: Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### “Salud mental en el Cantón Nabón”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responder a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yolanda Dávila directora de la investigación a al teléfono 0995888021.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

## Anexo B: Ficha sociodemográfica para adultos

### INFORMACIÓN GENERAL.

Ficha

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Comuna .....

#### 1.- Etnia

1  indígena      2  mestiza.      3  blanca.      4  otra

#### 2.- Género

1  masculino      2  femenino

3.- Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

#### 4.- Años de estudio

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sin escolaridad                    | 6 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico (años aprobados)                  |
| 2 <input type="checkbox"/> < 10 - educación básica incompleta | 7 <input type="checkbox"/> nivel superior completo (años aprobados – completo) |
| 3 <input type="checkbox"/> 10 - educación básica incompleta   | 8 <input type="checkbox"/> nivel postgrado                                     |
| 4 <input type="checkbox"/> < 3 bachillerato incompleto        |  |
| 5 <input type="checkbox"/> 3 - bachillerato completo          |  |

5.- ¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

- |  |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos  |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja   |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |
| 4 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre   |
| 5 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos                   |
| 6 <input type="checkbox"/> Vive solo   |
| 7 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as)  |
| 8 <input type="checkbox"/> Vive con tíos y/o abuelos   |
| 9 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes.....  |

**6.- Estado civil actual:**

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> soltero/a      | 4 <input type="checkbox"/> separado/a (de hecho)     |
| 2 <input type="checkbox"/> unión de hecho | 5 <input type="checkbox"/> divorciado/a (legalmente) |
| 3 <input type="checkbox"/> casado/a       | 6 <input type="checkbox"/> viudo/a                   |

¿Vive con su pareja?    Si     No

**7.- ¿Qué actividad desarrolla actualmente?**

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa) | 6 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad |
| 2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada)    | 7 <input type="checkbox"/> servicio militar                 |
| 3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente)   | 8 <input type="checkbox"/> cesante (estuvo trabajando)      |
| 4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral)  | 9 <input type="checkbox"/> jubilado/a                       |
| 5 <input type="checkbox"/> estudiante                             | 10 <input type="checkbox"/> otro: _____                     |

**8.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?**

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migración interna <input type="checkbox"/>	Migración externa <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	--	--

**9.- Identifique quien migro y el tiempo**

- |   |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> padre.                     |
| 2 <input type="checkbox"/> madre                      |
| 3 <input type="checkbox"/> ambos padres               |
| 6 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja          |
| 7 <input type="checkbox"/> hermanos                   |
| 8 <input type="checkbox"/> abuelos o tios             |
| 9 <input type="checkbox"/> otros indicar quienes..... |

- |   |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> < de un año  |
| 2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años   |
| 3 <input type="checkbox"/> 6 a 10 años  |
| 4 <input type="checkbox"/> > de 10 años |

**10.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento medico por alguna enfermedad mental**

Si  No

**11.- Endeudamiento**

**Tiene deudas la familia en el caso que la respuesta sea Sí, elija cuantos miembros estan endeudados**

Si  No  Número de miembros .....

**De todos los ingresos, cual es el porcentaje destinado a pagar la deuda**

- 1  Cuarta parte  
 2  Mitad  
 3  Más de la mitad  
 4  Todo  
 5  Necesita más dinero  
 5  menos de la cuarta parte

**12.- ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?**

Si  No

**¿Por que causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?**

- 1  Etnia  
 2  Discapacidad  
 3  Urbano – rural  
 4  Religión  
 5  Otros Especifique .....

**13.- Realiza actividad fisica o ejercicio programado**

Si  No

**¿Que tiempo dedica a la actividad fisica o ejercicio?**

- 1  Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)  
 2  Igual o Superior a 30 minutos al día

**¿Cuál es la intensidad de la actividad física?**

1  Leve

2  Moderado

3  Intensa

**¿Ha sentido que su estados psicológicos se ha afectado por la pandemia?**

Si

No



## Anexo C: Ficha sociodemográfica para niños y adolescentes

### INFORMACIÓN GENERAL.

Ficha

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Comuna .....

#### 1.- Etnia

1  indígena      2  mestiza.      3  blanca.      4  otra

#### 2.- Género

1  masculino      2  femenino

3.- Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

#### 4.- Años de estudio

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Sin escolaridad                    | 6 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico (años aprobados)               |
| 2 <input type="checkbox"/> < 10 - educación básica incompleta | 7 <input type="checkbox"/> nivel superior completo (años aprobados – compl) |
| 3 <input type="checkbox"/> 10 - educación básica incompleta   | 8 <input type="checkbox"/> nivel postgrado                                  |
| 4 <input type="checkbox"/> < 3 bachillerato incompleto        |   |
| 5 <input type="checkbox"/> 3 - bachillerato completo          |   |

5.- ¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

- |  |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos  |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja   |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre   |
| 4 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos                   |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive solo   |
| 6 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as)  |
| 7 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes.....  |

6.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Si       No       Migración interna       Migración externa

**7.- Identifique quien migro y el tiempo**

- 1  Padre  
 2  Madre  
 3  Ambos padres  
 6  Esposo (a) pareja  
 7  Hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)  
 8  Otros indicar quienes.....

- 1  < de un año  
 2  1 a 5 años  
 3  6 a 10 años  
 4  > de 10 años

**8.- Algún miembro de la familia ha presentado una enfermedad mental (¿ha sufrido de los nervios?, ¿ha recibido tratamiento psiquiátrico?)**

Si  No

**9.-¿Se ha sentido rechazado o marginado?**

Si  No

**INDIQUE DEBIDO A QUE CONDICIÓN**

- 1  Etnia  
 2  Discapacidad  
 3  Urbano – rural  
 4  Religión  
 5  Otros Especifique .....

**10.- Realización de actividad física o ejercicio programados**

Si  No

**TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA**

- 1  Inferior a 30 minutos al día  
 2  Superior a 30 minutos al día de intensidad moderada  
 3  Superior a 30 minutos al día de intensidad alta

**INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

1  Leve                      2  Moderado                      3  Intensa

**11.- ¿Ha sentido que sus estados psicológicos se han afectados por la pandemia?**

Si  No

## Anexo D: Minientrevista Neuropsiquiatra Internacional (MINI)

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

1

## MINI

### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

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

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

#### Versión en español:

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

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

2

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

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCOLÍCOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	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 COMPULSIVO/PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

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

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

3

#### 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 ± 11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

#### ENTREVISTA:

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

#### PRESENTACIÓN:

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

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtros» 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 anotaciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

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

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

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

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

#### 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 si en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@usc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F 75631 Paris, France Tel: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ect.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel: + 91 364 47 18 Fax: + 91 411 34 32 e-mail: iap@lander.es	Mareli 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: ms0619@aol.com
---	---	---	---

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

4

### A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODAR 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	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SÍ	

**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
ACTUAL**

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

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

**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
RECIDIVANTE**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

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

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

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuándo 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

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

6

### B. Trastorno distímico

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

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

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

TRASTORNO DISTÍMICO  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



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

7

### C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

8

### D. Episodio (hipo)maniaco

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

9

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

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

**E. Trastorno de angustia**

(⇒ SIGNIFICA: BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

11

### F. Agorafobia

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

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

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

*Agorafobia actual*

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA  
*sin agorafobia actual*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA  
*con agorafobia actual*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
----	----

AGORAFOBIA ACTUAL  
*sin historial de trastorno de angustia*

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

12

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

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

TRASTORNO OBSESIVO/  
COMPULSIVO  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

14

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

11	¿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
12	¿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
13	<b>En el último mes:</b>			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	● NO	SÍ	
14	<b>Durante el último mes:</b>			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	● NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?			
		NO	SÍ	14

ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



**J. Abuso y dependencia de alcohol**

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

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

**J2. En los últimos 12 meses:**

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

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

**J3. En los últimos 12 meses:**

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

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

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

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

BODEE 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, MDMA, MDMA.**Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nítrico (laughing gas), amyl o butyl nitrate (peppers).**Mariguana:** hashís, THC, pasto, hierba, mota, roquer.**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («red»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Milhovens», Tranquimatín, 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 QUE DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SOLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA. SOLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA. CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGUN SEA NECESARIO.) K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

- |  |   |    |    |   |
|--|---|----|----|---|
| a                                      | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?  | NO | SÍ | 1 |
| b                                      | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA |   |    |    |   |
| c                                      | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?   | NO | SÍ | 3 |
| d                                      | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?   | NO | SÍ | 4 |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

17

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

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

18

### L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				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 espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
NOTA: DEJA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACCHICO.						
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16	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	SI	SI	3
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16	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	SI	SI	5
ENTREVISTADOR/A: DEJA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICOTICO.						
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16	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	SI	SI	7
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SI	SI	9
ENTREVISTADOR/A: DEJA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SOLO 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, ILUSIÓN O DESTITUCIÓN, ETC.						
	b	Si SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SI	SI	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SI		11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:						
Si SI: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?					SI	
	b	Si SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SI	SI ⇒ 16b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

19

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? 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
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:</b>					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SI EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SÍ		
			TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SI EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L11?	NO SÍ		18
			TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13	a	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ	
	b	SI CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L1Ea:  Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO SÍ		19
			TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
<b>MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)</b>					

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

20

### M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, ROTEAR 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"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, tenía ganas de 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
<b>ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

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*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

21

### N. Bulimia nerviosa

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

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un periodo de 2 horas?	NO	SI	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SI	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SI	9				
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SI	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SI	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SI					
		↓ Ir a N8						
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____)libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO 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	SI	12				
N8	¿CODIFICÓ SI EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SI							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SI EN N7?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SI							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**O. Trastorno de ansiedad generalizada**

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR 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	SI	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SI	2
CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUSIDOS.			NO	SI	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SI	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	SI	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SI	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SI	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SI	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SI	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SI	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SI
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



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

23

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

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

**P1: Antes de cumplir los 15 años:**

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

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

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

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

¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

24

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

**Referencias**

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

25

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

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

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

**Anexo E: Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI KID)**

# M.I.N.I. KID

## **MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes**

**Versión en Español**

USA: **D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo**  
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T Hergueta.**  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

**Versión en Español:**

USA: **M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto**  
University of South Florida - Tampa

**© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV**

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

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamineto

<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Número de protocolo:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Hora en que inició la entrevista:</b>	
<b>Nombre del entrevistador:</b>		<b>Hora en que terminó la entrevista:</b>	
<b>Fecha de la entrevista:</b>		<b>Duración total:</b>	

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por Vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.29	N/A
J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
K ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
L ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
L DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
M ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
M DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
N TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.20-307.23	F95.x
O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.x
Q TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	313.81	F91.3
R TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
S ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
U TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
V TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28 309.3/309.4	F43.xx

## INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

---

### PRESENTACIÓN DE LA ENTREVISTA:

La naturaleza y propósito de esta entrevista debe ser explicada al niño o adolescente, antes de comenzar la entrevista. Un ejemplo de una introducción se presenta a continuación:

"Te voy a hacer muchas preguntas acerca de tí mismo. Esto es para yo poder conocerte mejor y ver como puedo ayudarte. La mayoría de las preguntas se contestan 'sí' o 'no'. Si no entiendes una palabra o pregunta, pregúntame y yo te la explico. Si no estas seguro de como contestar una pregunta, no trates de adivinar – mejor dime que no estas seguro. Algunas de las preguntas te pareceran extrañas, pero trata de contestarlas de todos modos. Es importante que contestes las preguntas tan honestamente como puedas, para así yo poder ayudarte. ¿Tienes alguna pregunta antes de empezar?"

Para niños menores de 13 años, se recomienda que entreviste juntos al niño y al padre. Debe de hacerle las preguntas al niño, pero debe de alentar al padre a interrumpir si piensa que la respuesta del niño no está clara o no es precisa. El entrevistador/a determina si la respuesta del niño cumple con los criterios diagnósticos de la pregunta, esta decisión es basada en su juicio clínico.

### PRESENTACIÓN:

La M.I.N.I. 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 de modo a regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

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

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

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

Cuando los términos estan separados por una *barra(/)* el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, la pregunta H6).

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

### FORMATO DE LA ENTREVISTA

Las preguntas de la entrevista están diseñadas para evocar los criterios diagnósticos específicos. Las preguntas deben leerse "palabra por palabra." Si el niño o adolescente no entiende una palabra en específico o un concepto, puede explicarle lo que significa o le puede dar ejemplos que capturen su esencia. Si el paciente no está seguro si tiene un síntoma en específico, puede pedirle que le explique o que le de un ejemplo para de esta manera determinar si refleja el criterio que se está investigando. Si un ítem de la entrevista tiene mas de una pregunta, el entrevistador/a debe tomar una pausa entre pregunta y pregunta de modo a permitirle suficiente tiempo al paciente para responder.

Preguntas acerca de la duración de los síntomas están incluidas para aquellos diagnósticos en el cuál el periodo de tiempo es un elemento crítico. Debido a que los niños pueden tener dificultad estimando el periodo de tiempo, le puede ayudar asociando el periodo de tiempo a eventos significativos en sus vidas. Por ejemplo, cumpleaños, comienzo o terminación del año escolar, un día festivo u otro evento anual.

### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse si en la MINI KID.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento, o información acerca de los últimos cambios en la M.I.N.I. **KID**, 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  
ph : +1 813 974 4544  
fax : +1 813 974 4575  
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Doug Shytte, Ph.D. or Karen Milo Ph.D  
Child Psychiatry Research Center, MDC-14  
University of South Florida  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
ph :+1 813 974 1452  
fax:+1 813 974 1978  
e-mail : [dshytte@hsc.usf.edu](mailto:dshytte@hsc.usf.edu) or [kmilo@hsc.usf.edu](mailto:kmilo@hsc.usf.edu)

Marelli Colón-Soto, M.D.  
University of South Florida  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613  
ph : +1 813 974 4544  
fax : +1 813 974 4575

## A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

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

<b>En las últimas dos semanas:</b>								
A1	¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1				
A2	a ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	2				
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➡ NO	SÍ					
	b ¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día?	➡ NO	SÍ					
	c ¿Te has sentido de esta manera casi todos los días?	➡ NO	SÍ					
<b>A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:</b>								
a	¿Tenías menos hambre o mas hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por $\pm$ 5% de su peso corporal ó $\pm$ 8 libras en el último mes] CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3				
b	¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	NO	SÍ	4				
c	¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacía difícil quedarte tranquilo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	5				
d	¿Te sentías cansado casi todo el tiempo ?	NO	SÍ	6				
e	¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	7				
f	¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	8				
g	¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">NO</td> <td style="padding: 5px;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	
NO	SÍ							
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>								



## B. RIESGO DE SUICIDIO

			Puntos
B1	a	¿ <b>Alguna vez</b> te has sentido tan mal que deseaste estar muerto?	
		NO	SÍ
			1
	b	¿Alguna vez has tratado de hacerte daño?	
		NO	SÍ
			2
	c	¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida?	
		NO	SÍ
			4

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

O	SÍ	N
<b>RIESGO DE SUICIDIO PASADO</b>		

**En el último mes:**

B2	¿Deseaste estar muerto?	NO	SÍ	1
B3	¿Quisiste hacerte daño ?	NO	SÍ	2
B4	¿Pensaste en quitarte la vida?	NO	SÍ	6
B5	¿Pensaste en como quitarte la vida?	NO	SÍ	10
B6	¿Trataste de quitarte la vida?	NO	SÍ	10

¿CODIFICO **SÍ** EN POR LO MENOS UNA DE LAS ANTERIORES?

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B6) CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

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

## C. TRASTORNO DISTÍMICO

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **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.

En el último año:				
C1	a ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	10
	b ¿Te has sentido así la mayor parte del tiempo?	➡ NO	SÍ	11
C2	En el último año, ¿Te sentiste bien por dos meses o mas?	NO	➡ SÍ	12
C3	Durante el último año, la mayor parte del tiempo:			
	a ¿Tenías menos hambre que la que usualmente tienes? ¿Tenías mas hambre que la que usualmente tienes? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	13
	b ¿Tenías dificultad para dormir ("dificultad para dormir" significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	NO	SÍ	14
	c ¿Te sentías mas cansado de lo usual?	NO	SÍ	15
	d ¿Te sentías menos seguro de ti mismo? ¿Te sentías mal acerca de ti mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	16
	e ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?  CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	17
	f ¿Sentías que las cosas nunca iban a mejorar?  ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE C3a-f?	➡ NO	SÍ	
C4	¿Te molestaba mucho sentirte deprimido / malhumorado / desinteresado? ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, o con tus amigos? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	19

¿CODIFICÓ SÍ EN C4?

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

## D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

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

D1	a	<p>¿<b>Alguna vez</b>, has tenido un período de tiempo en el que te has sentido tan feliz que has estado bien exaltado o eufórico? Por exaltado o eufórico, me refiero a que te sientas muy bien; estas lleno de energía, necesitas dormir menos; los pensamientos se aceleran en tu cabeza; estas lleno de ideas.</p> <p>NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN A LOS NIÑOS, COMO LAS NAVIDADES, LOS CUMPLEAÑOS,...</p>	NO	SÍ	1
	b	¿En este momento te sientes “exaltado”, “eufórico”, o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	<p>¿<b>Alguna vez</b>, has tenido un período de tiempo en el que estuviste tan gruñón, malhumorado o molesto, que gritabas o empezabas peleas; o le gritabas a personas fuera de tu familia? Has tu o los demás notado, que has estado mas gruñón que otros niños, incluso cuando pensabas que tenías motivos para sentirte así?</p> <p>CODIFICAR <b>SÍ</b>, SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA</p> <p>NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN A LOS NIÑOS Y LOS PONE BIEN MALHUMORADOS O MOLESTOS.</p>	NO	SÍ	3
	b	¿En este momento te sientes “malhumorado” o “molesto”?	NO	SÍ	4
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>D1a</b> O EN <b>D2a</b> ?	➡ NO	SÍ	
D3		<p><b>SI D1b O D2b = SÍ:</b> EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL  <b>SI D1b O D2b = NO:</b> EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO</p> <p><b>Durante el tiempo en el que te sentías exaltado, lleno de energía, o irritable notaste que:</b></p>			
	a	¿Podías hacer cosas que otros no podían hacer? ¿Sentías que eras una persona bien importante?	NO	SÍ	5
		CODIFICAR <b>SÍ</b> , SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA			
	b	¿Necesitabas dormir menos (ej. te sentías descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablabas mucho, sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderte?	NO	SÍ	7
		CODIFICAR <b>SÍ</b> , SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA			
	d	¿Tus pensamientos pasaban tan deprisa por tu cabeza que tenías dificultad para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Te distraías fácilmente con cosas insignificantes?	NO	SÍ	9
	f	¿Estabas tan activo o inquieto que los demás se preocupaban por tí?	NO	SÍ	10
	g	¿Querías hacer cosas divertidas, incluso cuando podías hacerte daño haciéndolas? ¿Querías hacer cosas que podían meterte en problemas? (Como quedarte fuera de casa hasta tarde o faltar a la escuela.)	NO	SÍ	11
		CODIFICAR <b>SÍ</b> , SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA			
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE <b>D3</b> ( O 4 O MÁS RESPUESTAS SI <b>D1a</b> ES <b>NO</b> [EVALUANDO EPISODIO PASADO] O SI <b>D1b</b> ES <b>NO</b> [EVALUANDO EPISODIO ACTUAL])?	➡ NO	SÍ	

**Por lo menos una semana o mas:**

D4 ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, con tus amigos o con otras personas? ¿Te tuvieron que hospitalizar por estos problemas?  
 CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<b>EPISODIO (HIPO) MANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

**E. TRASTORNO DE ANGUSTIA**

➡ SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿Alguna vez has estado bien asustado o nervioso por ninguna razón; o alguna vez has estado bien asustado o nervioso en una situación donde la mayoría de los niños no se sentirían así? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	1
	b	¿Te pasó esto mas de una vez?	➡ NO	SÍ	2

E2 ¿Te ha pasado esto cuando no te lo esperabas? ➡ NO SÍ 3

E3	¿Después de que te pasó esto, tenías miedo de que te volviera a pasar? ¿Tenías miedo de que te volviera a pasar otra vez, por un mes o mas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	4
E4	<b>Quiero que pienses en aquel momento en el que estuviste bien asustado o nervioso por ninguna razón:</b>			
a	¿Sentías que tu corazón latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
b	¿Sudaste? ¿Tenía las manos húmedas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	6
c	¿Tenías temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
d	¿Sentías dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
e	¿Sentías que te estabas ahogando? ¿Sentías que no podías tragar? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9
f	¿Tenías dolor o presión en el pecho?	NO	SÍ	10
g	¿Tenías ganas de vomitar? ¿Tenías molestias en el estómago? ¿Tenías diarreas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	11
h	¿Te mareaste o te desmayaste?	NO	SÍ	12
i	¿Se sentían extrañas las cosas a tu alrededor o te parecía que no eran reales? ¿Sentías o mirabas las cosas como si estuvieran bien lejos? ¿Te sentiste fuera o separado de tu cuerpo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	13
j	¿Tenías miedo de que estabas perdiendo el control de tí mismo? ¿Tenías miedo de que te estabas volviendo loco? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	14
k	¿Tenías miedo de que te estabas muriendo?	NO	SÍ	15
l	¿Tenías alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
m	¿Te sentías bien frío o bien caliente?	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? SI E6 = SÍ, SALTE A F1	NO	SÍ	
		<i>CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS ACTUAL</i>		
E7	¿En el pasado mes, tuviste estos problemas mas de una vez? ¿ Si esto te pasó solamente una vez el mes pasado, te preocupó mucho que te volviera a pasar? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	18
		<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL</i>		

## F. AGORAFOBIA

F1	¿Te sientes ansioso, asustado, o incómodo en lugares o situaciones donde te podría dar mucho miedo; como el estar en una multitud, el permanecer en fila, cuando estás completamente solo, o cuando cruzas un puente, o viajas en autobús, tren o automóvil? CODIFICAR <b>sí</b> , SI CONTESTÓ <b>sí</b> EN ALGUNA	NO	SÍ	19
----	---	----	----	----

F2	¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil? CODIFICAR <b>sí</b> , SI CONTESTÓ <b>sí</b> EN ALGUNA	O	SÍ	N 20
----	--	---	----	---------

*AGORAFOBIA  
ACTUAL*

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

Y

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

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL</i>	

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

Y

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

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL</i>	

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

Y

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

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<i>AGORAFOBIA, ACTUAL sin historial de Trastorno de Angustia</i>	

**G. TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN**

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

G1	a	¿En el último mes, has tenido mucho miedo de estar lejos de alguien; o has tenido mucho miedo de perder a alguien de quien estas apegado? (Como que se te pierdan tus padres o que algo malo les suceda) CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	1
	b	¿A quien tienes miedo de perder o estar lejos de _____ ?			
G2	a	¿Te molestabas mucho cuando estabas lejos de _____ ? ¿Te molestabas mucho cuando pensabas que ibas a estar lejos de _____ ? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	2
	b	¿Te preocupaba mucho el que pudieras perder a _____ ? ¿Te preocupaba mucho que algo malo le pudieras pasar a _____ ? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
	c	¿Te preocupaba mucho el que pudieras separarte de _____ ? (¿Como perderte o que te secuestren (rapten)?)	NO	SÍ	4
	d	¿Te negabas a ir a la escuela u otros lugares porque tenías miedo de estar lejos de _____ ?	NO	SÍ	5
	e	¿Tenías mucho miedo de estar en tu casa si _____ no estaba ahí?	NO	SÍ	6
	f	¿No querías dormir a menos que _____ no estuviera contigo?	NO	SÍ	7
	g	¿Tenías pesadillas de estar lejos de _____ ? ¿Te pasó esto mas de una vez? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	8
	h	¿Te enfermabas mucho (como dolores de cabeza o dolores de estómago)cuando estabas lejos de _____ ? ¿Te enfermabas mucho cuando pensabas que ibas a estar lejos de _____ ? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9
		<b>G2 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 3 DE G2a-h?</b>	➡ NO	SÍ	
G3		¿Tu miedo de estar lejos de _____ te molestó mucho? ¿Te causó muchos problemas en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿De cualquier otra manera? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN G1, G2 RESUMEN Y G3 ?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN</b>	

## H. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

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

H1	<p>¿En el pasado mes, sentiste miedo o vergüenza cuando otros te estaban mirando?            ¿Tenías miedo de que te molestaran o se burlaran? ¿Como hablar frente a la clase?            o ¿Comer o escribir frente a otros?            CODIFICAR <b>SÍ</b>, SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA</p>	➡ NO	SÍ	1
H2	<p>¿Le tienes mas miedo a estas cosas que otros niños de tu edad?</p>	➡ NO	SÍ	2
H3	<p>¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas?            o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil?            CODIFICAR <b>SÍ</b>, SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA</p>	➡ NO	SÍ	3
H4	<p>¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Esto hace que tengas miedo de ir a la escuela? ¿Esto hace que quieras estar solo?            CODIFICAR <b>SÍ</b>, SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA</p>			4

**NO**                      **SÍ**

**FOBIA SOCIAL**  
(Trastorno de Ansiedad Social)  
**ACTUAL**

## I. FOBIA ESPECÍFICA

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

I1	<p>¿En el pasado mes, te han dado mucho miedo cosas como: culebras, serpientes, insectos?            ¿Perros u otros animales? ¿Las alturas? ¿Tormentas? ¿La oscuridad? ¿O ver sangre o agujas?</p>	➡ NO	SÍ	1
I2	<p>Nombre la fobia específica: _____</p>			
I3	<p>¿Le tienes mas miedo a _____ que lo que le tienen otros niños de tu edad?</p>	➡ NO	SÍ	2
I4	<p>¿Le tienes tanto miedo a _____ que tratas de evitarlos?            o ¿Solamente puedes estar cerca de _____ cuando alguien está contigo?            o ¿Puedes estar cerca de _____ pero se te hace bien difícil?            CODIFICAR <b>SÍ</b>, SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA</p>	➡ NO	SÍ	3
I5	<p>¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Es por esto que no haces cosas que te gustaría hacer?            CODIFICAR <b>SÍ</b>, SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA</p>			4

¿CODIFICÓ **SÍ** EN I5?

**NO**                      **SÍ**

**FOBIA ESPECÍFICA**  
**ACTUAL**



## J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

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

J1	¿Este último mes, te han molestado cosas desagradables que se meten en tu mente y no te puedes deshacer de ellas? ¿Como pensamientos malos o impulsos? o ¿Imágenes desagradables? Por ejemplo, ¿Pensaste en hacerle daño a alguien, a pesar de saber que no querías hacerlo? ¿Tenías miedo de que a ti o a alguien le pasara algo malo por algo que no hiciste o no querías hacer? ¿Te preocupaba mucho estar sucio o tener gérmenes? ¿Te preocupaba mucho el poder pasarle gérmenes a alguien o de alguna manera enfermar a alguien? o ¿Tenías miedo de hacer algo verdaderamente chocante?	NO ↓ Ir a J4	SÍ	1
CODIFICAR <b>sí</b> , SI CONTESTÓ <b>sí</b> EN ALGUNA				
NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS, COMPORTAMIENTO SEXUAL, ABUSO DE ALCOHOL O DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.				
J2	¿Estos pensamientos volvían a tu mente aún cuando tratabas de ignorarlos o de librarte de ellos?	NO ↓ Ir a J4	SÍ	2
J3	¿Tu piensas que estas cosas vienen de tu propia mente y que no vienen de fuera de tu cabeza?	NO	SÍ <b>obsesiones</b>	3
J4	¿En el pasado mes, hiciste algo una y otra vez sin poder dejar de hacerlo, como el lavar o limpiar una y otra vez? ¿Ordenar o arreglar las cosas una y otra vez? ¿Contar y verificar las cosas una y otra vez? ¿Decir o hacer algo una y otra vez?	NO	SÍ <b>compulsiones</b>	4
CODIFICAR <b>sí</b> , SI CONTESTÓ <b>sí</b> EN ALGUNA				

¿CODIFICÓ **SÍ** EN J3 O EN J4?

➡ NO SÍ

J5	¿Estos pensamientos o acciones son la causa de que no participes en actividades en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿Te causaron problemas con otras personas? CODIFICAR <b>sí</b> , SI CONTESTÓ <b>sí</b> EN ALGUNA	NO	SÍ	5
<b>TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ACTUAL</b>				

## K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)

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

K1	¿Alguna vez te ha pasado algo bien malo? ¿Como estar en una inundación, tornado o terremoto? ¿Como estar en un fuego o en un accidente bien malo? O ver cuando matan a alguien o lo hieren de gravedad. ¿Como ser atacado por alguien?	➡ NO	SÍ	1
K2	¿Durante el pasado mes, esta cosa tan mala ha regresado de alguna manera? ¿La has soñado, o has tenido memorias intensas)?	➡ NO	SÍ	2
K3	<b>En el último mes:</b>			
a	¿Has tratado de no pensar en esta cosa tan mala? ¿Has tratado de alejarte de todo aquello que te lo pueda recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Has tenido dificultad recordando alguna parte importante de lo que pasó?	NO	SÍ	4
c	¿Has estado menos interesado en tus pasatiempos o en tus amigos?	NO	SÍ	5
d	¿Te has sentido alejado o distante de otras personas?	NO	SÍ	6
e	¿Has notado que ya tus sentimientos no son tan fuertes acerca de las cosas?	NO	SÍ	7
f	¿Has tenido la impresión de que tu vida se va a acortar o que vas a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	<b>K 3 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K3a-f?</b>	➡ NO	SÍ	
K4	<b>Durante el último mes:</b>			
a	¿Tuviste dificultad para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Estuviste irritable o molesto sin razón alguna?	NO	SÍ	10
c	¿Tuviste dificultad para concentrarte?	NO	SÍ	11
d	¿Estuviste nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Brincaste cuando escuchaste ruidos? o ¿Cuando viste algo por la esquinita del ojo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	13
	<b>K 4 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE K4a-e?</b>	➡ NO	SÍ	
K5	¿Durante el último mes, te han molestado mucho estos problemas? ¿Te han causado problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tus amigos? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	14
	¿CODIFICÓ SÍ EN EL RESUMEN DE K1, K2, K3 , K4 & K5?			

**NO                      SÍ**

**ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

## L. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

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

L1	<p>¿En el último año, has tomado más de 2 bebidas alcohólicas en un día?          ¿En esas ocasiones, tomaste mas de 2 bebidas alcohólicas en un período de 3 horas?          ¿Hiciste esto mas de 2 veces en el último año?          CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA</p>	NO	SÍ	1
----	--	----	----	---

L2	<b>En el último año :</b>			
a	¿Necesitaste beber más alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando empezaste a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducías la cantidad de alcohol o dejabas de beber, temblaban tus manos? ¿Sudabas? ¿Te sentias nervioso o no te podías quedar tranquilo? ¿Alguna vez bebiste para evitar estos problemas? ¿Bebiste otra vez para evitar la resaca? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
c	¿Cuándo bebías alcohol, acababas bebiendo más de lo que en un principio habias planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Has tratado de reducir o dejar de beber alcohol? ¿Te diste cuenta de que no podías lograrlo? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	5
e	¿En los días que bebías, pasabas mas de dos horas bebiendo? Incluye el tiempo que te tomó conseguir el alcohol, beberlo, y recuperarte de sus efectos.	NO	SÍ	6
f	¿Pasaste menos tiempo en otras cosas debido a que estabas bebiendo (Como en la escuela, en tus pasatiempos,o estar con tus amigos)?	NO	SÍ	7
g	¿Continuaste bebiendo a pesar de saber que esto te causaba problemas (Como de salud fisica o mental)?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2 a-g?

NO	➡ SÍ
<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL</b>	

L3	<b>En el último año :</b>			
a	¿Has estado intoxicado, embriagado, o con resaca cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como tu trabajo escolar u otras responsabilidades en la casa? ¿Te pasó esto mas de una vez? ¿Esto te causó algún problema? CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	10
b	¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo fisico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)?	NO	SÍ	11

- |   |   |    |    |    |
|---|---|----|----|----|
| c | ¿Has tenido problemas legales debido a tu uso de alcohol (Como ser arrestado o ser detenido por la policía)?    | NO | SÍ | 12 |
| d | ¿Has continuado bebiendo a pesar de saber que esto te ocasionaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas? | NO | SÍ | 13 |
- CODIFICAR **sí**, SI CONTESTÓ **sí** EN ALGUNA

¿CODIFICÓ **sí** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L3?

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

## M. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

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

M1	a	Ahora te voy a leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas. Deténme, <b>si en el pasado año</b> , has tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar tu estado de ánimo.	➡	NO	SÍ
----	---	--	---	----	----

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalina, pildoras adelgazantes.

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

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

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

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

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

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

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

**Especifique la Droga(s) MAS USADA:** \_\_\_\_\_

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

M2 Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), **en el pasado año:**

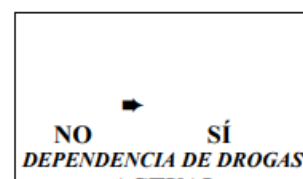
a	¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla?	NO	SÍ	1
---	--	----	----	---

b	¿Cuándo disminuiste la cantidad o dejaste de usar droga(s), te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? ("Síntomas de abstinencia" pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor?	NO	SÍ	2
---	--	----	----	---

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- |   |  |    |    |   |
|---|--|----|----|---|
| c | ¿Cuando usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminabas usando más de lo que en un principio habías planeado?  | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Has tratado de disminuir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Te diste cuenta que no pudiste?<br>CODIFICAR <b>NO</b> , SI CONTESTÓ <b>NO</b> EN ALGUNA  | NO | SÍ | 4 |
| e | ¿En los días que usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pasabas mas de dos horas usándola? Incluye el tiempo que te tomó conseguir (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), usarla y recuperarte de sus efectos. | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasaste menos tiempo haciendo otras cosas debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Como estar en la escuela, disfrutar de pasatiempos o estar con tus amigos?   | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Continuaste usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto te causaba problemas? ¿Como de tu salud fisica o mental?   | NO | SÍ | 7 |

¿CODIFICÓ POSITIVO PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ACTUAL (Codificó **SÍ** en por lo menos tres respuestas de M 2)?  
especificar la droga(s): \_\_\_\_\_

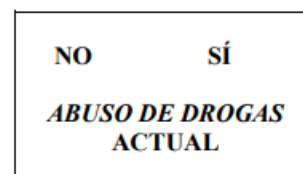


Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

**Durante el año pasado:**

- |    |   |   |    |    |    |
|----|---|---|----|----|----|
| M3 | a | ¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenias algo importante que hacer? ¿Como la tarea u otras responsabilidades en tu hogar? ¿Esto te pasó mas de una vez? ¿Esto te ocasionó algún problema?<br>(CODIFIQUE <b>SÍ</b> , SOLO SI ESTO LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 9  |
|    | b | ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo físico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)?   | NO | SÍ | 10 |
|    | c | ¿Has tenido algún problema legal debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), (Como ser arrestado o detenido por la policía)?  | NO | SÍ | 11 |
|    | d | ¿Has continuado usando(nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto te causaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?<br>CODIFICAR <b>SÍ</b> , SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA   | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN M3a o b o c o d?



## N. TRASTORNOS DE TIC

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

N1	a	¿En el último mes has tenido movimientos en tu cuerpo llamados "Tics"? Los "Tics" son movimientos rápidos de alguna parte de tu cuerpo, que son difíciles de controlar. Un tic puede ser parpadear tus ojos repetidamente, espasmos o temblores en tu cara, mover o sacudir tu cabeza, hacer un movimiento con tu mano una y otra vez, o tener que doblarte, o encojerte de hombros una y otra vez.	NO	SÍ	1
	b	¿Alguna vez has tenido un tic que te hizo decir algo una y otra vez y era difícil parar de hacerlo? Como toser, resoplar, aclararte la garganta una y otra vez, cuando no tenías catarro; o gruñir, ladrar; tener que decir ciertas palabras una y otra vez, tener que decir malas palabras, o tener que repetir sonidos que escuchas o palabras que otra personas dicen?	NO	SÍ	2
SI CODIFICÓ <b>NO</b> EN AMBAS <b>N1a</b> Y <b>N1b</b> , CIRCULE <b>NO</b> EN TODAS LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y SALTE A <b>O1</b>					
N2	a	¿Tenías estos "tics" varias veces al día?	NO	SÍ	3
	b	¿Los tuviste por un año o mas?		➡	
	c	¿Alguna vez se desaparecieron completamente por 3 meses consecutivos?	NO	SÍ	4

N3    ¿Te molestaban mucho estos "tics"? ¿Interferían en la escuela?  
       ¿Te causaban problemas en tu hogar? ¿Te causaban problemas  
       con tus amigos? ¿Te atormentaban o te molestaban otros niños por tus tics?  
       CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

➡ NO    SÍ    5

N4    ¿Ocurrieron estos tics solamente cuando estabas tomando Ritalin u otros medicamentos para el Trastorno por Déficit de Atención?

NO    ➡ SÍ    7

N4 a    ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1a**, **N1b**, **N2a**, **N2b** Y **N3** ?

NO                    ➡ SÍ  
**TRASTORNO DE LA  
 TOURETTE, ACTUAL**

N4 b    ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1a** + **N2a** + **N2b** + **N3** Y CODIFICÓ **NO** EN **N1b** ?

NO                    ➡ SÍ  
**TRASTORNO DE TIC  
 MOTOR CRÓNICO**

N4 c    ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1b** + **N2a** + **N3** Y CODIFICÓ **NO** EN **N1a**?

NO                    ➡ SÍ  
**TRASTORNO DE TIC**

N4 d    ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1 (a or b)**, **N2a** Y **N3**, Y CODIFICÓ **NO** EN **N2b**,  
 Y ESTOS "TICS" OCURRIERON CASI TODOS LOS DÍAS POR LO  
 MENOS 4 SEMANAS?

NO                    SÍ  
**TRASTORNO DE TIC  
 TRANSITORIO**

## O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

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

<b>En los últimos 6 meses:</b>			
O1	a	¿A menudo no le prestas suficiente atención a los detalles? ¿Cometes errores por descuido en las tareas escolares?	NO SÍ 1
	b	¿Tienes dificultad prestando atención cuando juegas o haces las tareas?	NO SÍ 2
	c	¿A menudo pareces no escuchar a las personas incluso cuando te hablan directamente?	NO SÍ 3
	d	¿A menudo tienes dificultad para hacer lo que te mandan a hacer (Como no hacer tus tareas escolares o tus obligaciones)? ¿Esto te pasa a pesar de que entiendes las instrucciones? ¿Esto te pasa aún cuando no pretendes ser desafiante? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO SÍ 4
	e	¿A menudo tienes dificultades para organizarte?	NO SÍ 5
	f	¿A menudo evitas las cosas que requieren que te concentres o que pienses mucho (como las tareas)? ¿Te desagradan o no te gustan las cosas en las que necesitas concentrarte o pensar mucho? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO SÍ 6
	g	¿A menudo pierdes o se te olvidan cosas que necesitas? ¿Como la tarea escolar, lápices, o juguetes?	NO SÍ 7
	h	¿A menudo te distraes fácilmente con estímulos irrelevantes (Como sonidos o cosas fuera de tu cuarto)?	NO SÍ 8
	i	¿A menudo se te olvida hacer cosas que tienes que hacer todos los días (Como olvidarte de peinarte el pelo o cepillarte los dientes)?	NO SÍ 9
		<b>O 1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O1a-i?</b>	NO SÍ
<b>En los últimos 6 meses:</b>			
O 2	a	¿A menudo estas inquieto, mueves en exceso tus manos o pies? ¿No puedes permanecer quieto en tu asiento? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO SÍ 10
	b	¿A menudo abandonas tu asiento en clase cuando no se supone que lo hagas?	NO SÍ 11
	c	¿A menudo corres y trepas en cosas cuando no se supone que lo hagas? ¿Corres o trepas en cosas incluso cuando no quieres? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO SÍ 12
	d	¿A menudo tienes dificultad jugando sin hacer ruido?	NO SÍ 13
	e	¿Siempre estas en movimiento?	NO SÍ 14
	f	¿A menudo hablas demasiado?	NO SÍ 15
	g	¿A menudo das la respuesta antes de que la persona termine la pregunta?	NO SÍ 16



h	¿A menudo tienes dificultad esperando tu turno?	NO	SÍ	17	
i	¿A menudo interrumpes a las demás personas? ¿Te entrometes cuando los demás están hablando o están ocupados?	NO	SÍ	18	
<b>O 2 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O2a-i?</b>		➡	NO	SÍ	
O3	¿Tuviste problemas prestando atención, siendo hiperactivo, o impulsivo antes de cumplir los 7 años?	➡	NO	SÍ	19
O4	¿Esto te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos?	➡	NO	SÍ	20
CODIFICAR <b>SÍ</b> , SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN DOS O MAS RESPUESTAS					

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **O1** RESUMEN & **O2** RESUMEN?

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **O1** RESUMEN Y CODIFICÓ **NO** EN **O2** RESUMEN?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad CON DÉFICIT DE ATENCIÓN</i>	

¿CODIFICÓ **NO** EN **O1** RESUMEN Y CODIFICÓ **SÍ** EN **O2** RESUMEN?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad HIPERACTIVO /IMPULSIVO</i>	

## P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)

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

<b>P1</b>	<b>En el último año:</b>				
	a	¿Has molestado, amenazado o intimidado a otros?	NO	SÍ	1
	b	¿Has iniciado peleas físicas?	NO	SÍ	2
	c	¿Has usado un arma que pudiera herir a alguien? ¿Como un cuchillo, una pistola, un bate u otro objeto?	NO	SÍ	3
	d	¿Has herido a una persona intencionalmente?	NO	SÍ	4
	e	¿Has herido a un animal intencionalmente?	NO	SÍ	5
	f	¿Has robado algo usando la fuerza? ¿Como robar a mano armada, arrebatarse el bolso a alguien?	NO	SÍ	6
	g	¿Has forzado a alguien a una actividad sexual?	NO	SÍ	7
	h	¿Has empezado un fuego deliberadamente con la intención de causar daños graves?	NO	SÍ	8
	i	¿Has destruido deliberadamente cosas pertenecientes a otras personas?	NO	SÍ	9
	j	¿Has asaltado la casa o el automóvil de alguien?	NO	SÍ	10
	k	¿Has mentido repetidamente para obtener cosas de otras personas o para evitar obligaciones? ¿Engañas a otras personas para conseguir lo que quieres? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	11
	l	¿Has robado cosas de valor (Como robar en las tiendas, falsificar un cheque)?	NO	SÍ	12
	m	¿A menudo has permanecido fuera de tu casa mas tarde de lo que te permiten tus padres? ¿Empezaste a hacer esto antes de cumplir los 13 años? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	13
	n	¿Te has escapado de casa al menos 2 veces?	NO	SÍ	14
	o	¿A menudo has faltado a la escuela? ¿Empezaste a hacer esto antes de cumplir los 13 años? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	15
		<b>P1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE P1a-o?</b>	➡	NO	SÍ
		<b>¿HAY POR LO MENOS UNA PRESENTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ?</b>	➡	NO	SÍ
<b>P2</b>		¿Este comportamineto te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	16

¿ CODIFICÓ SÍ EN P1 RESUMEN & P2 ?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>TRASTORNO DE LA CONDUCTA ACTUAL</b>	

## Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

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

**Q1 En los últimos seis meses:**

a ¿Has perdido el control de ti mismo con frecuencia?	NO	SÍ	1
b ¿Has discutido a menudo con adultos?	NO	SÍ	2
c ¿A menudo te niegas a hacer lo que los adultos te piden? ¿Te niegas a seguir las reglas?	NO	SÍ	3
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
d ¿Has enojado a propósito con frecuencia a otras personas?	NO	SÍ	4
e ¿Con frecuencia culpas a otras personas por tus errores o tu mal comportamiento?	NO	SÍ	5
f ¿ Con frecuencia estas susceptible o te enojas fácilmente con otras personas?	NO	SÍ	6
g ¿Has sentido a menudo coraje o resentimiento contra otras personas?	NO	SÍ	7
h ¿Te has sentido a menudo rencoroso o vengativo contra alguien que te trató mal?	NO	SÍ	8

**Q1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 4 O MAS RESPUESTAS DE Q1a-h?**

➡  
NO SÍ

**Q2 ¿Estos comportamientos te causaron problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿o con tus amigos?**

➡  
NO SÍ 9

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN Q1 RESUMEN & Q2 ?

**NO SÍ**  
**TRASTORNO NEGATIVISTA**  
**DESAFIANTE**  
**ACTUAL**

## R. TRASTORNOS PSICÓTICOS

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **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, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

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

		Ahora te voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.		EXTRAÑAS	
R1	a	¿Alguna vez, has creído que secretamente la gente te mira? ¿Alguna vez, has creído alguien te esta persiguiendo o trata de hacerte daño? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO	NO	SÍ	SÍ 1
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 2 ➡R6
R2	a	¿Alguna vez, has creído que alguien estaba leyendo tu mente? ¿O que alguien podía escuchar tus pensamientos? ¿O tu podías leer lo que estaba en la mente de otra persona? ¿O podías escuchar lo que estaban pensando?	NO	SÍ	SÍ 3
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 4 ➡R6
R3	a	¿Alguna vez ha creído, que alguien o algo puso pensamientos en tu mente que no eran los tuyos? ¿Has creído que alguien o algo te hizo actuar de una manera no usual en tí? NOTA: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO	NO	SÍ	SÍ 5
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 6 ➡R6
R4	a	¿Alguna vez ha creído, que te enviaban mensajes especiales a través de el televisor o la radio? ¿A través de tus juguetes? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	SÍ 7
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 8 ➡R6
R5	a	¿Alguna vez han considerado tus familiares o amigos que algunas de tus creencias son extrañas o poco usuales? Me puedes dar un ejemplo.  ENTREVISTADOR/A: CODIFIQUE SÍ SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES Y NO HAN SIDO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS DE R1 A R4, POR EJEMPLO, SOMÁTICOS O RELIGIOSOS O GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ 9
	b	SI SÍ: ¿Actualmente, creen los demás que tus ideas son extrañas?	NO	SÍ	SÍ 10

R6	a	¿Alguna vez, has escuchado cosas que otras personas no pueden escuchar, como voces? [LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE]:	NO	SÍ	11
		<b>SI SÍ:</b> ¿Escuchaste una voz hablando de tí? Escuchaste más de una voz hablando?			
	b	<b>SI SÍ:</b> ¿Has escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12
R7	a	¿Alguna vez, has tenido visiones o ha visto cosas que otros no pueden ver? NOTA: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS	NO	SÍ	13
	b	<b>SI SÍ:</b> ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):</b>					
R8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE, INCOHERENTE DESORGANIZADO, O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
R9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
R10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA [UN APLANAMIENTO AFECTIVO INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA] ?	NO	SÍ	17

R11 ¿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
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>	

R12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS « a »?  
O  
¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS « a »?  
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO

NO	YES	18
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>		

R13 ¿CODIFICÓ SÍ EN R11 Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR O CODIFICÓ SÍ EPISODIO MANÍACO, (ACTUAL O PASADO)?

NO SÍ

R14 SI CODIFICÓ SÍ EN R12:

¿Tenías estas creencias o experiencias que me acabas de describir; [DE EJEMPLOS AL PACIENTE] solamente cuando te sentías deprimido(a)? ¿Éxaltado(a)? ¿Irritable?

19

NO SÍ

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

## S. ANOREXIA NERVIOSA (opcional)

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

M1	a	¿Cuál es tu estatura?	<input type="checkbox"/> pies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulg.
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm.
	b	¿En los últimos tres meses, cual ha sido tu peso más bajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras.
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kgs.
		¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN) ?	➡ NO SÍ

		<b>En los últimos tres meses:</b>			
S2		¿Has tratado de no engordar?	➡	NO SÍ	1
S3		¿Has tenido miedo de ganar peso? ¿Has tenido miedo a ponerte gordo(a)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡	NO SÍ	2
S4	a	¿Has pensado que te ves muy gordo(a)? ¿Has pensado que tu cuerpo no es atractivo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA		NO SÍ	3
	b	¿La opinión que tienes de ti mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de ti mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA		NO SÍ	4
	c	¿Has pensado que tu bajo peso no es un problema serio?		NO SÍ	5
S5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE S4?	➡	NO SÍ	
S6		SOLO PARA NIÑAS EN LA PUBERTAD: ¿En los últimos tres meses, dejaste de tener todos tus periodos menstruales, aunque debiste tenerlos (cuando no estabas embarazada)?		NO SÍ	6

PARA NIÑAS : ¿CODIFICÓ SÍ EN S5 Y S6?

PARA NIÑOS : ¿CODIFICÓ SÍ EN S5?

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

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

<b>Mujer Estatura/Peso</b>		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	
pies/pulg.																
lbs.		84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cms		144.8	147.3	149.9	152.4	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	
kgs		38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
<b>Hombre Estatura/Peso</b>		5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
pies/pulg.																
lbs.		105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cms		154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	180.3	182.9	185.4	188.0	190.5
kgs		47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

## T. BULIMIA NERVIOSA (optional)

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

En los últimos tres meses:				
T1	¿Te has dado atracones? Un "atacón" es cuando comes una gran cantidad de alimentos en un período de 2 horas.	➡ NO	SÍ	7
T2	¿Te has dado 2 atracones o mas por semana?	➡ NO	SÍ	8
T3	¿Durante un atracón, has sentido que no te puedes controlar?	➡ NO	SÍ	9
T4	¿Trataste de hacer algo para evitar ganar peso? ¿Como inducir el vómito o ejercitarte en exceso? ¿Tratar de no comer por uno o mas días? ¿Tomar pastillas que te hacen ir mas al bano? ¿ O tomar otro tipo de pastillas para evitar ganar peso? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	10
T5	¿La opinión que tienes de tí mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de tí mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	11
T6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a O8	SÍ	
T7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kgs.)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVOSA.)	NO	SÍ	15
T8	¿CODIFICÓ SÍ EN T5 O CODIFICÓ NO EN T7 O SALTÓ A O8?	NO                      SÍ  <b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>		
T9	¿CODIFICÓ SÍ EN T7?	NO                      SÍ  <b>ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo/Purgativo ACTUAL</b>		



## U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➡ SIGNIFICA: IR AL FINAL DEL TRASTORNO, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

*Salte este trastorno si la ansiedad del paciente se restringe exclusivamente o es mejor explicada por cualquiera otro de los trastornos previamente investigados.*

U1	a <b>En los últimos 6 meses</b> , ¿te has preocupado mucho o has estado nervioso? has preocupado mucho o has estado nervioso por varias cosas (Como la escuela, tu salud, o que pueda pasar algo malo)? ¿Has estado mas preocupado que otros niños de tu edad? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	1
	b ¿Te preocupas casi todos los días? CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	➡ NO	SÍ	2
		➡ NO	SÍ	3
U2	¿Se te hace difícil dejar de preocuparte? ¿Estas preocupaciones interfieren para concentrarte en lo que haces? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	4
U3	PARA LAS SIGUIENTES, CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.  Cuando estas preocupado, casi todo el tiempo:			
	a ¿Te sientes inquieto o intranquilo?	NO	SÍ	5
	b ¿Te sientes tenso?	NO	SÍ	6
	c ¿Te sientes cansado o débil?	NO	SÍ	7
	d ¿Se te hace difícil prestar atención?	NO	SÍ	8
	e ¿Te sientes molesto o malhumorado?	NO	SÍ	9
	f ¿Tienes dificultad durmiendo casi todas las noches ( "dificultad durmiendo" significa dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche o demasiado temprano, o dormir en exceso)?	NO	SÍ	10
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE U3a-f?			

**NO**                      **SÍ**  
**Trastorno de Ansiedad**  
**Generalizada**  
**ACTUAL**

## V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

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

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

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

- |    |  |         |         |   |
|----|--|---------|---------|---|
| V1 | ¿Tienes mucho estrés por algo? ¿Esto te molesta o empeora tu comportamiento?<br>CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA   | ➡<br>NO | SÍ      | 1 |
|    | [Entre los ejemplos está la ansiedad/depresión/quejas físicas; mala conducta como pelear manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales].<br><br>ESTRESOR IDENTIFICADO: _____<br>FECHA EN QUE COMENZÓ EL ESTRESOR: _____ |         |         |   |
| V2 | ¿Estos problemas de conducta o que te hacían sentir molesto comenzaron poco después de que empezaron los factores estresantes?<br>[¿Dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?]  | ➡<br>NO | SÍ      | 2 |
| V3 | a ¿Este estrés te molesta mas que lo que molestaría a otros niños de tu edad?  | ➡<br>NO | SÍ      | 3 |
|    | b ¿Te causan estos problemas dificultades en la escuela?<br>¿Dificultades en tu casa? ¿Dificultades con tu familia o con tus amigos?<br>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA   | ➡<br>NO | SÍ      | 4 |
| V4 | ¿ESTOS SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA SON CAUSADOS EN SU TOTALIDAD POR LA PÉRDIDA DE UN SER AMADO (DUELO) Y SON SIMILARES EN SEVERIDAD, NIVEL DE INCAPACIDAD Y DURACIÓN A LO QUE OTROS SUFRIRÍAN BAJOS CIRCUNSTANCIAS SIMILARES? (SI ES ASÍ, ESTO ES DUELO)                              |         |         |   |
|    | ¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO?  | ➡<br>NO | SÍ      | 5 |
| V5 | ¿Estos problemas han continuado a pesar de que el estrés ya terminó?<br>¿Estos problemas han continuado por más de 6 meses desde que el estrés desapareció?<br>CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA  | NO      | ➡<br>SÍ | 6 |

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA?:

CALIFICADORES:  
apropiados.

Marcar todos los que sean

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

SI MARCÓ:

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

SI CODIFICÓ SÍ EN V1 Y V2 Y (V3a or V3b), Y CODIFICÓ NO EN V5,  
ENTONCES CODIFIQUE SÍ EN EL TRASTORNO CON CALIFICADOR.

SI NO, CODIFIQUE EL TRASTORNO COMO AUSENTE.

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

**ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA**

## Anexo F: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

### AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos *una bebida* se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas *una bebida*:



12 oz. de  
cerveza  
(aprox. 5%  
de alcohol)

=



8-9 oz. de  
licor de malta  
(aprox. 7%  
de alcohol)

=



5 oz. de  
vino  
(aprox. 12%  
de alcohol)

=



1.5 oz. de  
alcohol  
(aprox. 40%  
de alcohol)

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
						<b>Total</b>

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio [www.niaaa.org](http://www.niaaa.org) está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

## Anexo G: Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

### Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una x en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

## Anexo H: Woman Abuse Screening Tool (WAST)

### Instrumento WAST versión adaptada

**Subraye la opción que mejor describa su experiencia**

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?  
Estresante  
Un poco estresante  
Nada estresante
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:  
Mucha dificultad  
Algo de dificultad  
Sin dificultad
3. Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída o mal con usted misma?  
Muchas veces  
A veces  
Nunca
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas, o empujones?  
Muchas veces  
A veces  
Nunca
5. ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?  
Muchas veces  
A veces  
Nunca
6. Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?  
Muchas veces  
A veces  
Nunca
7. Su pareja ¿la insulta, grita, humilla y descalifica verbalmente?  
Muchas veces  
A veces  
Nunca
8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?  
Muchas veces  
A veces  
Nunca

Las respuestas son evaluadas con la puntuación de 3 la más alta, 2 la intermedia y 1 la ausencia.

Valor máximo 24 puntos y valor mínimo de 8.

El punto de corte para la interpretación es 15 (menos de 15p no agredidas), más de 15 agresión.