



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA DUAL EN PSIQUIATRÍA.

Alumno (Apellidos, nombre): **Manzanera Teruel, Nerea**

Tutor (Apellidos, nombre): **Piñol Moreso, Josep Lluís**

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2016-2017

RESUMEN

En la actualidad, existe un gran incremento de personas que son diagnosticadas de patología dual. La patología dual hace referencia a un trastorno psiquiátrico y otro, asociado al uso de sustancias. **Objetivos:** Conocer la prevalencia de patología dual psiquiátrica en pacientes consumidores de drogas en el centro de salud mental de El Palmar y en el Hospital psiquiátrico Román Alberca así como comparar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes a estudio que presenten patología dual con los pacientes que tengan trastorno mental sin trastorno por uso de sustancia, establecer el grado de asociación entre los trastornos relacionados con sustancias con los no relacionados más prevalentes en los pacientes con patología dual y observar la asociación entre el tipo de trastorno mental y la presencia de patología dual. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal observacional. 192 casos a estudio con edades comprendidas entre 18 y 65 años, atendidas en el Hospital psiquiátrico Román Alberca y del centro de salud mental El Palmar de la ciudad de Murcia, que estén diagnosticados de trastornos mentales agudos o crónicos y/o trastorno mental relacionado con el uso de sustancias. El estudio estará dirigido por dos enfermeras encargadas de la investigación. Para el análisis comparativo de las variables cualitativas se empleará la prueba de la Chi-cuadrado, que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos y posteriormente, se realizará el cálculo de Odds Ratio (OR) para valorar el grado de asociación entre un factor de riesgo y una enfermedad.

Palabras clave: trastornos relacionados con sustancias, diagnóstico dual, enfermos mentales, efectos de drogas, trastornos mentales.

ABSTRACT

Nowadays, there are a big amount of people that they are been diagnosed of Dual psychiatric pathology. Dual pathology is a psychiatric disorder and another which have relation to use of substances. **Objectives:** know the dual psychiatric pathology's prevalence in patients which are drug users in El Palmar's mental health center and Roman Alberca's psychiatric hospital as well as compare the clinic and sociodemographic characteristics of patients studied that they present dual pathology with patients with mental disorders without substance use disorder, establish the degree of association between substance-related disorders and non-related disorders more prevalent in patients with dual pathology and observe the association about the type of mental disorder and dual psychiatric pathology presence. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study. 192 cases under study with ages between 18 and 65 years. The patients will be attendant in El Palmar's mental health center and Roman Alberca's psychiatric hospital. They must have diagnosis of Acute or chronic mental disorders and / or substance use related mental disorder. The study will be directed by two nurses. For the comparative analysis of the qualitative variables the test will be used is Chi-Cuadrado because it is compare the distribution that is observed in dates with a distribution which is expected and then, the Odds Ratio (OR) will be calculated to assess the degree of association between a risk factor and a disease.

Keywords: Substance-related disorders, Diagnoses dual psychiatric, mental patients, Drug effects, mental disorders.

ÍNDICE

<i>Resumen</i>	<i>I</i>
<i>Abstract</i>	<i>II</i>
ESTRUCTURA DE LA PREGUNTA CLÍNICA Y FORMULACIÓN EN FORMATO PICO.	1
1. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	1
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	5
2.3. Hipótesis	5
3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS	5
4. DISEÑO Y MÉTODOS	6
4.1. Tipo de diseño:	6
4.2. Población de estudio:	6
4.3. Método de recogida de datos:	7
4.4. Variables:	9
4.5. Estrategia análisis estadístico:	11
4.6. Estrategia de búsqueda:	11
5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO	13
6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS	14
7. PROBLEMAS ÉTICOS	14
8. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO	15
9. PRESUPUESTO	16
10. BIBLIOGRAFÍA	17

ESTRUCTURA DE LA PREGUNTA CLÍNICA Y FORMULACIÓN EN FORMATO PICO.

- En pacientes atendidos en centros psiquiátricos del pueblo El Palmar (Murcia), ¿el abuso de drogas aumenta la frecuencia de desarrollar patología dual psiquiátrica?

Pacientes	Intervención	Resultados
Pacientes	Abuso de drogas	Diagnóstico dual (psiquiatría)

Términos MeSH.

Términos MeSH		
Mental patients	drug abuse	Diagnoses, dual psychiatric

1. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define droga como toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste.

El uso y consumo de las drogas data desde el inicio de la humanidad.

En un primer momento, las drogas se usaban de modo religioso y chamánico, donde la población europea y americana hacía usanza de hongos alucinógenos para entrar en estados donde poder adivinar el futuro. Además, ya se consumía sulfuro, *cannabis* y tabaco¹.

Más tarde, estas sustancias psicoactivas empezaron a utilizarse de forma medicinal creándose una industria “pharmacoepa”. En este periodo, destacan Hipócrates por la utilización de la medicina naturalista y por la prescripción de medicamentos y Herófilo, médico que utilizaba el eléboro

blanco o negro, para tratar la locura. Fue Arnaud de Villanova, quien en el año 1300, introdujo en España el alcohol como desinfectante¹.

Por último, destaca la introducción de las drogas en los usos cotidianos de la vida. Ya con el alcohol en España, los hombres celebraban reuniones donde el vino era la bebida por excelencia pues ayudaba a vencer el miedo e incluso, a desafiar al prójimo. Shakespeare cuenta en sus obras que, en las tabernas propias del Renacimiento, se servía cerveza tibia con mandrágora rayada, una droga muy peligrosa, ya que tiene un alto contenido en atropina¹.

Hoy en día, las drogas están diseñadas para tratar todo tipo de sentimientos, desde el mal de amores, resolución de problemas hasta la obtención de alucinaciones, marcadas por percepciones o sensaciones distorsionadas. Cuando una persona se vuelve adicta a los sentimientos producidos por las sustancias psicoactivas, el deseo de consumir se compulsiviza¹.

Las sustancias psicoactivas se han ido introduciendo en nuestra sociedad de manera paulatina afectando a todos los grupos poblacionales y generando graves consecuencias en la salud pública como dependencia, afectación económica y social, delincuencia, promiscuidad sexual, transmisión de enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis B y C)².

Los adultos contribuyen al consumo de drogas de manera importante. Sin embargo, se está volviendo un gran problema el uso de las drogas en la población adolescente ya que la edad de comienzo está siendo cada vez menor, incrementando así, las consecuencias que pueden originar estas sustancias en la salud³.

En España, existe mayor percepción de riesgo en personas que consumen de forma frecuente heroína, cocaína, alucinógenos y éxtasis que en aquellas que solamente las usan en su tiempo de recreo⁴.

Según Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, el consumo de *cannabis* y de cocaína ha aumentado en nuestro país en un 50% en la población de entre 15 a 64 años siendo estas drogas ilegales las más

consumidas junto con el éxtasis. A su vez, las drogas legales más utilizadas son el alcohol y el tabaco⁴.

El alcohol, es la droga legal más presentada en el policonsumo, alcanzando un 95%, seguido del *cannabis*, con un 60%. El policonsumo de sustancias psicoactivas se puede observar con frecuencia en nuestra sociedad, agravando las consecuencias debido a las interacciones de unas sustancias con otras y al aumento de la toxicidad de las drogas pudiendo ocasionar trastornos mentales^{4,5}.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), define trastorno mental como síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental⁶.

Se tiene constancia de que en los centros de Atención Primaria de España, ha aumentado considerablemente el número de personas que acuden a las consultas con trastornos mentales. Además, la patología dual, está empezando a tener notable importancia entre los profesionales sanitarios debido a su incremento en la población⁷.

La patología dual hace referencia a dos enfermedades atribuidas a un mismo individuo. En nuestro caso, un trastorno psiquiátrico y otro, asociado al uso de sustancias⁸.

En España, según Roncero C et al (2016), la prevalencia de patología dual se encuentra entre el 25% y el 70%, variando en función del lugar en el que se realiza la investigación⁹.

En un estudio piloto realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) en 2013, se mostró que hay una prevalencia del 34%, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente que en la de salud mental¹⁰.

La comorbilidad de esta enfermedad provoca un aumento en el uso de los servicios sanitarios, ingresos en las unidades de salud mental, alta tasa de suicidios, recaídas y abandono del tratamiento, agravando la patología y disminuyendo significativamente la calidad de vida de las personas afectadas. Esto sucede por no haber conciencia de padecimiento de una enfermedad

además de los efectos secundarios provocados por las sustancias consumidas¹¹.

En el estudio de Roncero C et al (2013), los profesionales sanitarios deben ofrecer una buena psicoeducación, habilidades para incrementar la motivación así como un tratamiento individualizado para cada uno de ellos¹².

En vista al creciente número de personas que padecen patología dual, hemos decidido llevar a cabo este proyecto de investigación para poder observar si al consumir drogas aumenta la probabilidad de desarrollar trastorno mental. Además, pensamos que es importante la atención integral desde la perspectiva de Atención Primaria, brindando una atención que cubra las necesidades y resuelva los problemas que le afecten tanto al paciente como a su entorno. Es por ello que, los profesionales sanitarios de Atención Primaria, de centros privados así como de unidades de hospitalización de salud mental deben de estar entrenados para saber cómo actuar ante este tipo de pacientes. En primer lugar, brindar compromiso facilitándole estrategias para una buena adherencia al tratamiento farmacológico y en segundo lugar, inducir a un proceso terapéutico para abandonar el consumo de drogas, previo acuerdo con la familia y el paciente. La atención que se le proporciona al paciente con esta enfermedad, incluye la participación de un equipo multidisciplinar constituido principalmente por médicos, terapeutas, psicólogos y enfermeros. La intervención enfermera es decisiva para ofrecer una correcta Educación Para la Salud (EPS) y brindar unos cuidados de calidad basados en la evidencia. Se deben planificar actividades para mejorar la autoestima, prevenir la depresión, disminuir el estrés ante la nueva situación y minimizar los efectos secundarios propios del síndrome de abstinencia sufrido por los pacientes en fase de desintoxicación.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo general

- Conocer la prevalencia de patología dual psiquiátrica en pacientes consumidores de drogas en el centro de salud mental de El Palmar y en el Hospital psiquiátrico Román Alberca.

2.2. Objetivos específicos

- Comparar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes a estudio que presenten patología dual con los pacientes que tengan trastorno mental sin trastorno por uso de sustancia.
- Establecer el grado de asociación entre los trastornos relacionados con sustancias con los no relacionados más prevalentes en los pacientes con patología dual.
- Observar la asociación entre el tipo de trastorno mental y la presencia de patología dual.

2.3. Hipótesis

- Los trastornos mentales aparecen con mayor frecuencia en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que en aquellos que no consumen o que consumen esporádicamente.
- Se espera encontrar diferencias con respecto al género.
- Se esperan hallar diferencias en los perfiles de los pacientes en relación al trastorno mental que padecen.

3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio servirán para planificar los recursos necesarios para que los profesionales de Atención Primaria puedan aplicar las mejores evidencias científicas en la práctica y así, dar un servicio de mayor calidad al usuario y poder mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico dual psiquiátrico, pero también, para disminuir la prevalencia de aquellos que aún no la han desarrollado.

Los recursos más útiles pueden ser:

- Cursos dirigidos a los profesionales sanitarios con el objetivo de ser entrenados para poder tratar de manera correcta a los pacientes psiquiátricos.

- Cursos dirigidos a los pacientes consumidores de drogas, para eliminar o disminuir la dependencia a sustancias psicoactivas.
- Valoración de la necesidad de seguimiento de los pacientes con patología dual psiquiátrica para poder satisfacer las necesidades de información surgidas.

Si se desarrolla un protocolo o guía clínica para pacientes con patología dual psiquiátrica, se podrá tener oportunidad de medir y relacionar los datos obtenidos en el presente proyecto de investigación con los adquiridos con posterioridad. Asimismo, se podrá ir distribuyendo el protocolo o guía clínica por los centros de salud mental de la Región de Murcia para trabajar de manera coordinada y efectiva ante este grupo de pacientes.

4. DISEÑO Y MÉTODOS

4.1. Tipo de diseño:

Estudio descriptivo transversal observacional.

4.2. Población de estudio:

La población de estudio estará constituida por pacientes atendidos en el Hospital psiquiátrico Román Alberca y del centro de salud mental El Palmar de la ciudad de Murcia, que estén diagnosticados de trastornos mentales agudos o crónicos y/o trastorno mental relacionado con el uso de sustancias y que presenten una edad comprendida entre 18-65 años, ya que en edades superiores el grado de autonomía desciende significativamente.

El estudio estará dirigido por dos enfermeras encargadas de la investigación y se llevará a cabo en el Hospital psiquiátrico Román Alberca y en el centro de salud mental El Palmar del Área I, cuyo hospital de referencia es el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Este hospital se encuentra ubicado en la pedanía de El Palmar, a unos 10 km de la ciudad de Murcia. Ofrece una cobertura de asistencia especializada a la población adscrita a su área de 253.369 habitantes y tiene un total de 863 camas. Además, es el hospital de referencia regional para las

especialidades de cirugía cardiovascular y torácica, cirugía cardíaca infantil, cirugía maxilofacial, cirugía plástica y quemados, cirugía y pediatría neonatológica, neurocirugía, oncología médica y oncología radioterápica, hemodinámica, medicina nuclear y coordinación y actividad de trasplantes¹⁴.

Los criterios de inclusión son: edades entre 18-65 años, pacientes que presenten abuso o dependencia de sustancias o algún trastorno psiquiátrico, que acepten participar en el estudio, ser autónomo, pacientes adscritos al hospital psiquiátrico o al centro de salud mental.

Los criterios de exclusión son: aquellos pacientes que no presenten el consentimiento informado para poder empezar la investigación y los que no se encuentren mentalmente capacitados para realizar los cuestionarios y/o entrevistas.

Con respecto al tamaño muestral, para conseguir una precisión del 10% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintomático normal del 95% bilateral, asumiendo que la proporción es del 50%, será necesario incluir 96 casos en el centro 1 de estudio.

Para conseguir una precisión del 10% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintomático normal al 95% bilateral, asumiendo que la proporción es del 50%, será necesario incluir 96 casos en el centro 2 de estudio.

En total, será incluirán 230 casos en el estudio (pérdidas estimadas de un 15%).

A ambos grupos, se le realizarán las correspondientes entrevistas, cuestionarios, etc.

4.3. Método de recogida de datos:

La recogida de datos se llevará a cabo en los centros elegidos para el estudio, de manera individual para cada participante, proporcionando un ambiente apropiado para facilitar la relación terapéutica con el paciente. Los participantes deberán firmar un consentimiento informado **ANEXO 1**. Las enfermeras obtendrán la información directamente de los pacientes que se van

a someter al estudio a través de métodos observacionales, MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 **ANEXO 2**, para determinar trastornos mentales en los pacientes drogodependientes, y a su vez se cumplimentará la misma entrevista tomando los módulos K y J pertenecientes a consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. También se realizará, un cuestionario de características demográficas **ANEXO 3**, diseñado para todos los pacientes a estudio. Se revisarán las historias clínicas de los pacientes para completar la información aportada por los diferentes profesionales sanitarios.

Los datos recogidos quedarán guardados en una carpeta individual para cada paciente. Toda la información obtenida formará parte de una base de datos única que poseerán las enfermeras encargadas del estudio.



4.4. Variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE RECOLECCIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Patología dual	-Dependiente -Cualitativa dicotómica	- Presencia o ausencia de patología dual	Nominal	-MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 -Historia clínica	-Encuesta -Revisión de datos recogidos en historia clínica

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE RECOLECCIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Sexo	-Independiente -Cualitativa dicotómica	- Masculino o femenino	Nominal	Cuestionario de características sociodemográficas	Encuesta
Edad	-Independiente -Cuantitativa	-18-64 años	Ordinal	Cuestionario de características sociodemográficas	Encuesta
Estado civil	-Independiente -Cualitativa politómica	-Soltero/a, casado/a, unión libre, divorciado/a, viudo/a	Nominal	Cuestionario de características sociodemográficas	Encuesta
Estudios	-Independiente -Cualitativa politómica	- Sin estudios, primarios, secundarios, universitarios, otros	Ordinal	Cuestionario de características sociodemográficas	Encuesta
Situación laboral	-Independiente -Cualitativa politómica	- Labores domésticas sin remuneración, activo, sin trabajar, incapacitado, jubilado, otra situación	Nominal	Cuestionario de características sociodemográficas	Encuesta
Patología orgánica no psiquiátrica asociada	-Independiente -Cualitativa politómica	- Presente o ausente	Nominal	Cuestionario de características sociodemográficas	Revisión de datos recogidos en historia clínica

Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas	-Independiente -Cualitativa politómica	- Alcohol, estimulantes, cocaína, narcóticos, alucinógenos, inhalantes, marihuana, tranquilizantes, otras sustancias.	Nominal	- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0, modulo K y J -Historia clínica del paciente	-Encuesta -Revisión de datos recogidos en historia clínica
Presencia de 2 ó más diagnósticos psiquiátricos	-Independiente -Cualitativa dicotómica	-Sí o No	Nominal	-MINI Entrevista -Historia clínica del paciente	-Encuesta -Revisión de datos recogidos en historia clínica
Consumo de 2 ó más sustancias	-Independiente -Cualitativa dicotómica	-Sí o No	Nominal	-MINI Entrevista -Historia clínica del paciente	-Encuesta -Revisión de datos recogidos en historia clínica
Tipo de trastorno mental no relacionado con sustancias	-Independiente -Cualitativa politómica	-Episodio depresivo mayor, Trastorno distímico, Riesgo de suicidio, Episodio (hipo)maníaco, Trastorno de angustia, Agorafobia, Fobia social, Trastorno obsesivo compulsivo, Estado por estrés	Nominal	-MINI Entrevista -Historia clínica del paciente	-Encuesta -Revisión de datos recogidos en historia clínica

4.5. Estrategia análisis estadístico:

Para el análisis comparativo de las variables cualitativas se empleará la prueba de la Chi-cuadrado, que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos y posteriormente, se realizará el cálculo de Odds Ratio (OR) para valorar el grado de asociación entre un factor de riesgo y una enfermedad.

Los datos obtenidos a lo largo del estudio, se utilizarán por el software IPM SPSS Statistics 19 para darle unos resultados estadísticos.

4.6. Estrategia de búsqueda:

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica de todos los artículos relacionados con drogas, patología dual, trastornos mentales.

Tras la búsqueda inicial, se han descartado aquellos artículos sin posibilidad de acceder al texto completo, en idiomas distintos al inglés o español y con una antigüedad de más de cinco años.

Al insertar las palabras clave para realizar la búsqueda, se han excluido aquellos artículos que no guardaban relación con los temas tratados. De los artículos que guardaban cierta relación, se han leído los resúmenes y posteriormente, se han elegido los que más se acercaban a nuestros objetivos. Así, al leer los artículos elegidos, se han eliminado aquellos que no se centraban exactamente en lo que se pretendía comunicar y finalmente, se ha decantado por los que se centran de forma más exacta a nuestro trabajo.

Se utilizaron las siguientes palabras clave del buscador DeCS:

DeCS Español	Trastornos relacionados con sustancias	Diagnóstico dual	Enfermos mentales	Efectos de drogas	Trastornos mentales
DeCS Inglés	Substance-Related Disorders	Diagnoses, dual (psychiatric)	Mentally ill persons	Drug effects	Mental disorders

La búsqueda después de lo descrito anteriormente ha quedado de la siguiente manera:

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LIMITACIONES	NÚMERO DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS RELEVANTES
PUBMED	(drug effects) AND Diagnoses, dual	Clinical trial and review Free full text 5 years Humans	50	18
LILACS	(tw:(drug effects)) AND (tw:(Substance- Related Disorders))	Texto completo 5 años Inglés Español	784	67
	Efectos drogas AND diagnóstico dual		106	23
	(tw:(diagnóstico dual)) AND (tw:(enfermos mentales))		4	1
SCIELO	Trastornos mentales AND drogas	Texto completo 5 años Inglés Español	1	1
COCHRANE PLUS	(Efectos drogas) AND (Enfermos mentales)	5 años Inglés Español	1	0
GOOGLE ACADÉMICO	Diagnóstico dual AND Efectos de drogas	5 años Español No citas No patentes	3150	43
	Trastornos mentales AND patología dual		7550	157

Para la búsqueda de artículos, se han utilizado diferentes bases de datos de acuerdo a nuestros objetivos.

Entre las bases de datos bibliográficas internacionales utilizadas están:

Pubmed: es un sistema de búsqueda gratuito que permite el acceso a las bases de datos bibliográficas compiladas por la National Library of Medicine

(NLM): Medline, Genbank, Complete Genoma, etc. Esta base de datos incluye aproximadamente 23 millones de referencias de artículos biomédicos desde 1950. Su idioma es el inglés.

LILACS: Literatura Lationamericana y del Caribe en CC de la Salud. Abarca literatura científica y técnica en Salud de América Latina y del Caribe. Desde 1986 apoya el aumento de la visibilidad, el acceso y a la calidad de la información. Esta base de datos está integrada junto con la herramienta Scielo. Su idioma es el español, portugués e inglés.

Además, se ha recurrido a documentación a texto completo como Scielo, una biblioteca virtual formada de una colección de revistas editadas en España/otros países de Ciencias de la Salud, seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos. Su idioma es el español, portugués e inglés.

Se ha utilizado a su vez, Cochrane Plus, una base de datos de revisiones sistemáticas supervisada por expertos. Reúne información fiable para guiar las decisiones en la atención sanitaria. El acceso es gratuito en todo el territorio español, debido a la suscripción realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Su idioma es el inglés, pero sus resúmenes están en español.

Por último, se ha hecho uso de un motor de búsqueda, como es Google académico, herramienta programada para la localización y recuperación de información en la red.

5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

El estudio tendrá una duración de 1 año y 8 meses.

El comienzo de éste será en el mes de enero para finalizarlo por completo en el mes de agosto del siguiente año.

6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

La prevalencia de patología dual psiquiátrica se realizó por medio de cuestionarios y entrevistas a los participantes.

El primer sesgo que nos podemos encontrar en el estudio es el de selección, pues la población de estudio no está bien representada al haber pérdidas de pacientes por negativa a participar.

El segundo sesgo es el de información o clasificación, que ocurre cuando hay una medición inadecuada. En nuestro estudio se puede ver el efecto Hawthorne o sesgo del observado y miedo escénico de los participantes que puede hacer que sus respuestas en el cuestionario o entrevista se modifiquen.

La validez externa podría ser una limitación, pero la muestra de los participantes es elevada, lo que puede considerarse una fortaleza del estudio, por lo que los resultados podrían trasladarse a otros centros psiquiátricos con pacientes similares a los nuestros.

7. PROBLEMAS ÉTICOS

Este proyecto será aprobado por el centro de salud mental de El Palmar y por el Hospital psiquiátrico Román Alberca y se realizará manteniendo las directrices de la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964) y, sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008), para incluir la participación de los candidatos en la investigación. Tras una explicación de los objetivos propuestos, se les pedirá la firma del consentimiento informado a todos los pacientes que se incluyan en el mismo.

No se utilizarán datos personales de las historias clínicas que no guarden relación con el tema a estudio. Además, la identidad de los pacientes será protegida en todo momento.

8. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Las actividades a realizar son las siguientes:

ACTIVIDAD 1: 2 meses

- Obtener información sobre el proyecto a realizar
- Presentar el estudio y nuestros objetivos
- Diseñar las actividades a realizar
- Calendario de reuniones
- Presentación cronograma

ACTIVIDAD 2: 5 meses

- Captar a los participantes
- Elaborar base de datos
- Diseño de las hojas de registro

ACTIVIDAD 3: 9 meses

- Puesta en marcha del estudio
- Recogida de datos de los pacientes a estudio

ACTIVIDAD 4: 4 meses

- Analizar los datos
- Elaborar un informe con los resultados y las conclusiones del estudio
- Difundir el estudio

	AÑO 1												AÑO 2								
MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	
ACTIVIDAD 1																					
ACTIVIDAD 2																					
ACTIVIDAD 3																					
ACTIVIDAD 4																					

9. PRESUPUESTO

DETALLES DE GASTOS		PRESUPUESTO		
		AÑO 1	AÑO 2	TOTAL
Equipamiento	-2 Ordenadores -2 Impresoras -Copias y papelería	1.500€ 200€ 30€	15€	1.745€
Material fungible	-CD's, pen drives, material de oficina	300€	300€	600€
Material bibliográfico	-Ejemplares actualizados de: NANDA, NOC, NIC -Bibliografía referente al objetivo del estudio	1.000€ 200€		1.200€
Movilización	-Congresos nacionales -Congresos internacionales		2.000€ 2.000€	4.000€
Personal	-2 enfermeras	26.000€	19.500€	45.500€
				53.045€

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Rossi L. Historia de las drogas y de sus usos. Intersecciones PSI [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Feb 20]. Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_3.pdf#page=20
2. Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. Salud pública Méx [Internet]. 2013 Feb [citado 2017 Feb 21]; 55(1): 67-73. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010&lng=es.
3. Vinet EV, Faúndez X. Alcohol and drugs use in adolescents assessed through the MMPI-A. Salud Ment [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Feb 21]; 35(3): 205-213. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300004&lng=es.
4. Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez-Franco E. Informe y las Estadísticas del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2016 [citado 2017 Feb 21]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_ESTADISTICAS_OEDT.pdf
5. Silva RP, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A. Diversidad y complejidad en el fenómeno de las drogas: el policonsumo simultáneo en estudiantes universitarios en una universidad, Cundinamarca–Colombia. Texto Contexto Enferm, Florianópolis [Internet]. 2012 [citado 2017 Feb 23]; 21 (Esp): 49-55. Disponible en: <http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21s-049.pdf>
6. [American Psychiatric Association](#). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Edición. América: 2013. 996p.
7. Echeburúa E, Salaberrí K, Cruz-Sáez M. Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. Terapia psicológica [Internet]. 2014 [citado

2017 Feb 23]; 32(1), 65-74. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>

8. Adam A. Un caso de patología dual: trastorno bipolar y abuso de cannabis. Gac. int. cienc. Forense [Internet]. 2016 Sept [citado 2017 Febr 26]; 20(1): 69-73. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5584768>

9. Roncero C, Szerman N, Terán A, Pino C, Vázquez JM, Velasco E, García-Dorado M, Casas M. Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Febr 26]; 10:1855-1868. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27698553>

10. Arias F, Szerman N; Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones [Internet]. 2013 [citado 2017 Feb 28]; 25 (1). Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/2EEM-ARIAS-Dual%20trastorno12-2-131.pdf>

11. Marín Navarrete R, Szerman N. Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. Salud Ment [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Mar 3]; 38(6): 395-396. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252015000600395&script=sci_arttext

12. Roncero C, Gómez-Baeza S, Vázquez JM, Terán A, Szerman N, Casas M, Bobes J. Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2013 [citado 2017 Mar 6]; 41(6):319-29. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/86/ESP/15-86-ESP-319-329-928433.pdf>

13. Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. Salud Ment [Internet]. 2012 Ago [citado 2017 Mar 8]; 35(4): 315-322. Disponible en:

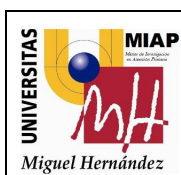
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400007&lng=es.

14. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. [Internet]. Ronda de Levante, 11, 30008, Murcia: Consejería de Salud de la Región de Murcia [citado 2017 Mar 27]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=347>



12. ANEXOS

❖ ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA DUAL EN PSIQUIATRÍA.

INVESTIGADOR: NEREA MANZANERA TERUEL

NÚMEROS DE TELÉFONO ASOCIADOS A LA INVESTIGACIÓN: 667595142

LUGAR: CENTRO DE SALUD MENTAL EL PALMAR Y HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

INTRODUCCIÓN: Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación sobre la patología dual. Por favor, pregunte al investigador principal en caso de tener alguna duda sobre el estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Tendrá por objetivo conocer la prevalencia de patología dual en el centro de salud mental y el hospital psiquiátrico a estudio.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado.

Yo, D/D^a _____,
con DNI _____, certifico que he sido informado/a con la correspondiente claridad y veracidad respecto al estudio que el profesional sanitario, NEREA MANZANERA TERUEL, con DNI 48706753-K, me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al estudio de investigación, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación.

En MURCIA, a _____ de _____ de _____.

FDO:

❖ ANEXO 2

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

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

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

Instrucciones generales

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

ENTREVISTA:

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

PRESENTACIÓN:

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

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

CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	
A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?	NO	SÍ	
					EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL

B. Trastorno distímico

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

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

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

C. Riesgo de suicidio

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

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

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

D. Episodio (hipo)maniaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de si 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>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

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

E. Trastorno de angustia

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

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

F. Agorafobia

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

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

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

¿CODIFICÓ NO EN F2 (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

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales. ➡ NO SÍ 1

G2 ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional? ➡ NO SÍ 2

G3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas? ➡ NO SÍ 3

G4 ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia? NO SÍ 4

FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO → H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER 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				

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 angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿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**

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

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

J2 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

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

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

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

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

NO	→ SÍ
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	

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

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

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

NO	SÍ
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				EXTRAÑOS	
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SÍ	SÍ 1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.					
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 2 ⇒ 16
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ 3
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 4 ⇒ 16
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	SÍ 5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.					
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 6 ⇒ 16
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ 7
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 8 ⇒ 16
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	SÍ 9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.					
	b	Si SÍ : ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ 10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ	SÍ 11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:					
		Si SÍ : ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ
	b	Si SÍ : ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ 12 ⇒ 18b

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si Sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
		o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?									
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
		o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO											
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ							
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

N. Bulimia nerviosa

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

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

NO SÍ
**TRASTORNO
DE ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y 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	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

❖ ANEXO 3



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

TÍTULO: DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA DUAL EN PSIQUIATRÍA.

INVESTIGADOR: NEREA MANZANERA TERUEL

NÚMEROS DE TELÉFONO ASOCIADOS A LA INVESTIGACIÓN: 667595142

LUGAR: CENTRO DE SALUD MENTAL EL PALMAR Y HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

• **Sexo:**

Masculino Femenino

• **Edad:** _____

• **Estado civil:**

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

• **¿Con quién vive usted?**

Solo/a Familia Institución Otros: _____

• **Nivel de estudios:**

Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Otros: _____

- **Situación laboral:**

Amo/a de casa Activo/a Desempleado/a
Incapacitado/a Jubilado/a Otros: _____

- **Patología orgánica no psiquiátrica asociada:**

- **Tipo de trastorno mental no relacionado con sustancias:**

Episodio depresivo mayor Trastorno distímico
Riesgo de suicidio Episodio (hipo) maníaco
Trastorno de angustia Agorafobia Fobia social
Estado por estrés postraumático Trastornos psicóticos
Anorexia nerviosa Bulimia nerviosa Trastorno de ansiedad
generalizada Trastorno antisocial de la personalidad

- **Tipo de sustancia psicoactiva que consume:**

Alcohol Estimulantes Cocaína Narcóticos
Alucinógenos Inhalantes Marihuana Tranquilizantes
Otras sustancias: _____

- **Presencia de dos o más diagnósticos psiquiátricos:** Sí No

- **Consumo de dos o más sustancias psicoactivas:** Sí No

- **Patología dual:** Presente Ausente