

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud



Trastornos mentales en mujeres expuestas a violencia de pareja que acuden a la consulta externa del Centro Comunitario de Salud Mental Tierra y Libertad y a la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica: enero 2020 - octubre 2020

Presentada por:

Dra. Christina González-Torres

Para obtener el grado de

Especialidad en Psiquiatría

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León

Monterrey, Nuevo León, México

1 de diciembre, 2020

TecSalud – Tecnológico de Monterrey

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Escuela de Medicina

Tec Salud

Los miembros del comité aquí citados certificamos que hemos leído la Tesis presentada por Christina González-Torres, y consideramos que es adecuada en alcance y calidad como un requisito parcial para obtener el grado de médico especialista con especialidad en Psiquiatría.

Dr. Federico Ramos Ruiz
Patiño Tecnológico de Monterrey
Escuela de Medicina
Asesor principal

Dr. Rogers Alcides Pezoa
Tecnológico de Monterrey
Escuela de Medicina
Co asesor

Dr. Sergio Ortiz Sotelo
Secretaría de Salud del Estado de
Nuevo León
Miembro del comité

Dra. Martha Guadalupe Flores Cavazos
Secretaría de Salud del Estado de Nuevo
León
Miembro del comité

Dr. David Eduardo Saucedo Martínez
Tecnológico de Monterrey
Escuela de Medicina
Director del Programa

Dedicatoria

A mis familia y a mis maestros, y a todas las personas que me han acompañado y ayudado de alguna manera en este arduo camino. Sin ellos, no habría sido posible llegar a este punto.

Agradecimientos

Le agradezco a mis asesores por apoyarme, motivarme y aconsejarme en todas las etapas del trabajo. Agradezco al Dr. Federico Ramos Ruiz por brindar fluidez al proceso en auténticos momentos de crisis, por su accesibilidad y paciencia cuando la investigación parecía encontrarse estancada. Al Dr. Rogers Alcides Pezoa Patiño le agradezco por ser un auténtico mentor, por la minuciosidad con la que me asesoró en todo momento, y por su accesibilidad, paciencia, y por el tiempo y compromiso que dedicó al trabajo. Agradezco también a la Licenciada Magaly Martínez Montalvo, por brindar su experiencia y consejería en casos de violencia, y por su disponibilidad y buena disposición para supervisar casos especialmente difíciles.

Agradezco también al Dr. Sergio Ortiz Sotelo y a todo el personal del Centro Comunitario Tierra y Libertad y de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, por su excelente disposición para colaborar con el proyecto.

También doy gracias al director de mi Especialidad, el Dr. David Eduardo Saucedo Martínez, por mantenerse siempre dispuesto a resolver las necesidades que surgían durante la elaboración de la tesis.

Finalmente, agradezco a mi familia y amigos, por estar al pendiente de mi, apoyándome, motivándome a seguir cuando sobrevenían momentos de frustración o desesperanza.

Lista de abreviaturas

CECOSAM Tierra y Libertad: Centro Comunitario de Salud Mental Tierra y Libertad

ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres

MINI: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

TM: Trastorno Mental/ Trastornos Mentales

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

URP: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

Tabla de contenidos

Portada.....	1
Hoja de firmas.....	2
Firmas de sinodales.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Lista de abreviaturas.....	6
Índice de tablas.....	10
Índice de figuras.....	11
Resumen.....	12
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	13
Antecedentes.....	13
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos de la investigación.....	14
<i>Objetivo principal.....</i>	<i>14</i>
<i>Objetivos secundarios.....</i>	<i>14</i>
Justificación.....	15
Alcance del estudio.....	16
Capítulo 2. Marco teórico.....	17
¿Qué es la violencia, cómo se clasifica, y porqué es importante hablar de ella en el área de la salud mental?.....	17
Panorama epidemiológico de la violencia en México.....	18

Violencia de pareja: definición y panorama general.....	20
Violencia de género: definición y panorama general.....	22
El abuso infantil como factor predisponente para sufrir violencia en la relación de pareja.....	24
Relación entre la violencia de pareja y la psicopatología.....	25
Importancia de concienciar a la población médica acerca de la relación entre la violencia de pareja y la enfermedad mental.....	28
Capítulo 3. Metodología.....	30
Pregunta de investigación.....	30
Hipótesis.....	30
<i>Hipótesis nula</i>	30
<i>Hipótesis alterna</i>	30
Descripción del estudio.....	31
<i>Fundamentos para el diseño del estudio</i>	31
<i>Fundamentos para la población de pacientes</i>	32
Pacientes.....	32
<i>Criterios de inclusión</i>	32
<i>Criterios de exclusión</i>	32
<i>Criterios de suspensión</i>	33
Metodología de la investigación.....	33
Variables.....	35
<i>Variables del estudio</i>	35
<i>Cuadro de variables</i>	36
Definiciones técnicas.....	41
Técnicas de análisis estadístico.....	42
Consideraciones éticas.....	43

<i>Cumplimiento con las leyes y regulaciones</i>	43
<i>Consentimiento informado</i>	43
<i>Comité de ética</i>	43
<i>Confidencialidad</i>	43
<i>Riesgos previsibles y probables</i>	43
<i>Protección contra riesgo físico y/o emocional</i>	43
Capítulo 4. Resultados	46
Capítulo 5. Análisis y discusión de resultados	64
Capítulo 6. Conclusión	74
Recomendaciones.....	75
Apéndice 1. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI versión 5.0.0 en español	76
Apéndice 2. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes MINI-Kid versión 1-1 en español	101
Apéndice 3. Herramienta para detección de violencia	135
Apéndice 4. Referencia a hospital o centro de salud	138
Apéndice 5. Hoja de recolección de datos	139
Apéndice 6. Consentimiento informado	141
Referencias	149
Currículum vitae del autor	159

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas y médicas de la muestra.....	44
Tabla 2. Frecuencia de trastornos mentales identificados en las pacientes de acuerdo con el instrumento MINI.....	47
Tabla 3. Trastornos mentales más frecuentes en mujeres expuestas a violencia psicológica actualmente o en el pasado.....	50
Tabla 4. Asociación de atención previa por profesional de la salud mental con sospechas diagnósticas por MINI.....	52
Tabla 5. Asociación de cualquier tipo de violencia en la actualidad con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abuso sexual en la infancia, y número de habitantes en el hogar.....	54
Tabla 6. Asociación de tipos específicos de violencia con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abuso sexual en la infancia, y número de habitantes en el hogar.....	56
Tabla 7. Asociación de cualquier tipo de violencia en el pasado con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abuso sexual, y número de habitantes en el hogar.....	57
Tabla 8. Asociación de tipos específicos de violencia en el pasado con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abusos sexual, y número de habitantes en el hogar.....	58
Tabla 9. Cambio en el antecedente de violencia física según la presencia de angustia en las participantes.....	60
Tabla 10. Cambio en el antecedente de violencia sexual según la presencia de agorafobia en las pacientes.....	60

Índice de figuras

Figura 1. Proporción de pacientes que viven con violencia en la actualidad y que también vivieron violencia en el pasado.....	47
Figura 2. Determinación de riesgo suicida en pacientes sin Episodio Depresivo Mayor (EDM), con EDM, y con EDM con síntomas melancólicos.....	51
Figura 3. Proporción de pacientes sin EDM, con EDM, y con EDM con síntomas melancólicos, que presentaron depresión recidivante.....	51
Figura 4. Prevalencia de trastorno de angustia actual, de por vida, y con síntomas limitados en pacientes sin EDM, con EDM, y con EDM con síntomas melancólicos.....	60

Resumen

Introducción. La violencia de pareja deteriora la salud física y psicológica de las mujeres. En México, se reportan cifras altas de atención a lesiones a causa de ella. Algunas de sus consecuencias psiquiátricas son: Depresión, Ansiedad, y Trastorno de Estrés Postraumático. **Objetivo.** Describir el efecto de la violencia de pareja sobre los trastornos mentales de mujeres que acudieron a servicios de Psiquiatría en el último año. **Método.** Se efectuó un estudio transversal en 73 mujeres mayores de 15 años que acudieron al servicio de Psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental Tierra y Libertad y de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, entre febrero y octubre del 2020. Para el análisis estadístico, se consideraron variables sociodemográficas y clínicas. Se usaron medidas de tendencia central y dispersión, previo análisis con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Para las variables categóricas y numéricas, se usaron la prueba de chi cuadrada y la prueba de Mann Whitney, respectivamente. Para la comparación de frecuencia de un fenómeno antes y después en el tiempo se usó la prueba de McNemar. **Resultados.** Se encontró una alta prevalencia de trastornos mentales (90.4%). El más frecuente fue la depresión (71.2%). El tipo de violencia más prevalente fue la psicológica. Hubo asociaciones significativas entre la exposición a violencia física en el pasado y trastorno de angustia, y entre la violencia sexual en el pasado y agorafobia. **Conclusión.** La violencia de pareja afecta negativamente la salud mental de las mujeres, lo cual justifica que reciban atención especializada en este rubro.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

Antecedentes

La violencia de pareja es responsable de la pérdida de 1 de cada 5 días de vida saludable para las mujeres en edad reproductiva, a nivel mundial (Heise, 1994). Se han descrito muchos factores intrapersonales, socioculturales e interpersonales que explican la perpetuación de la dinámica de la violencia en las relaciones de pareja; entre ellas la experiencia previa de abuso, sobre todo en la infancia (Robertiello, 2006). Los testimonios de los sobrevivientes de violencia en la infancia, han permitido a los profesionales de la salud mental conocer la manera en que esta experiencia moldea su estructura de personalidad a lo largo de los años, deteriorando su funcionalidad y su capacidad de crear vínculos emocionales sanos con otras personas (Herman, 2003). Actualmente se conoce que existe una correlación positiva entre el antecedente personal de abuso en la infancia y la presencia de enfermedad mental, así como de la propensión de las personas violentadas a repetir dinámicas en las que perpetúan el papel de víctima o de agresor. (Moreira et al., 2019).

Planteamiento del problema

En México, no se cuenta con la suficiente información epidemiológica con respecto al tema de psicopatología y la violencia de pareja por muchos motivos, entre los cuales destacan la pobre eficacia de los sistemas de salud para identificar, abordar, y reportar los casos de violencia conyugal que llegan a presentarse en los distintos niveles de atención sanitaria. Respecto a la opinión de los prestadores de servicios de salud en materia de atención a sobrevivientes de violencia, Herrera y colaboradores (2006) llevaron a cabo un estudio exploratorio en donde encontraron que muchos

trabajadores con posiciones jerárquicas altas o de tipo administrativo, tenían discursos que tendían a minimizar el testimonio de la sobreviviente, o a justificar la violencia desde el marco de conceptos rígidos de los estereotipos de género. En consecuencia, aquellos encargados de la toma de decisiones no son empáticos con la afectada ni con demandas de ayuda que nuevamente son silenciados.

Como profesionales de la salud, debemos conocer la prevalencia e incidencia de los TM en mujeres de nuestra comunidad expuestas a violencia de pareja, para tomar acciones que permitan prevenir su aparición y detener el ciclo de la violencia a tiempo. Esto incluye conocer la psicología de la víctima y del agresor, y emprender acciones terapéuticas que empoderen a las afectadas y las conviertan en sus propios agentes de cambio.

Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo Principal.

Describir el efecto de los distintos tipos de violencia de pareja en los trastornos mentales de las mujeres que acudieron a la consulta externa del CECOSAM T y L y de la URP en el último año.

1.3.2. Objetivos Secundarios.

- Identificar los tipos de violencia más frecuentes en las mujeres que acuden a la consulta externa del CECOSAM TyL y de la URP.
- Relacionar tipos de violencia de pareja con variables sociodemográficas.
- Buscar asociaciones entre la presencia de comorbilidades y la exposición a los distintos tipos de violencia de pareja actualmente (en el último año) o en el pasado

- Buscar asociaciones entre los trastornos mentales más comunes de la muestra y la exposición a violencia de pareja actualmente (en el último año) o en el pasado
- Buscar si existe una asociación entre el antecedente de abuso sexual infantil y algún TM

Justificación

Los problemas físicos y psicológicos que se han asociado a la violencia de pareja en México y en el mundo, hacen necesario también ahondar en el impacto que tiene en el aspecto psiquiátrico. En el año 2015, se hizo un estudio comparando psicopatología y autoestima en 202 sobrevivientes de violencia de pareja en México y España, encontrándose que de las 101 mujeres mexicanas evaluadas, la mayor parte tenía psicopatología más severa, niveles más bajos de autoestima en comparación con mujeres españolas. No obstante, no se exploraron a fondo los factores intrapsíquicos que explican el que algunas mujeres desarrollan psicopatología y otras no (García Oramas & Matud Aznar, 2015).

El Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Tierra y Libertad, ubicado en la calle Frontera s/n de la Colonia Tierra y Libertad, en el municipio de Monterrey, se inauguró hace 16 años con la intención de brindar atención especializada en salud mental integral a la comunidad. Desde entonces, por el alto volumen de víctimas de violencia que llegan al centro y requieren de atención especializada en materia psicológica y psiquiátrica, ha surgido el interés por determinar la epidemiología de los trastornos mentales asociados a esta condición.

Por otra parte, tomando en cuenta la contingencia sanitaria COVID-19 que se presentó desde marzo 2020 y que limita la capacidad de reclutamiento de usuarias

en el CECOSAM TyL, se incluyeron mujeres de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (URP) SSNL, que cuenta con una Unidad de Violencia.

Conocer la prevalencia de los TM en mujeres expuestas a violencia de pareja en nuestra comunidad nos permitirá desarrollar estrategias dirigidas a la prevención tanto de la violencia de pareja, así como de los TM que puedan surgir como consecuencia, contribuyendo con esto a la interrupción del ciclo de la violencia en nuestra sociedad.

Alcance del estudio

El presente estudio está limitado por ser un análisis transversal, lo cual no permite establecer relaciones de causalidad. Otra limitante es el número de participantes. Esto se debe al suceso de la pandemia COVID-19, que modificó la manera en que se llevaron a cabo los servicios asistenciales en la consulta externa.

Capítulo 2. Marco teórico

¿Qué es la violencia, cómo se clasifica, y por qué es importante hablar de ella en el área de la salud mental?

Para hablar de violencia, es necesario clarificar su definición, porque es un concepto amplio y heterogéneo que puede abordarse desde el punto de vista de varias disciplinas (Martínez Pacheco, 2016). Para la OMS, la violencia se define como “el uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”(Secretaría de Salud, 2006). La implicación de que el ejercicio de la violencia inevitablemente ejerce algún daño sobre quien la sufre, la sitúa como un factor ambiental que contribuye importantemente a la pérdida de la salud (*Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2003).

Reconociendo los estragos que la violencia tiene sobre la población y la manera en que afecta en su productividad, la OMS ha calculado el porcentaje de AVISA perdidos por lesiones y otras condiciones derivadas de ella. En este rubro, se encontró que las lesiones (incluyendo aquéllas provocadas por violencia) provocaban una pérdida del 11.9% de los años de vida saludables (AVISA), ajustados por discapacidad, en el mundo (Krug E et al., 2002). Este problema afecta directamente a las instituciones sanitarias, que deben destinar recursos para lidiar con los estragos que la violencia deja sobre sus víctimas. Prueba de ello es la saturación del área de urgencias en los hospitales generales por casos de lesiones o problemas psicológicos

secundarios a violencia, sobre todo de tipo interpersonal o autoinflingida (Secretaría de Salud, 2006).

En cuanto a la clasificación de los tipos de violencia, no existe una taxonomía bien establecida, pero la OMS reconoce tres distintos grupos según sus características: la violencia autoinflingida, la interpersonal, y la estructural. La violencia autoinflingida se refiere a las conductas suicidas y “parasuicidas”; la violencia interpersonal se subclasifica en violencia doméstica/de pareja y violencia comunitaria; finalmente, la violencia colectiva es la que se ejerce por el Estado, por contingentes políticos organizados, por tropas irregulares, o por organizaciones terroristas. Todos los tipos de violencia se asocian con problemas de salud que abarcan desde lesiones físicas menores hasta problemas psicológicos complejos, que merman la funcionalidad y capacidad de adaptación del afectado(a) a su ambiente (Herman, 2003).

Conocer la clasificación de los tipos de violencia es primordial para los profesionales de la salud, porque permite que se de un abordaje específico para cada caso que se presente en cualquiera de los niveles de atención. Asimismo, la categorización de un problema tan heterogéneo como la violencia facilita su análisis; haciéndolo accesible como tema de investigación.

Panorama epidemiológico de la violencia en México

En el año 2000, se estimaba que América Latina era la región con más homicidios promedio por habitante (27.5 por cada 100,000 habitantes). Se indicaba una tasa elevada de violencia en los hogares, calculándose que el 69% de las mujeres adultas con pareja han sufrido abusos físicos en algún punto de su relación (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *World Atlas of Gender Equality in Education*, 2012).

El Informe Nacional sobre la Violencia y Salud, publicado por la Secretaría de Salud en el 2006 reporta que en 1997, México ocupaba el sexto lugar en América Latina en mortalidad por homicidios con un índice 19.8 por cada 100,000 habitantes. Esta cifra bajó a 17.4, en el 2004, pero sigue siendo muy alta en comparación con otros países de primer mundo. El Informe agrega que la violencia afecta a todos los grupos de edad y en ambos sexos.

Si bien son los hombres adultos quienes se ven más representados en los índices de muerte por homicidio violento por Estado a nivel nacional, es muy preocupante la situación en los menores de edad, quienes 24, 563 sufrieron algún tipo de maltrato en el 2002. Asimismo, se reportaron en el mismo año 1,775 casos de lesiones secundarias a violencia intrafamiliar en menores de 0 a 14 años, de los cuales la mayoría eran niñas (917 del total). Los casos de maltrato a menores de edad denunciados entre 1998 y 2002 englobaban situaciones de maltrato físico, abuso sexual, abandono, maltrato emocional, omisión de cuidados, explotación sexual comercial, negligencia, explotación laboral, y otras de tipo no especificado. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos denunciados, el responsable de perpetrar el maltrato fue algún familiar directo del menor (Secretaría de Salud, 2006).

Otro fenómeno que ha ido ganando más terreno es la violencia doméstica, que incluye el maltrato infantil, la violencia de pareja y la violencia contra los adultos mayores. Estos tipos de violencia tienen en común que se originan de una relación asimétrica de poder entre los distintos miembros de la familia. En estos casos, la desigualdad de poder en la relación perpetúa una dinámica de control que tiene como finalidad la sumisión del miembro socialmente más devaluado (Spangler & Brandl, 2007).

Si bien anteriormente la violencia ejercida contra los adultos mayores era una de las formas de violencia doméstica menos discutidas, el envejecimiento progresivo de la población ha suscitado interés por el tema; sobre todo si se toma en consideración el alto número de homicidios ocasionados por negligencia y maltrato en este grupo de edad en nuestro país, que se estimó en 4,109 entre 1998 y 2001 (Secretaría de Salud, 2006).

Violencia de pareja: definición y panorama general

En las últimas décadas, la violencia de pareja y sus manifestaciones en la salud de sus sobrevivientes ha llamado la atención de las instituciones sanitarias (Secretaría de Salud, 2006). Si bien la violencia doméstica hace referencia a situaciones de violencia que se dan entre miembros de la familia de manera indistinta, la violencia de pareja es la violencia física, psicológica y/o sexual que se produce independientemente del género. A pesar de que la violencia de pareja no necesariamente se da solamente en relaciones heterosexuales, ni se ejerce forzosamente del hombre hacia la mujer, está reportado que en la mayoría de los casos es la mujer quien se ve más afectada. En el 2013, la ONU publicó un informe en donde reportó que, a nivel mundial, hasta el 35% de las mujeres experimentan violencia física o sexual por parte de sus parejas íntimas así como por parte de extraños (*Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, 2013). Se estima que globalmente, de las 87,000 mujeres que fueron asesinadas intencionalmente en el 2017 más de la mitad fueron asesinadas por sus parejas íntimas o miembros de su familia. Más de un tercio de las mujeres asesinadas intencionalmente fueron asesinadas por su pareja íntima actual o pasada (*Global study on homicide. Gender-related killing of women and girls*, 2019) . Asimismo, Lozano y

colaboradores (2013) encontraron que para las adultas de entre 25 y 49 años, la violencia interpersonal como causa de muerte prematura aumentó de 35,018 años en 1990 a 45,028 para el año 2010 (Lozano et al., 2015).

En 1994 Heise y colaboradores encontraron que mundialmente, la violencia de pareja era responsable de la pérdida de 1 de cada 5 días saludables de la mujer en edad reproductiva (Heise, 1994). En México, la situación es similar. La última actualización de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2016) encontró que la violencia más extendida continúa siendo la ejercida por la pareja, además de que por cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido pareja o esposo, 47 han vivido situaciones de violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación. Se encontró que las agresiones más experimentadas por las mujeres son las de carácter psicológico; porque 43.1% han vivido insultos, amenazas, humillaciones y otra clase de ofensas, al menos una vez a lo largo de la relación. (INEGI (sede Web), 2016).

El carácter alarmante de la situación queda patente en un reporte publicado en 1992 por el Consejo de Asuntos Científicos (Council of Scientific Affairs), en donde se encontró que en el grupo de mujeres que sufren violencia a manos de la pareja íntima, hay un riesgo mayor de sufrir una agresión en los próximos seis meses, en comparación con aquéllas que fueron agredidas por algún desconocido (Council of Scientific Affairs, 1992). Además de las lesiones físicas, la violencia física y sexual incrementan la probabilidad del uso de servicios de salud por problemas médicos, e incrementan el riesgo de suicidio, depresión y abuso de sustancias. Algunas de las complicaciones médicas derivadas directamente del abuso sexual son las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), problemas ginecológicos no

especificados, y dolor pélvico crónico; mientras que algunos de los problemas médicos que se han asociado con la presencia de violencia conyugal son la hipertensión arterial, el síndrome de intestino irritable, y el asma (Heise, 1994). Cabe mencionar que las sobrevivientes de violencia suelen buscar atención por los problemas que surgen secundariamente al abuso, no por la situación de violencia en sí (Koss & Heslet, 1992).

La violencia es un fenómeno que sucede en todo el mundo, y por la sobrerrepresentación de las mujeres en las estadísticas de sobrevivientes de violencia de pareja, este tema debe abordarse desde la perspectiva de género (Moreira et al., 2019)

Violencia de género: definición y panorama general

La violencia de género es la que ejercen los hombres en contra de las mujeres, apoyados en el conjunto de valores y normas que les dan privilegios e impunidad (Secretaría de Salud, 2006). En 1993, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estipuló que la violencia contra la mujer se definía como “todo acto de violencia *basada en la pertenencia al sexo femenino*, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Secretaría de Salud, 2006).

Convencionalmente, se reconocen tres tipos de violencia hacia la mujer que pueden darse en el contexto de la pareja: violencia física, emocional, y sexual. Recientemente, la violencia económica comenzó a incluirse en algunos instrumentos empleados para identificar y medir la violencia de pareja (Secretaría de Salud, 2006). Con el fin de medir el nivel de violencia familiar, Murray A. Straus diseñó en 1979 la

ETC. Este es uno de los instrumentos más utilizados en el estudio de la violencia; sin embargo, se ha criticado su utilización en el estudio de violencia de pareja, porque no mide el control, coerción, o los motivos de la táctica de conflicto (National Institute of Justice, 2010). En el 2006, la Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicó un manual que incluye escalas para medir el nivel de victimización física, sexual, psicológica/emocional y de acoso al que está expuesta una mujer. Este manual viene acompañado de una descripción de todas las escalas recomendadas para la medición de la violencia, así como de la interpretación de los resultados (Thompson et al., 2006). En el 2010, la Secretaría de Salud de México publicó el *Manual de Operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual* dirigido a profesionales de salud, para guiarles en la detección, evaluación, y tratamiento de casos de violencia de pareja (*Manual Operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*, 2009).

El contar con la posibilidad de medir el nivel de violencia dentro de una relación de pareja ha permitido a los profesionales de salud hacer intervenciones pertinentes y oportunas en los casos que llegan a reportarse. No obstante, se reconoce que a pesar de que se cuenta con instrumentos válidos de medición, uno de los problemas es la reticencia de muchas mujeres a revelar si están viviendo alguna situación de violencia en casa. Se han descrito muchos factores relacionados con este fenómeno, dentro de los cuales se señalan los siguientes: encontrarse en la etapa de pre contemplación del problema; la influencia de otras relaciones interpersonales respecto con la situación de violencia interpersonal; factores culturales como la permisividad del maltrato hacia

la mujer y experiencias previas negativas con el sistema legal o de salud (Liang et al., 2005).

En México, la violencia se oculta en la medida en que es perpetrada por una persona que tiene un vínculo emocional con la víctima (Juan López et al., 2014). La Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres encontró una prevalencia de violencia sexual en los últimos 12 meses del 12.7%; el 25.2% de las mujeres entrevistadas reportó que sufrió violencia sexual alguna vez en la vida; 13.3% reveló tener antecedente de abuso sexual en la infancia; el 6.8% de haber vivido una violación alguna vez en su vida, y el 2.2% de haber sufrido una violación sexual fuera de la relación de pareja después de los 15 años de edad (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, 2006).

Recientemente, la *New York Office for the Prevention of Domestic Violence* (NYOPDV) criticó los análisis de violencia que excluyen el factor más importante en su perpetración: la cultura. Se señaló que explicar la violencia de pareja en términos de presencia de enfermedad mental, adicciones, o problemas de manejo de la ira en el agresor resta importancia al verdadera problema: una misoginia y machismo que se toleran y justifican por la sociedad, y que se encuentran profundamente enraizados en la cultura (Corvo, 2019).

El abuso infantil como factor predisponente para sufrir violencia en la relación de pareja

Uno de los paradigmas del círculo de violencia es que un individuo que sufre abuso en la infancia tiene mayor probabilidad de involucrarse en relaciones violentas, y a la vez, de ejercer violencia contra otros al llegar a la adultez. Según Stoebner y cols., muchas mujeres abusadas han tenido alguna experiencia previa con el abuso, o

atestiguaron violencia conyugal entre sus padres durante la infancia (Stoebner et al., 1999). En el 2001, Widom y Maxfield siguieron a 908 casos de abuso infantil y negligencia en la infancia, encontrando que estas condiciones incrementaban el riesgo de criminalidad en un 29% (Widom & Maxfield, 2001). Por otro lado, Appel y Holden encontraron que en 31 estudios, la mediana de la coexistencia de antecedente de abuso infantil y abuso en la adultez fue del 40% tomando en cuenta los resultados de todos los estudios disponibles (Appel & Holden, 1998). Se describe también un fenómeno de “derrame de violencia” en el que la violencia ejercida del hombre hacia la mujer provoca una violencia reactiva de la mujer hacia los hijos, dándose incluso situaciones en las que la mujer es obligada por el hombre a maltratarlos. Finalmente, también llega a suceder que la mujer aprende que la violencia es una forma efectiva de controlar a los demás, y la utiliza en beneficio suyo (Moreira et al., 2019).

Los expertos en el tema de violencia señalan que la exposición a abuso infantil, particularmente de tipo sexual, interfiere con la capacidad del individuo afectado para formar nuevas relaciones interpersonales significativas. Esto se debe a que la experiencia del abuso sexual infantil es avasalladora para el yo del niño, de manera que su relación con el mundo se ve fracturada porque se altera su confianza básica. También se aprende que la única manera de relacionarse con los demás es a través del abuso y la auto anulación, por lo que estas personas tienden a involucrarse con personas que las explotan y violentan (Herman, 2003).

Relación entre la violencia de pareja y la psicopatología

La literatura con relación al tema de violencia de pareja señala reiteradamente que existe una clara asociación positiva entre la exposición a violencia de pareja y la presencia de psicopatología. No obstante, no se cuenta con literatura que explique el

mecanismo a través del cual esto sucede (Moreira et al., 2019). En el 2006, se publicó una revisión de la literatura acerca de los trastornos mentales que se asocian más comúnmente con la violencia conyugal, encontrándose una alta prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en las sobrevivientes. También se encontraron muchos casos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias, particularmente alcohol. Destaca el hallazgo de antecedente de abuso en la infancia en un alto porcentaje de las mujeres violentadas, como una mayor cantidad de síntomas somáticos; índices más severos de depresión, ansiedad, baja autoestima, suicidio y abuso de alcohol (Robertiello, 2006).

En cuanto a la relación entre la violencia interpersonal y la personalidad, en 2019 se publicó un estudio que analizaba la influencia de la violencia de pareja sobre las diferentes dimensiones de carácter y temperamento, y su relación con la presencia o ausencia de psicopatología en 50 sobrevivientes, en Portugal. A través del análisis de casos y controles (exposición y no exposición a violencia conyugal) se identificaron dimensiones caracterológicas y temperamentales relacionadas con la presencia de violencia de pareja. En cuanto a temperamento, los resultados arrojaron altos niveles de Evitación al Daño (ED) así como bajos niveles de Dependencia a la Recompensa (DR) en las sobrevivientes. Respecto a rasgos caracterológicos, se encontraron niveles elevados de Autotrascendencia (AT) y bajos niveles de Autodirección (AD). Un análisis por regresión logística indicó que altos niveles de Búsqueda de la Novedad (BN) se asociaba negativamente con los síntomas psicopatológicos en sobrevivientes de violencia conyugal, pero no en aquéllas que no había estado expuestas a violencia. Esto es importante, porque los rasgos de carácter y temperamento encontrados en la muestra sugieren altos niveles de neuroticismo en las sobrevivientes, lo cual se asocia

con estrategias cognitivas de afrontamiento maladaptativas o inadecuadas. Asimismo, altos niveles de ED se asocian con un riesgo incrementado de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; además de que la combinación de elevados niveles de AD y bajos niveles de ED predicen un mayor bienestar subjetivo (Moreira et al., 2019).

En México, se han llevado a cabo estudios acerca de la interacción entre mujeres que sufren de violencia de pareja y la atención en servicios públicos de salud, enfocados en la calidad de la atención recibida y el tipo de atención que se buscaba. Además de los datos recogidos por la ENVIM en el 2006, se cuenta con estudios que estudian la relación entre haber sido o ser víctima de violencia de pareja y la presencia de algunos trastornos mentales (García Oramas & Matud Aznar, 2015; Guzmán-Rodríguez et al., 2019; Hajar et al., 2006; Tiburcio Sainz et al., 2010; Valdez & Juárez, 1998; Vieyra-Moreno et al., 2009); otros que exploran el impacto de la violencia en medidas como bienestar emocional (Valdez-Santiago et al., 2006). No obstante, no se cuenta con estudios realizados entrevistando a pacientes que acuden a la consulta externa de Psiquiatría.

La investigación ha revelado que la íntima relación entre violencia y psicopatología es también bidireccional: la violencia es factor causal de muchas psicopatologías, pero la presencia de psicopatología también genera violencia. Como prueba, un estudio de casos y controles realizado en el 2014 por Khalifeh y cols., en una población de 303 personas con trastornos mentales y 22606 controles, reveló que la presencia de enfermedad mental incrementaba el riesgo de sufrir violencia interpersonal en un 18%, aunque ésta solía perpetrarse más por otros miembros de la familia que por el cónyuge (Khalifeh et al., 2014).

Importancia de concienciar a la población médica acerca de la relación entre la violencia de pareja y la enfermedad mental

A pesar de que los profesionales de la salud gozan de una buena posición para intervenir en situaciones de violencia de pareja, porque frecuentemente son los primeros en identificar las señales físicas del abuso, la mayoría no tiene un entrenamiento adecuado para evaluar y tratar estos casos. Varios estudios han revelado que las mujeres en ocasiones esconden la situación de abuso al percibir que el profesional de la salud era poco empático o contaba con poco tiempo para atender ese tipo de problemática. Esta situación retrasa y entorpece la intervención oportuna (Moe, 2007).

Parte del problema son los propios paradigmas del gremio de la salud respecto a la atención de las sobrevivientes de violencia. En 1992, se realizó un estudio etnográfico en una clínica de atención primaria en E.U.A., Se aplicó una encuesta a 38 médicos para conocer sus experiencias con sobrevivientes de violencia de pareja. Se encontró que a nivel de atención primaria, había algunas barreras ideológicas de parte de los médicos para reconocer y tratar adecuadamente el problema de la violencia de pareja. Algunos de los factores señalados fueron la fuerte identificación con los pacientes, el miedo a ofender, la impotencia ante el problema, la sensación de pérdida del control, y la falta de tiempo. En el caso de médicos que tenían experiencias personales con la violencia de pareja, se expresaba una incomodidad a la hora de interrogar acerca de situaciones de abuso. Algunas médicas comentaron que el exponerse a casos de violencia en personas con un trasfondo cultural/educativo/socioeconómico similar, llegaban a sentirse vulnerables, y eso les incomodaba (Moe, 2007). El autor explica que se observó este fenómeno porque el estudio se llevó a cabo en una población poco

heterogénea. En México, se puede extrapolar esta situación a médicos que atienden en hospitales privados, donde puede encontrarse una mayor cantidad de usuarios pertenecientes al nivel socioeconómico medio.

En un esfuerzo por conocer la postura de los prestadores de salud respecto a la atención de las sobrevivientes de violencia en México, en el 2006 Herrera y cols. llevaron a cabo entrevistas a profundidad a 60 prestadores de servicios públicos de salud y a informantes clave, de su experiencia con estas usuarias. Se encontró que los prestadores de salud en general tenían una mayor consciencia respecto a los derechos de las mujeres, pero se veían frustrados ante ciertas figuras de autoridad y personal de puestos jerárquicos, quienes mostraban una tolerancia a la violencia basándose en discursos en los que predominaban ideas rígidas acerca de los roles de género o discursos de violencia basados en roles tradicionales de género. Tal como en otros escenarios, la violencia de pareja no es atendida de la manera apropiada en los servicios de salud. No se conoce la norma oficial acerca de cómo abordar estos casos, y muy pocos habían recibido algún tipo de capacitación al respecto (Herrera et al., 2006).

La evidencia indica que al ser los primeros contactos de los servicios atención pública para sobrevivientes de violencia de pareja, es indispensable que los profesionales de salud tengan el conocimiento y habilidades necesarias para atenderlas, y arrojar luz sobre un problema cuyo impacto se ha minimizado por la sociedad desde tiempos inmemorables. Parte de este trabajo es romper con el secretismo que envuelve a este tema y acabar con el sufrimiento silencioso de millones de mujeres en México y en el mundo.

Capítulo 3. Metodología

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de la violencia de pareja en las características psicopatológicas de las mujeres que acuden a la consulta externa de psiquiatría?

Hipótesis

3.2.1 Hipótesis nula.

1. La violencia no impacta clínicamente en las características psicopatológicas de las mujeres.

2. No hay asociación entre tipos específicos de violencia y la presencia de trastornos mentales.

3. No hay asociación entre las características sociodemográficas de las mujeres y el antecedente de violencia física, psicológica o sexual.

4. El número de habitantes en casa no tiene asociación con el antecedente de violencia física, psicológica, o sexual.

5. No hay asociación entre la presencia de violencia física actual o en el pasado y el número de comorbilidades.

6. No hay asociación entre el antecedente de abuso sexual en la infancia y el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

3.2.2 Hipótesis alterna

1. La violencia de pareja impacta clínicamente en las características psicopatológicas de las mujeres.
2. Hay una asociación entre tipos específicos de violencia y la presencia de trastornos mentales.
2. Hay asociación entre las características sociodemográficas de las mujeres y el antecedente de violencia física, psicológica o sexual.
3. El número de habitantes en casa se asocia con el antecedente de violencia física, psicológica, o sexual.
4. Hay una asociación entre la presencia de violencia física actual o en el pasado y el número de comorbilidades.
5. Hay una asociación entre el antecedente de abuso sexual en la infancia y el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Descripción del estudio

Estudio descriptivo, analítico, transversal, de tipo cuantitativo y cualitativo.

3.3.1. Fundamentos para el diseño del estudio.

Se decidió hacer un estudio transversal y descriptivo para explorar la psicopatología de las pacientes al momento de su evaluación.

La aplicación de la MINI en este grupo de pacientes permite obtener una impresión general acerca de su tipo de psicopatología, independientemente de haber recibido atención de algún profesional de la salud mental en el pasado.

El análisis estadístico tiene el propósito de buscar asociaciones entre las variables para identificar patrones que puedan aclarar la relación que existe entre el antecedente de violencia y la presencia de trastornos mentales en la actualidad.

3.3.2. Fundamentos para la población de pacientes

El CECOSAM Tierra y Libertad y la URP cuentan con una unidad de atención psicológica especializada para mujeres y niños que son víctimas y sobrevivientes de violencia.

Pacientes

Mujeres mayores de 15 años que reciben atención en la unidad especializada para víctimas y sobrevivientes de violencia del CECOSAM Tierra y Libertad y en la URP o que acuden a la consulta externa por primera vez y que cuentan con antecedente de violencia de pareja.

3.4.1 Criterios de Inclusión.

- Mujeres con 15 años cumplidos o más
- Con violencia de pareja actualmente (último año) o en el pasado
- Que quieran y puedan cooperar con las entrevistas
- Que hayan firmado el consentimiento informado

3.4.2 Criterios de Exclusión.

- Mujeres menores de 15 años
- Sin violencia de pareja ni actual (último año) ni en el pasado
- Que por su estado mental, no puedan cooperar con las entrevistas
- Que no hayan firmado el consentimiento informado

3.4.3 Criterios de Suspensión.

- Abandono voluntario de la investigación

Metodología de la Investigación.

Utilizando una herramienta disponible en línea en la liga www.corporacionaem.com/tools/calc_muestras.php, se hizo un cálculo de la n tomando en consideración el número de pacientes que recibieron atención especializada en violencia familiar en el CECOSAM Tierra y Libertad, Monterrey, entre septiembre 2014 a marzo 2019. Este número fue de 447, estimándose una distribución equivalente de mujeres por cada año, con un aproximado de 89 en total. Esta cifra se usó para el cálculo de la n usando la ecuación estadística para proporciones poblacionales, tomando como margen de error un 5%, con un nivel de confianza del 95%:

$n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2 (p \cdot q)}{N}}$	<p>n = Tamaño de la muestra z = Nivel de confianza deseado p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito) q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso) e = Nivel de error dispuesto a cometer N = Tamaño de la población</p>
---	--

El cálculo arrojó un tamaño muestra de 73.

Se comenzó a reclutar mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión. Se ofreció la participación vía telefónica a aquéllas que contaran con un expediente en la unidad y que estuvieran en seguimiento por el problema de violencia de pareja. Se incluyeron mujeres que acudieron por primera vez a la consulta externa del CECOSAM T y L o la URP. Se les citó en la unidad respectiva.

Al iniciar la entrevista, se les explicó en que consistiría su participación en el protocolo y se les guio en la lectura y comprensión del consentimiento informado. Una vez firmado el documento, se procedió a efectuar la entrevista semiestructurada, aplicando la MINI versión en español 5.0.0 con el fin de detectar la presencia de algún TM. Por lo reportado en estudios poblacionales, se esperó encontrar una alta incidencia de Trastornos Depresivos (TD), Trastornos de Ansiedad (TA), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), y Trastornos Secundarios al Uso de Múltiples Sustancias (TSUMC).

Se describió el tipo de violencia a la que están expuestas usando la Herramienta de Detección y la Herramienta para Evaluar el Riesgo o Situación Específica de Violencia (respectivamente), que aparecen en el Manual de Operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Secretaría de Salud (*Manual Operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*, 2009). Se definió “violencia actual” a la presencia de violencia en los últimos 12 meses, y “violencia en el pasado” a cualquier acto de violencia anterior a este tiempo. La primera es una definición estipulada por la OMS desde el 2013 (*Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, 2013). Finalmente, se interrogó acerca del antecedente de abuso en la infancia. Luego, se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI 5.0.0. Una vez terminada la entrevista, se brindó información acerca de centros de atención a víctimas de violencia, como el Instituto de la mujer o Alternativas Pacíficas. Se comentó el caso con otro médico de la consulta externa para su seguimiento, y se ofreció agendar una cita con una psicóloga experta en violencia intrafamiliar.

La confidencialidad de las mujeres se guardó usando las siglas VP seguido de un número consecutivo, comenzando por el 01 y llegando hasta el 73. Sólo los investigadores de este estudio tuvieron acceso a dicha base. Esta base de datos fue guardada bajo contraseña en el ordenador de la investigadora. Una vez recabada la información y alcanzada la n , se analizaron los datos con estadística descriptiva y medidas de tendencia central, e identificar asociaciones entre algunas de las variables. Para tal efecto se empleó el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 25 de IBM Corp.

Se intentó llevar a cabo las evaluaciones en 36 semanas tanto en el CECOSAM TyL así como en la URP; no obstante, se tomaron en cuenta también a las mujeres que han recibido atención en el CECOSAM Tierra y Libertad entre Enero del 2019 y Marzo del 2020, para abarcar la temporalidad de un año.

Variables

3.6.1. Variables del estudio.

- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Hijos vivos
- Ocupación
- Enfermedades médicas
- Trastorno mental

- Tipos de violencia actualmente o en el pasado
- Antecedente de haber acudido con un profesional de la salud mental en el pasado
- Antecedente de haber recibido terapia específica para la atención a violencia en CECOSAM Ty L o URP
- Abuso sexual infantil

3.6.2. Cuadro de Variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable experimental	Valor de la variable	Escala de Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Años vividos por una persona	Independiente	Cuantitativa	Entrevista. Años cumplidos
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio.	Independiente	Cualitativa	Entrevista. Se limita a las categorías de: soltera, casada, divorciada, viuda
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel de estudios alcanzados por el sujeto.	Independiente	Cualitativa	Entrevista. Se limita a categorías de : primaria completa/incompleta, secundaria completa/incompleta, bachillerato

					completo/incompleto, licenciatura completa/incompleta, posgrado completo/incompleto
Hijos vivos	Número de hijos engendrados y que actualmente viven.	Número de hijos engendrados y que actualmente viven	Independiente	Cuantitativo	Entrevista
Ocupación	Actividad o trabajo.	Actividad o trabajo a la cual la paciente dedica su tiempo.	Independiente	Cualitativo	Entrevista
Comorbilidad	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.	Enfermedad no psiquiátrica diagnosticada en la paciente.	Dependiente	Cualitativa	Entrevista
Trastorno mental	Describe a uno o más trastornos psiquiátricos en una persona que ya tiene un diagnóstico psiquiátrico de base. Pueden haber iniciado simultáneamente o uno después del otro.	Trastorno psiquiátrico identificado a través de la aplicación de la MINI (Entrevista neuropsiquiátrica internacional) o revisión del expediente Ejemplos de trastornos que se espera encontrar: 1. <u>Trastornos depresivos:</u> Caracterizados por pérdida del	Dependiente	Cualitativa, nominal	Para mayores de 18 años: <u>MINI versión en español 5.0.0:</u> Es una entrevista estructurada de diagnóstico desarrollada inicialmente por psiquiatras y médicos para los trastornos psiquiátricos del DSM-IV y el ICD-10. Toma aproximadamente 15 minutos en aplicarse. Evalúa los 16 trastornos

		<p>estado de ánimo y de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.</p> <p>2. <u>Trastornos de ansiedad:</u> El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sea claramente secundarios o menos graves.</p> <p>3. <u>Trastorno de Estrés Postraumático:</u> Trastorno que surge</p>			<p>más comunes en la salud mental.</p> <p>Para menores de 18 años: <u>MINI-KID</u> <u>Versión 1.1 en español:</u> La MINI-KID es una entrevista estructurada corta que evalúa la presencia de 24 diagnósticos psiquiátricos del DSM-IV y riesgo suicida en niños y adolescentes.</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma malestar generalizado en casi todo el mundo.</p> <p>4. <u>Trastornos por uso de sustancias:</u> Trastornos mentales relacionados al consumo de alguna sustancia. Pueden ir desde la intoxicación aguda, síndromes de dependencia o abstinencia, hasta los trastornos psicóticos transitorios o crónicos/residuales y de inicio tardío.</p>			
Tipo de violencia de pareja	Violencia física, psicológica y/o sexual que se produce entre las parejas íntimas,	Tipo de violencia según Herramienta de Detección y la Herramienta para evaluar el riesgo situación específica de violencia			Escala clínica que Aparece en el Protocolo de Actuación en Materia de Acompañamiento a la Mujer que Vive Violencia a Las

	independiente del género.	(respectivamente), que aparecen en el Manual de Operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Secretaría de Salud	Independiente	Cualitativa, nominal	Especificidades del Estado
Abuso sexual infantil	La utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar [o participar de] incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta.	Antecedente de abuso infantil al interrogatorio	Independiente	Cualitativa, nominal	Entrevista
Antecedente de haber asistido con profesional de la salud mental en el pasado	Para fines de nuestra investigación se refiere al acto de buscar atención para problemas de salud mental con algún psicólogo o psiquiatra.	Antecedente de haber buscado ayuda a algún profesional de la salud mental en el pasado en el interrogatorio	Independiente	Cualitativa, nominal	Entrevista
Antecedente de haber recibido terapia para violencia en CECOSA	Para fines de nuestra investigación se refiere al hecho de haber asistido a una o más sesiones	Antecedente de haber recibido terapia en CECOSAM TyL o URP en el interrogatorio	Independiente	Cualitativa, nominal	Entrevista

M TyL o URP	de terapia en alguna de las instituciones donde se llevó a cabo el estudio				
----------------	--	--	--	--	--

Definiciones técnicas

Trastorno Mental: Trastorno psiquiátrico identificado a través de la aplicación de la MINI (Entrevista neuropsiquiátrica internacional) o revisión del expediente

Trastornos probables:

1. **Trastornos depresivos:** Caracterizados por pérdida del estado de ánimo y de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
2. **Trastornos de ansiedad:** El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sea claramente secundarios o menos graves.
3. **Trastorno de Estrés Postraumático:** Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma malestar generalizado en casi todo el mundo.
4. **Trastornos por uso de sustancias:** Trastornos mentales relacionados al consumo de alguna sustancia. Pueden ir desde la intoxicación aguda,

síndromes de dependencia o abstinencia, hasta los trastornos psicóticos transitorios o crónicos/residuales y de inicio tardío.

5. **Trastornos de personalidad:** Se refiere a un trastorno mental caracterizado por un patrón de pensamiento, desempeño, y conducta rígidos inflexible, y poco saludable. Dentro de esta categoría se encuentran el Trastorno Narcisista y el Trastorno Disocial de la Personalidad. La entrevista MINI sólo incluye preguntas de tamizaje para el Trastorno Disocial de la Personalidad.

Técnicas de análisis estadístico

Se realizó un análisis de estadística descriptiva y analítica usando el software SPSS Versión 25. La información recabada a través de la entrevista y aplicación de las escalas fue expresada en la forma de frecuencias y porcentajes. Para el análisis descriptivo de los datos obtenidos se usaron medidas de tendencia central y dispersión; es decir: media, varianza, y desviación estándar, o mediana y rango intercuartil, previa valoración de la normalidad de la distribución de las variables por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se buscaron asociaciones entre los tipos y de violencia sufrida por las mujeres y sus características demográficas, así como con el antecedente de abuso sexual en la infancia. También se exploró la presencia de asociaciones entre el abuso sexual y trastornos mentales.

El análisis de variables categóricas se realizó por medio de la prueba de chi cuadrada de Pearson o test exacto de Fisher. Para comparar la frecuencia de aparición de un fenómeno antes y después en el tiempo se utilizó la prueba de McNemar. La comparación entre variables numéricas se realizó por medio de la prueba de Mann-

Whitney. Se consideró un valor de $P < 0.05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS para el análisis estadístico de los datos.

Consideraciones éticas

3.8.1. Cumplimiento con las leyes y regulaciones.

Este estudio se realizó en total conformidad con la guía de la ICH E6 de las Buenas Prácticas Clínicas y con los principios de la Declaración de Helsinki o con las leyes y regulaciones de los Estados Unidos Mexicanos.

3.8.2. Consentimiento informado.

Se ofreció la opción de participar en este estudio vía telefónica o en persona; se explicó la metodología de manera clara, y se enumeraron los beneficios que se busca obtener con la realización del estudio. Se citó a la participante en un consultorio ya sea del CECOSAM TyL o de la URP para una explicación detallada del estudio, una vez firmado el consentimiento, se le ofreció una copia de este. Se le informó que los resultados se publicarán en alguna revista de interés científico, siempre guardando su confidencialidad. Se resolvió cualquier duda que se tuviera respecto al estudio, también se hizo énfasis en que puede abandonar el mismo cuando así lo desee.

3.8.3. Comité de Ética.

El investigador principal presentó el protocolo, formas de consentimiento informado, cualquier información proporcionada al paciente y la información de apoyo pertinente al Comité de Ética en Investigación, quien revisó y aprobó de iniciar el estudio. Además, Comité de Ética en Investigación aprobó cualquier material de reclutamiento para los pacientes.

El investigador principal fue responsable de proporcionar resúmenes escritos del estado del estudio al Comité de Ética en Investigación anualmente, o con más frecuencia, de acuerdo con los requisitos, las políticas y los procedimientos que establezca el Comité de Ética en Investigación. Los investigadores también fueron responsables de notificar inmediatamente al Comité de Ética en Investigación cualquier enmienda al protocolo.

Además de los requisitos para notificar todos los eventos adversos a las entidades Regulatorias, el investigador cumplió con los requisitos de notificación de los eventos adversos serios a la autoridad sanitaria local y al Comité de Ética en Investigación.

3.8.4. Confidencialidad.

Al reportarse los resultados del estudio, se omitieron los nombres o números de expedientes que permitan la identificación de quienes participaron. Esto se logró sustituyendo los nombres propios por las un código conformado por las siglas “VP” seguido del número consecutivo de paciente en todo documento referente a ellos, desde el comienzo de su participación en el estudio. Los archivos de la base de datos únicamente fueron usados por la investigadora. De esta forma, se protegió la confidencialidad de los pacientes hospitalizados y evaluados en el periodo establecido.

3.8.5. Riesgos previsibles y probables.

Se previó un riesgo mínimo al participar en este estudio, derivado del distrés emocional que puede surgir por la susceptibilidad de las pacientes estudiadas..

3.8.6. Protección frente al riesgo físico y/o emocional.

En caso de que se presentara una emergencia psicológica como resultado de la entrevista, se dio contención verbal, y de ser el caso, referencia al Hospital Psiquiátrico Buenos Aires para su atención inmediata. Asimismo, cuando se identificaron casos de violencia activos, se le proporcionó el teléfono y dirección del Instituto de la Mujer o de Alternativas Pacíficas, y referencia a una psicóloga especializada en la atención a casos de violencia intrafamiliar de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

Capítulo 4. Resultados

Se incluyeron un total de 73 mujeres, 68 (93.2%) provenientes del CECOSAM T y L y 5 (6.8%) de la URP. La mediana de edad de las pacientes fue 37 (24-42) años. Del total, 40 (54.8%) contaba con educación básica, 22 (30.1%) y 11 (15.1%) tenían licenciatura como máximo nivel de estudios. El 26% se encontraba soltera, 57.5% casadas o en unión libre y 16.4% eran separadas, divorciadas o viudas. La mayoría tenía 3 o más habitantes en el hogar (90.4%) y 57.5% cohabitaban con su pareja. El 78% tenía al menos un hijo y la ocupación más frecuente de las participantes fue el hogar (57.5%), seguida de profesionista o empleada en 19.1% (Tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas y médicas de la muestra.*

Variable	Resultado
Edad	37 (24-42 años)
Escolaridad	
Primaria	11 (15.1%)
Secundaria	29 (39.7%)
Bachillerato	17 (23.3%)
Técnica	5 (6.8%)
Licenciatura	11 (15.1%)
Estado civil	
Soltera	19 (26%)
Casada	24 (32.9%)
Unión libre	18 (24.7%)
Divorciada/separada	11 (15.1%)
Viuda	1 (1.4%)
Número de habitantes en la casa	
1-2	7 (9.6%)
3-5	41 (56.1%)

6 o más	25 (34.2%)
Cohabita con pareja	
Sí	42 (57.5%)
No	31 (42.5%)
Número de hijos	
Sin hijos	16 (21.9%)
1-2 hijos	24 (32.9%)
3-4 hijos	27 (16.4%)
5 o más hijos	6 (8.2%)
Ocupación	
Hogar	42 (57.5%)
Comerciante	5 (6.8%)
Profesionista/empleada	14 (19.1%)
Estudiante	4 (5.5%)
Empleo independiente	3 (4.1%)
Costurera/artesana	1 (1.4%)
Sin ocupación	4 (5.5%)
Historia de abortos	
Nunca	42 (57.5%)
1 aborto	24 (32.9%)
2 abortos	5 (6.8%)
3 o más abortos	2 (2.8%)
Tener un hijo fallecido	4 (5.5%)
Número de parejas previas	
Sin parejas previas	18 (24.7%)
1 pareja previa	30 (41.1%)
2-5 parejas previas	23 (31.5%)
Más de 5 parejas previas	2 (2.7%)
Número de enfermedades médicas	
Ninguna	52 (71.2%)

1 enfermedad	15 (20.5%)
2 o más enfermedades	6 (8.2%)
Toma medicamentos	45 (61.6%)
1 medicamento	28 (33.3%)
2-3 medicamentos	22 (48.9%)
Más de 3 medicamentos	8 (17.8%)
Recibió atención de algún profesional de la salud mental previo a asistir a CECOSAM	44 (60.3%)
Tratamiento de terapia por violencia en CECOSAM	
Nunca	54 (74%)
Menos de 1 mes	6 (8.2%)
1 a 3 meses	5 (6.8%)
4 a 6 meses	3 (4.1%)
Más de 6 meses	5 (6.8%)
Abuso sexual en la infancia	40 (54.7%)
Tocamientos inapropiados	27 (67.5%)
Penetración vaginal	6 (15%)
Penetración no vaginal	1 (2.5%)
No especificado	6 (15%)
Tipos de violencia presentes	44 (60.3%)
Violencia psicológica	42 (95.4%)
Violencia física	22 (50%)
Violencia sexual	9 (20.4%)
Violencia en el pasado	60 (82.2%)
Violencia psicológica	57 (95%)
Violencia física	47 (78.3%)
Violencia sexual	32 (53.3%)

El 42.4% tenía historial de abortos y 5.5% antecedente de un hijo fallecido. El 24.7% no ha tenido parejas previas y el 75.3% tuvo al menos una pareja previa. El

20.5% reportó tener una comorbilidad y 8.2% dos o más. La comorbilidad más frecuente fue la Hipertensión Arterial (HTA), que se presentó en 5 mujeres (6.85%) seguida por la Diabetes Mellitus tipo 2, la cual reportaron sólo 2 (2.74%). Las otras comorbilidades fueron: Diabetes mellitus tipo 1, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, sinusitis crónica, osteoartritis, epilepsia, cardiopatía no especificada, y antecedente de cáncer de mama. Todas estas comorbilidades tuvieron frecuencia de 1, respectivamente.

En cuanto a uso de medicamentos, el 61.6% tomaba algún fármaco; de este porcentaje, el 33.3% tomaba uno solo, 48.0% dos a tres, y 17.8% más de tres medicamentos. Los medicamentos más usados fueron Alprazolam y Clonazepam (8 pacientes respectivamente), Paroxetina (7 pacientes), y Fluoxetina (6 pacientes).

54 mujeres (74%) refirieron no haber recibido terapia previa en el CECOSAM o en la URP, y 44 (60.3%) de ellas dijeron haber recibido atención por parte de algún profesional de la salud mental previamente, en otra institución. El 54.7% refirió antecedente de abuso sexual en la infancia, siendo el tipo de abuso más frecuente tocamientos inapropiados, en 67.5% de estas mujeres. El 60.3% reportó ser víctima de violencia, siendo la más frecuente la violencia psicológica (95.4%), seguida de la violencia física (50%) y sexual (20.4%). Además, el 82.2% refirió tener antecedente de violencia en el pasado, siendo más frecuente la violencia psicológica (95%), seguida de violencia física (78.3%) y sexual (53.3%). Se encontró que gran parte de las mujeres que vivían algún tipo de violencia en la actualidad, también la habían vivido en el pasado (Figura 1).

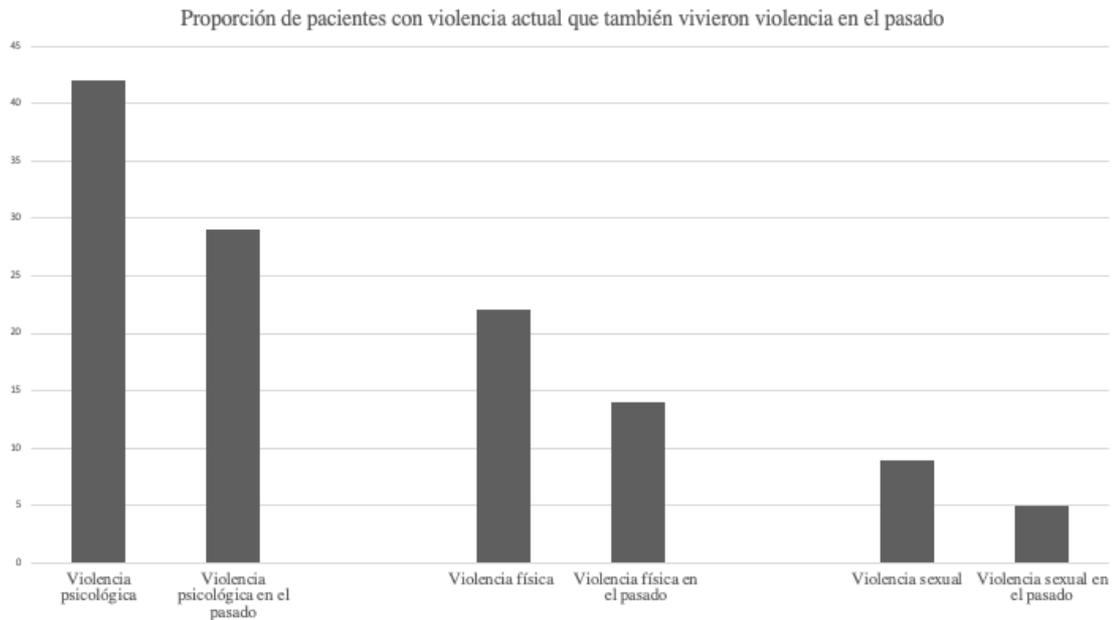


Figura 1. *Proporción de pacientes que viven con violencia en la actualidad y que también la vivieron violencia en el pasado.*

De acuerdo con el MINI, los trastornos mentales más frecuentes fueron depresión (71.2%), riesgo suicida (67.1%), trastorno de angustia (61.6%), trastorno de ansiedad generalizada (56.2%), depresión recidivante (48%), agorafobia (32.9%) y distimia (30.1%). En la Tabla 4 se resumen la frecuencia de los trastornos de acuerdo con este instrumento. En 7 (9.6%) se identificó un diagnóstico, en 22 (30.1%) de tres a cinco y en 37 (50.7%) seis o más. Además, 7 (9.6%) no presentaron sospecha de trastorno psiquiátrico.

Tabla 2. *Frecuencia de trastornos mentales identificados en las pacientes de acuerdo con el instrumento MINI.*

MINI	n (%)
Depresión	52 (71.2%)
Actual	17 (32.6%)
Con síntomas melancólicos	35 (67.4%)
Riesgo suicida	49 (67.1%)

Leve	26 (53%)
Moderado	5 (10.2%)
Grave	18 (36.8%)
Angustia	45 (61.6%)
Actual (último mes)	22 (48.9%)
De por vida	22 (48.9%)
Crisis actual con síntomas limitados	1 (2.2%)
Trastorno de ansiedad generalizada	41 (56.2%)
Depresión recidivante	35 (48%)
Agarofobia	24 (32.9%)
Distimia	22 (30.1%)
TEPT	15 (20.5%)
Trastorno de episodio psicótico asociado a episodio afectivo	10 (13.7%)
Fobia social	10 (13.7%)
TOC	9 (12.3%)
Abuso de alcohol	7 (9.6%)
Dependencia de alcohol	6 (8.2%)
Hipomanía pasado	5 (6.8%)
Trastornos psicóticos de por vida	4 (5.5%)
Manía pasada	4 (5.5%)
Bulimia nerviosa	3 (4.1%)
Manía actual	2 (2.7%)
Trastorno psicótico actual	2 (2.7%)
Dependencia a sustancias (no alcohol)	1 (1.4%)
Cannabis	1 (100%)
Anorexia nerviosa	1 (1.4%)
Anorexia nerviosa de tipo compulsiva/purgativa	1 (1.4%)
Trastorno antisocial de la personalidad	1 (1.4%)
Fobia específica	1 (1.4%)
TDAH combinado	1 (1.4%)

Hipomanía	1 (1.4%)
Abuso de sustancias (no alcohol)	0 (0%)
Trastorno de ansiedad por separación	0 (0%)
Trastorno de tic	0 (0%)
Trastorno de la conducta	0 (0%)
Trastorno negativista desafiante	0 (0%)
Trastornos adaptativos	0 (0%)

En la Tabla 3, puede observarse que en las 42 las mujeres que sufren violencia psicológica en la actualidad, los cuatro diagnósticos más frecuentes fueron riesgo suicida (66.6%), los trastornos de angustia (64.28%), Episodio Depresivo Mayor (EDM) con síntomas melancólicos (59.52%), y trastorno de ansiedad generalizada (57.14%). De las 57 mujeres que reportaron haber vivido violencia psicológica en el pasado, los diagnósticos más frecuentes fueron riesgo suicida (68.42%), trastornos de angustia (63.16%), trastorno de ansiedad generalizada (59.65%) y EDM con síntomas melancólicos (47.3%).

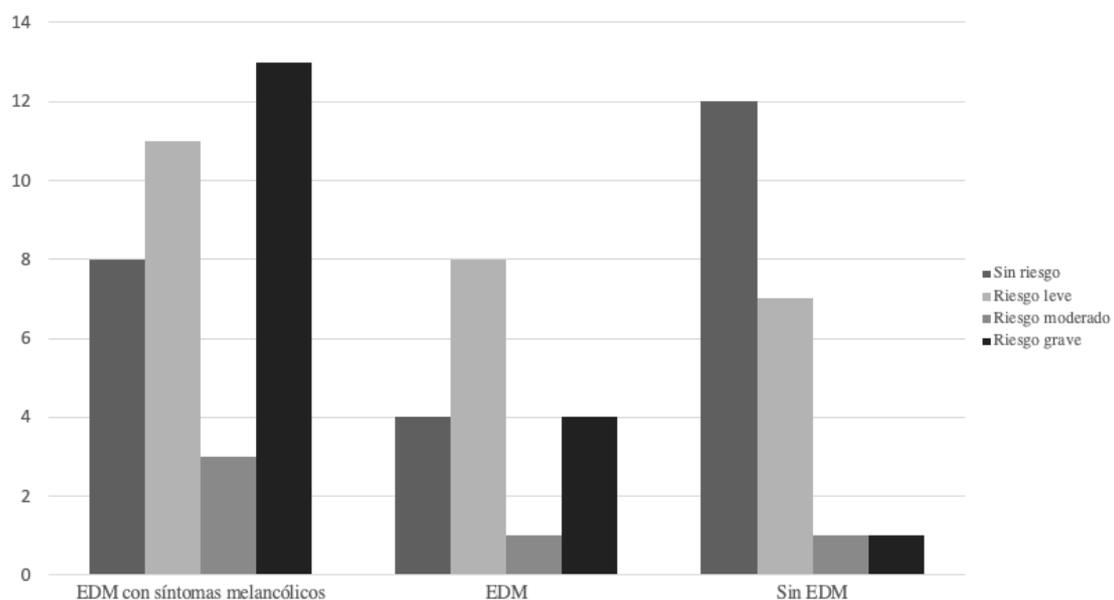
Tabla 3. *Trastornos mentales más frecuentes en mujeres expuestas a violencia psicológica actualmente o en el pasado.*

Variable	Resultado
Violencia psicológica actual	42 (57.53%)
Diagnósticos más frecuentes	
Riesgo suicida	28 (66.6%)
Trastorno de angustia	27 (64.28%)
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos	25 (59.52%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	24 (57.14%)

Violencia psicológica en el pasado	57 (15.1%)
Diagnósticos más frecuentes	
Riesgo suicida	39 (68.42%)
Trastorno de angustia	36 (63.16%)
Trastorno de ansiedad generalizada	34 (59.65%)
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos	27 (47.37%)

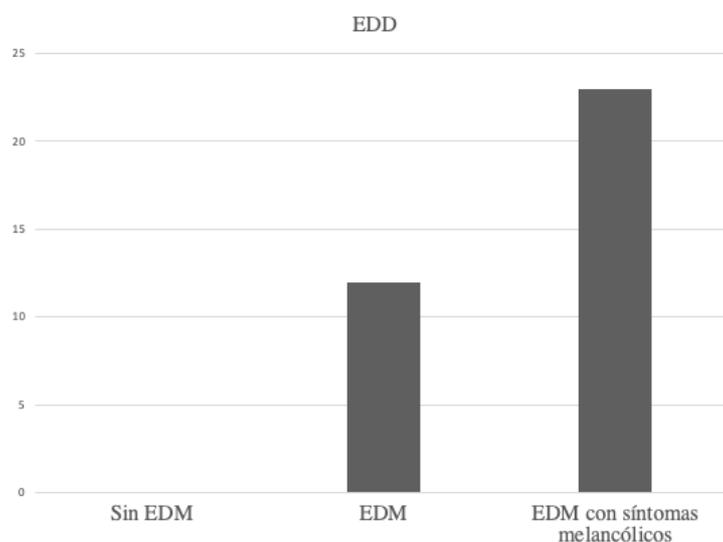
De las 52 pacientes con diagnóstico de depresión, un 67.4% cumplió con criterios para episodio depresivo mayor (EDM) con síntomas melancólicos, y 32.6% cumplieron con criterios para episodio depresivo. Se determinó la cantidad de pacientes con diagnóstico de depresión que además presentaron riesgo suicida, encontrándose que un 47.5% de las pacientes con riesgo suicida tenían EDM con síntomas melancólicos, mientras que un 23.3% de ellas tenían un EDM, y un 28.8% de las pacientes con riesgo suicida no tenían depresión (ver Figura 2).

Figura 2. Determinación de riesgo suicida en pacientes sin Episodio Depresivo Mayor (EDM), con EDM, y con EDM con síntomas melancólicos.



De las 35 pacientes que tuvieron depresión recidivante, 23 de ellas también cumplían con criterios para EDM con síntomas melancólicos (ver Figura 3).

Figura 3. *Proporción de pacientes sin EDM, con EDM, y con EDM con síntomas melancólicos, que presentaron depresión recidivante.*



Se encontró una mayor proporción de pacientes con antecedente de dependencia al alcohol en los últimos 12 meses en mujeres que habían recibido atención previamente por parte de algún profesional de la salud mental, en una institución distinta a la URP o CECOSAM T y L (13.6% vs. 0%, $P = 0.038$). Sin embargo, no se encontró una asociación entre esta variable con el resto de las sospechas diagnósticas psiquiátricas (Tabla 5). Si bien no se encontró una asociación entre la variable de haber recibido atención previamente por parte de un profesional de la salud mental con la presencia o ausencia de distintos tipos de violencia en las mujeres, sí se encontró una menor prevalencia de violencia psicológica actual en las mujeres que ya habían buscado atención en el pasado. De las 29 mujeres que no

habían buscado ayuda anteriormente, las 20 que sufrían violencia psicológica en el pasado seguían con violencia en la actualidad, mientras que de las 44 mujeres que sí habían acudido anteriormente, 22 de las 37 de ellas que habían vivido violencia psicológica en el pasado persistían con ella.

Tabla 4. *Asociación de atención previa por profesional de la salud mental con sospechas diagnósticas por MINI.*

MINI	Previa atención por profesional de la salud mental en otra institución		P
	Si	No	
Depresión	35 (79.5%)	17 (58.6%)	0.053
Depresión recidivante	24 (54.5%)	11 (37.9%)	0.164
Distimia	15 (34.1%)	7 (24.1%)	0.364
Riesgo suicida	13 (70.5%)	18 (62.1%)	0.455
Manía actual	2 (4.5%)	0 (0%)	0.514
Manía pasada	4 (9.1%)	0 (0%)	0.147
Hipomanía	1 (2.3%)	0 (0%)	>0.999
Hipomanía en el pasado	4 (9.1%)	1 (3.4%)	0.642
Angustia	30 (68.2%)	15 (51.7%)	0.157
Agorafobia	13 (29.5%)	11 (37.9%)	0.455
Fobia social	6 (13.6%)	4 (13.8%)	0.985
TOC	5 (11.4%)	4 (13.8%)	>0.999
TEPT	11 (25%)	4 (13.8%)	0.246
Dependencia de alcohol	6 (13.6%)	0 (0%)	0.038
Abuso de alcohol	5 (11.4%)	2 (6.9%)	0.696
Dependencia a sustancias (no alcohol)	0 (0%)	1 (3.4%)	0.397
Trastornos psicóticos de por vida	2 (4.5%)	2 (6.9%)	>0.999
Trastorno psicótico actual	0 (0%)	2 (6.9%)	0.154

Trastorno de episodio psicótico asociado a episodio afectivo	7 (15.9%)	3 (10.3%)	0.73
Anorexia nerviosa	1 (2.3%)	0 (0%)	>0.999
Bulimia nerviosa	3 (6.8%)	0 (0%)	0.272
Anorexia nerviosa de tipo compulsiva/purgativa	1 (2.3%)	0 (0%)	>0.999
Trastorno de ansiedad generalizada	25 (56.8%)	16 (55.2%)	0.89
Trastorno antisocial de la personalidad	1 (2.3%)	0 (0%)	>0.999
Fobia específica	1 (2.3%)	0 (0%)	>0.999
TDAH combinado	1 (2.3%)	0 (0%)	>0.999

En las pacientes con violencia psicológica, no se encontró asociación de la presencia de violencia actual de cualquier tipo (Tabla 6) ni específica (Tabla 7) con los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, con la edad de la participante, el antecedente de abuso sexual o el número de habitantes en el hogar.

Tabla 5. Asociación de cualquier tipo de violencia en la actualidad con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abuso sexual en la infancia, y número de habitantes en el hogar.

Variable	Si	No	P
Trastorno psiquiátrico	-		
Depresión	32 (72.7%)	20 (69%)	0.728
Riesgo suicida	30 (68.2%)	19 (65.5%)	0.813
Angustia	29 (65.9%)	16 (55.2%)	0.356
Trastorno de ansiedad generalizada	26 (59.1%)	15 (51.7%)	0.535
Depresión recidivante	22 (50%)	13 (44.8%)	0.665
Agorafobia	14 (31.8%)	10 (34.5%)	0.813
Distimia	13 (29.5%)	9 (31%)	0.892
TEPT	8 (18.2%)	7 (24.1%)	0.538
Abuso o dependencia de alcohol	6 (13.6%)	1 (3.4%)	0.232

Edad	38 (22-41)	36 (25-43)	0.47
Abuso sexual en la infancia	25 (56.8%)	15 (51.7%)	0.669
Número de habitantes en el hogar	5 (4-6)	5 (3-6)	0.877

Tabla 6. Asociación de tipos específicos de violencia con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abuso sexual en la infancia, y número de habitantes en el hogar.

Variable	Violencia psicológica			Violencia física			Violencia sexual		
	Si	No	P	Si	No	P	Si	No	P
Trastorno psiquiátrico									
Depresión	43 (75.4%)	9 (56.3%)	0.209	36 (76.6%)	16 (61.5%)	0.174	25 (78.1%)	27 (65.9%)	0.25
Riesgo suicida	39 (68.4%)	10 (62.5%)	0.656	33 (70.2%)	16 (61.5%)	0.45	24 (75%)	25 (61%)	0.206
Angustia	37 (64.9%)	8 (50%)	0.278	33 (70.2%)	12 (46.2%)	0.043	20 (62.5%)	25 (61%)	0.894
Trastorno de ansiedad generalizada	34 (59.6%)	7 (43.8%)	0.257	26 (55.3%)	15 (57.7%)	0.845	17 (53.1%)	24 (58.5%)	0.644
Depresión recidivante	28 (49.1%)	7 (43.8%)	0.704	23 (48.9%)	12 (46.2%)	0.82	15 (46.9%)	20 (48.8%)	0.872
Agorafobia	22 (38.6%)	2 (12.5%)	0.05	17 (36.2%)	7 (26.9%)	0.421	15 (46.9%)	9 (22%)	0.024
Distimia	17 (29.8%)	5 (31.3%)	>0.999	17 (36.2%)	5 (19.2%)	0.131	13 (40.6%)	9 (22%)	0.084
TEPT	13 (22.8%)	2 (12.5%)	0.497	10 (21.3%)	5 (19.2%)	0.836	9 (28.1%)	6 (14.6%)	0.157
Abuso o dependencia de alcohol	5 (8.8%)	2 (12.5%)	0.644	5 (10.6%)	2 (7.7%)	>0.999	5 (15.6%)	2 (4.9%)	0.228
Edad	36 (22-42)	37 (25-42)	0.557	37 (22-43)	37 (25-42)	0.687	36 (24-42)	38 (24-42)	0.743
Abuso sexual en la infancia	32 (56.1%)	8 (50%)	0.663	28 (59.6%)	12 (46.2%)	0.27	20 (62.5%)	20 (48.8%)	0.243
Número de habitantes en el hogar	5 (4-6)	5 (4-6)	0.781	6 (4-6)	5 (4-6)	0.289	5 (4-6)	5 (3-6)	0.991

Aunque no se encontró una asociación entre el antecedente de violencia de cualquier tipo con los principales trastornos psiquiátricos por MINI, la edad de la participante, el antecedente de abuso sexual o el número de habitantes en el hogar (Tabla 8), se identificó una mayor proporción de mujeres con antecedente de violencia física con el diagnóstico de trastorno de angustia (70.2% vs. 46.2%, $P = 0.043$), así como una mayor proporción de mujeres con antecedente de violencia sexual que cumplieron con criterios para agorafobia (46.9% vs. 22%, $P = 0.024$) (Tabla 9).

Tabla 7. Asociación de cualquier tipo de violencia en el pasado con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abuso sexual, y número de habitantes en el hogar.

Variable	Si	No	P
Trastorno psiquiátrico	-		
Depresión	45 (75%)	7 (53.8%)	0.176
Riesgo suicida	41 (68.3%)	8 (61.5%)	0.747
Angustia	39 (65%)	6 (46.2%)	0.225
Trastorno de ansiedad generalizada	35 (58.3%)	6 (46.2%)	0.422
Depresión recidivante	30 (50%)	5 (38.5%)	0.45
Agorafobia	22 (36.7%)	2 (15.4%)	0.198
Distimia	18 (30%)	4 (30.8%)	>0.999
TEPT	13 (21.7%)	2 (15.4%)	>0.999
Abuso o dependencia de alcohol	6 (10%)	1 (7.7%)	>0.999
Edad	38 (22-42)	37 (24-42)	0.762
Abuso sexual en la infancia	33 (55%)	7 (53.8%)	0.94
Número de habitantes en el hogar	5 (4-7)	5 (4-6)	0.831

Tabla 8. Asociación de tipos específicos de violencia en el pasado con los trastornos mentales más frecuentes, edad, presencia de abusos sexual, y número de habitantes en el hogar.

Variable	Violencia psicológica			Violencia física			Violencia sexual		
	Si	No	P	Si	No	P	Si	No	P
Trastorno psiquiátrico									
Depresión	30 (71.4%)	22 (71%)	0.966	16 (72.7%)	36 (70.6%)	0.853	7 (77.8%)	45 (70.3%)	0.643
Riesgo suicida	28 (66.7%)	21 (67.7%)	0.923	16 (72.7%)	33 (64.7%)	0.503	8 (88.9%)	41 (64.1%)	0.256
Angustia	27 (64.3%)	18 (58.1%)	0.589	15 (68.2%)	30 (58.8%)	0.451	6 (66.7%)	39 (60.9%)	>0.999
Trastorno de ansiedad generalizada	24 (57.1%)	17 (54.8%)	0.845	14 (63.6%)	27 (52.9%)	0.398	7 (77.8%)	34 (53.1%)	0.283
Depresión recidivante	21 (50%)	14 (45.2%)	0.683	10 (45.5%)	25 (49%)	0.78	5 (55.6%)	30 (46.9%)	0.729
Agorafobia	12 (28.6%)	12 (38.7%)	0.362	9 (40.9%)	15 (29.4%)	0.337	5 (55.6%)	19 (29.7%)	0.144
Distimia	13 (31%)	9 (29%)	0.86	7 (31.8%)	15 (29.4%)	0.837	4 (44.4%)	18 (28.1%)	0.439
TEPT	6 (14.3%)	9 (29%)	0.123	5 (22.7%)	10 (19.6%)	0.76	3 (33.3%)	12 (18.8%)	0.379
Abuso o dependencia de alcohol	6 (14.3%)	1 (3.2%)	0.227	3 (13.6%)	4 (7.8%)	0.424	2 (22.2%)	5 (7.8%)	0.205
Edad									
	36 (22-41)	37 (26-44)	0.259	36 (23-42)	38 (26-43)	0.531	36 (23-42)	38 (31-43)	0.491
Abuso sexual en la infancia									
	23 (54.8%)	17 (54.8%)	0.995	15 (68.2%)	25 (49%)	0.131	6 (66.7%)	34 (53.1%)	0.445
Número de habitantes en el hogar									
	5 (4-6)	5 (4-6)	0.423	5 (4-6)	4 (3-6)	0.228	5 (4-6)	4 (3-5)	0.091

También se encontró que entre pacientes con trastorno de angustia hubo una mayor proporción con violencia física en el pasado que persistían con violencia en la actualidad (66.7%) comparado con quienes reportaron no sufrir violencia física en la actualidad (76.7%, $P = 0.001$). No se encontró diferencia en mujeres sin angustia ($P = 0.092$) (Tabla 10). Se identificó una mayor proporción de pacientes con diagnóstico de agorafobia que tuvieron antecedente de violencia sexual previa y siguen sufriendo de ella, comparado con aquéllas que ya no tenían dicho diagnóstico (100% vs. 0%, $P = 0.002$).

Se determinó que 12 de las 22 pacientes con trastorno de angustia en el último mes (54.4%) también cumplían criterios para EDM con síntomas melancólicos, y 14 de las 22 (63.6%) que habían presentado trastorno de angustia en algún otro momento de la vida también cumplían criterios para EDM con síntomas melancólicos. Por otro lado, En la Figura 5 se observa la prevalencia de los distintos tipos de trastorno de angustia en pacientes sin EDM, con EDM, y con EDM con síntomas melancólicos. 6 pacientes con trastorno de angustia en el último mes y otras 6 con trastorno de angustia en algún momento en la vida cumplían con criterios para EDM. Sólo 6 pacientes de con trastorno de angustia no cumplían con criterios para depresión simultáneamente.

Figura 4. Prevalencia de trastorno de angustia actual, de por vida, y con síntomas limitados en pacientes sin EDM, con EDM, y con EDM con síntomas melancólicos.

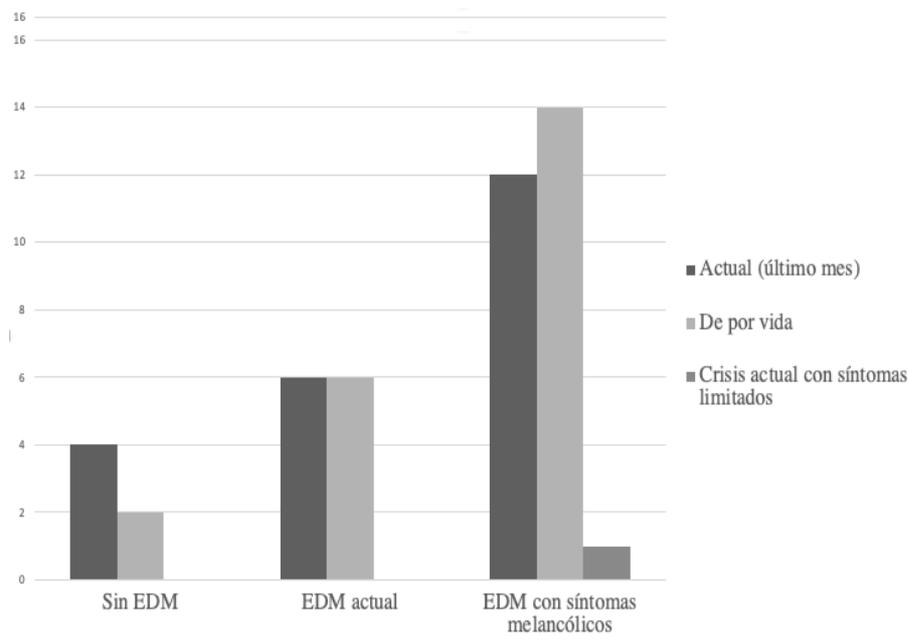


Tabla 9. Cambio en el antecedente de violencia física según la presencia de angustia en las participantes.

	Violencia física previa	Violencia física actual		P
		Si	No	
Con angustia	Sí	10 (66.7%)	23 (76.7%)	0.001
	No	5 (33.3%)	7 (23.3%)	
Sin angustia	Sí	4 (57.1%)	10 (47.6%)	0.092
	No	3 (42.9%)	11 (52.4%)	

Tabla 10. Cambio en el antecedente de violencia sexual según la presencia de agorafobia en las pacientes.

		Violencia sexual actual	

	Violencia sexual previa	Si	No	<i>P</i>
Con agorafobia	Sí	5 (100%)	17 (37.8%)	0.002
	No	0 (0%)	9 (47.4%)	
Sin agorafobia	Sí	0 (0%)	17 (37.8%)	0.007
	No	4 (100%)	288 (62.2%)	

Capítulo 5. Análisis y Discusión de Resultados

La violencia doméstica es un problema de salud pública importante que ha sido asociado con múltiples problemas mentales, incluyendo trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de estrés post traumático, trastornos de la alimentación y psicosis (JC Campbell, 2002; Danielson et al., 1998; Flach et al., 2011; Golding, 1999; Ludermir et al., 2010). Se reconoce la asociación entre la violencia de pareja y altas tasas de depresión, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad (JC Campbell, 2002). Esta asociación estadística puede ser reflejo de un vínculo causal (Golding, 1999). La presencia de trastorno psiquiátrico puede aumentar la vulnerabilidad a sufrir de violencia doméstica, y la violencia doméstica se asocia con el riesgo y cronicidad del trastorno mental (Brown et al., 1994; Ehrensaft et al., 2006). El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de trastornos mentales en las mujeres que acuden a la consulta externa del CECOSAM T y L y de la URP, y que se encuentran expuestas a violencia de pareja.

Incluimos una muestra de 73 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y a las que se les aplicó el instrumento MINI. La mediana de edad de las pacientes fue 37 (24-42) años, la mayoría contaba con educación básica, eran casadas o en unión libre y habitaban con 3 o más personas en su hogar. El 57.5% cohabitaba con su pareja y la mayoría tenía hijos. Las ocupaciones más frecuentes de las mujeres fueron el hogar o tener un empleo formal.

Del total, el 60.3% mencionó haber recibido atención por parte de algún profesional de la salud mental en una institución diferente al CECOSAM o a la URP, y el 26% tenía antecedente de haber recibido terapia para violencia en el CECOSAM. El 54.7% ha tenido antecedente de abuso sexual, siendo el más frecuente los

tocamientos inapropiados. La prevalencia de violencia física actual es del 60.3% y el 82.2% refirió haber sufrido de violencia anteriormente. Además, por orden de frecuencia, los tipos de violencia más prevalentes actuales o previos en estas mujeres fueron la violencia psicológica, física y sexual.

Los trastornos mentales más frecuentes en general fueron la depresión (71.2%), el riesgo suicida (67.1%), la angustia (61.6%), el trastorno de ansiedad generalizada (56.2%), la depresión recidivante (48%), agorafobia (32.9%) y distimia (30.1%). En la mayoría de las pacientes se identificó tres o más trastornos mentales y en una décima parte no se observó trastorno mental de acuerdo con el instrumento MINI.

Observamos en nuestro estudio que una mayor proporción de mujeres que tenían antecedente de recibir atención por parte de un profesional de la salud mental por parte de alguna institución diferente al CECOSAM T y L o URP previo a la evaluación, tuvieron antecedente de dependencia de alcohol en los últimos 12 meses (25% vs. 13.8%, $P = 0.038$), sin embargo, no se encontró una asociación con el resto de los trastornos mentales identificados por el instrumento MINI. A pesar de este hallazgo no significativo, sí se observó mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres que ya habían recibido atención en salud mental. Una posible explicación para este hallazgo es una mayor cronicidad de psicopatología o violencia en mujeres que ya habían buscado atención, o el uso de alcohol como un mecanismo de afrontamiento en mujeres con una situación más crónica de violencia de pareja.

Se encontró que la prevalencia aumentaba según el tipo de violencia, de psicológica, a física y sexual, sin embargo, no se identificó una asociación entre el tipo de violencia específica sufrida en la actualidad con algún trastorno mental.

En el caso del antecedente de violencia de cualquier tipo en el pasado, encontramos que la violencia física fue mayor en mujeres con angustia (70.2% vs. 46.2%, $P = 0.043$) y la violencia sexual mayor en mujeres con agorafobia (46.9% vs. 22%, $P = 0.024$). Todas las mujeres con agorafobia que tuvieron antecedente de violencia sexual siguen sufriendo de ella en la actualidad.

El presente estudio reveló que muchas mujeres que presentan violencia de pareja y que acuden a la consulta externa de psiquiatría tienen varios trastornos mentales, incluso simultáneamente. Se encontró que la frecuencia de las patologías coincide con lo que se ha reportado en estudios comunitarios nacionales e internacionales (J Campbell et al., 1997; Hajar et al., 2006; Mechanic et al., 2008; Tiburcio Sainz et al., 2010; Vieyra-Moreno et al., 2009), aunque a una escala mucho mayor. Se pudo constatar que es difícil separar los efectos de un tipo específico de violencia sobre la psicopatología de las mujeres, porque por lo general, varios tipos de violencia tienden a coexistir al mismo tiempo. Además de esto, se ha encontrado que las mujeres que sufren violencia de pareja también tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia por otras personas (Krebs et al., 2011). Esto complica aún más la evaluación del impacto específico de un tipo de violencia sobre la psicopatología de estas mujeres.

La severidad de la violencia es una variable que no se evaluó en esta investigación, pero que sí influye sobre la psicopatología de mujeres con violencia de pareja. Esto aplica especialmente para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Bennice et al., 2003). La razón por la cual se optó por no medir la severidad de la violencia es porque durante la realización del estudio no se contó con herramientas objetivas para su medición.

Otro factor que determina las secuelas de la violencia sobre la salud mental de las mujeres es su contexto sociocultural. (Bent-Goodley, 2007; Briere & Jordan, 2004). Algunas variables contextuales como la pobreza, la exposición a racismo y sexismo, la presencia o ausencia de apoyo social, los recursos comunitarios y el acceso a tratamiento pueden tener consecuencias moderadas sobre la exposición a violencia de pareja (Hien & Ruglass, 2008). Por otro lado, se ha señalado el maltrato psicológico como un tipo de violencia especialmente dañino. Esto lo demuestra un estudio realizado en 1990 con 234 mujeres en una región de los Estados Unidos de América, donde el 72% reportó que la violencia psicológica es aún peor que la violencia física (Follingstad et al., 1990).

Algunos estudios indican que el ser víctima de abuso en la infancia es uno de los factores más predictores de re-victimización en la adultez (Beitchman et al., s/f; Briere & Runtz, 1987; Cloitre, 1998; Coid et al., 2001; Whitfield et al., 2003). El antecedente de abuso físico o sexual en la infancia se asocia a mayor riesgo de exposición a violencia de pareja comparado con mujeres sin dicho historial (Coid et al., 2001; Kantor & Straus, 1989). Estas observaciones han llevado a creer que las sobrevivientes de abuso revictimizadas se caracterizan por tener tendencias masoquistas o personales autodestructivas (Kilpatrick et al., 1997). Asimismo, Surrey y cols. teorizaron que a diferencia de lo que sucede en los hombres, el sentido del *self* de la mujer se desarrolla a través de las relaciones con los que la rodean, por lo que su salud mental puede verse más afectada cuando vive una situación de violencia dentro de la relación de pareja (Mechanic et al., 2008). En la investigación presente, no se identificó una asociación entre el antecedente de abuso sexual en la infancia y algún diagnóstico psiquiátrico, ni tampoco se le pudo asociar con algún tipo específico de

violencia. Sin embargo, una de las limitaciones del presente estudio es que no se llevó a cabo una evaluación de los rasgos de personalidad de las participantes. Esta es una línea de investigación que puede ser de utilidad en investigaciones posteriores.

Según la literatura, el uso de sustancias o alcohol es más frecuente en mujeres víctimas de abuso que en aquellas que no son usuarias (Kantor & Straus, 1989; Kilpatrick et al., 1997). Se cree que el uso de alcohol o sustancias puede hacer que una mujer tenga una mayor vulnerabilidad a sufrir abusos al comprometer su juicio e interferir con su habilidad para resolver problemas o escapar de circunstancias inseguras (Zilberman & B Blume, 2005). Asimismo, el uso inadecuado, abuso y dependencia de sustancias y alcohol se considera un factor de riesgo o desenlace de salud mental asociado a violencia de pareja (Hien & Ruglass, 2008). En nuestro estudio, no identificamos la relación del trastorno de abuso o dependencia de sustancias o de alcohol en mujeres que fueron víctimas de violencia, sin embargo, fue más alta la prevalencia de dependencia al alcohol en los últimos 12 meses en mujeres que tenían antecedente previo de acudir con algún profesional de la salud mental. Una posible explicación para este hallazgo es la cronicidad de la situación de violencia y/o del padecimiento psiquiátrico, con el consecuente uso de alcohol como mecanismo de afrontamiento.

La violencia de pareja es asociada fuertemente a morbilidad psiquiátrica (Kumar et al., 2005). En una entrevista telefónica realizada a 3429 mujeres en Estados Unidos, Bonomi et al encontraron que, con la exposición reciente a violencia de pareja severa, física, sexual o no física, la presencia de síntomas depresivos fue mayor en mujeres con exposición a violencia de pareja que aquellos que no sufrían de ella. Las mujeres que reportaron mayor violencia también reportaron más síntomas físicos y menor

puntaje de calidad de vida social y mental de acuerdo con el instrumento SF-36 (Bonomi et al., 2006).

En general, la depresión mayor es uno de los trastornos más frecuentes en las mujeres, diagnosticado hasta en un tercio de ellas (Ayub et al., 2009). La literatura con respecto a la asociación de ciertos tipos específicos de violencia con el diagnóstico de depresión es contradictoria. En un estudio comunitario realizado en el 2008 por Mechanic y colaboradores en E.U.A, se asoció el diagnóstico de depresión con el antecedente de violencia psicológica (Mechanic et al., 2008). Por otro lado, un estudio realizado en la población mexicana general reveló que el diagnóstico de depresión era casi el doble en mujeres que habían sufrido violencia física, en comparación con el resto (Tiburcio Sainz et al., 2010). En nuestra investigación, la depresión fue el trastorno mental más frecuente en las pacientes, seguido de riesgo suicida, trastorno de angustia, y trastorno de ansiedad generalizada. Esto concuerda con los hallazgos de Tiburcio y colaboradores, quienes refieren que los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en mujeres con exposición a violencia de pareja (Tiburcio Sainz et al., 2010). En la muestra la depresión con síntomas melancólicos fue el subtipo más frecuente. Asimismo, la depresión recidivante también fue uno de los diagnósticos más frecuentes. No se encontró una asociación significativa entre el diagnóstico de depresión y algún tipo de violencia en específico o en general, incluso cuando se tomaron en cuenta varios trastornos depresivos en conjunto. No obstante, clínicamente se observó una tendencia de las mujeres a presentar trastornos depresivos. Esto sugiere que la principal limitante para que se alcanzara la significancia estadística fue el tamaño de la muestra.

Otro hallazgo relevante de nuestro estudio fueron las asociaciones significativas entre los diagnósticos de trastorno de angustia y agorafobia con violencia física y sexual en el pasado, respectivamente. Varios autores han reportado una asociación entre trastornos de ansiedad y antecedente de violencia física tanto en mujeres que viven en la comunidad así como en algunas que acuden a agencias especializadas en la atención a víctimas (Briere & Jordan, 2004; Gleason, 1993; Kemp et al., 1995).

En cuanto al peso de los factores demográficos y socioculturales sobre la psicopatología de las mujeres que sufren violencia, se ha descrito que los eventos estresantes en la vida, la violencia verbal y la violencia física correlacionan con morbilidad psiquiátrica, mientras que el apoyo social, el uso de razonamiento para resolver conflictos y la educación se relacionan negativamente con morbilidad psiquiátrica (Ayub et al., 2009). En la muestra de este estudio, este último factor pudiera estar relacionado con una mayor prevalencia de trastornos mentales (del 90%), ya que la mayor parte de las participantes tenían un nivel académico bajo.

Un dato para discutir es la elevada cantidad de pacientes que mostraron riesgo suicida durante la evaluación. En el 2007, Sansone y colaboradores (Sansone et al., 2007) relacionaron el antecedente de intentos de suicidio con la victimización por violencia doméstica. Esto subraya la necesidad de que los médicos de hagan un tamizaje cuidadoso de todos los pacientes con historial de intentos de suicidio y violencia doméstica. Sobre la misma línea, Heru y colaboradores (Heru et al., 2006) identificaron que el 90% de los pacientes ingresados al hospital por suicidio reportaron perpetuación o victimización de violencia doméstica con sus relaciones en el último año, la mayoría con violencia severa.

En la presente investigación no se encontró una asociación entre el riesgo de suicidio con el antecedente de haber buscado atención con algún profesional de la salud mental o con la presencia de violencia, se encontró un riesgo ligeramente superior en mujeres que ya habían buscado atención con un profesional de la salud mental anteriormente y en aquéllas que tuvieron antecedente de violencia de cualquier tipo, sobre todo en mujeres con violencia física, y mucho más, con antecedente o presencia actual de violencia sexual. Al igual que en el caso de la asociación entre la búsqueda de atención por algún profesional de la salud mental anterior a la evaluación y la presencia de dependencia al alcohol, esto puede deberse a la cronicidad del padecimiento psiquiátrico y/o de la situación de violencia de pareja. Cabe mencionar que alrededor de la sexta parte de las participantes de nuestro estudio tuvieron algún grado de riesgo suicida, lo cual sugiere que todas las pacientes que acuden a nuestro centro, o que reciban algún tipo de atención psicológica deban ser tamizadas sobre su riesgo o antecedente de intentos de suicidio, haciendo énfasis en la dinámica familiar de estas pacientes. Respecto a esto último, debe enfatizarse el impacto que violencia doméstica y de pareja tiene sobre el funcionamiento de la familia. Incluso en niños y adolescentes que visitan clínicas psiquiátricas, la prevalencia de violencia de pareja reportada por ellos es del 25%. La literatura muestra que muchos médicos tienen sentimientos negativos y ambivalencia hacia el tema de la violencia intrafamiliar, lo cual interfiere con el proceso de obtención de información durante la entrevista (Hultmann et al., 2014).

Existen barreras asociadas con la divulgación de violencia de pareja o de violencia doméstica. Vrandić et al (Vrandić et al., 2018) encontraron que en un ambiente de atención psiquiátrica de tercer nivel, la mayoría de las mujeres eligen

encubrir su abuso a los profesionales de salud mental, por miedo a las represalias que puedan existir hacia sus parejas si se divulga la presencia de violencia. A un nivel profesional, una de las principales barreras para la falta de divulgación fue la ausencia de privacidad (Vranda et al., 2018). Una de las ventajas de la evaluación de abuso y violencia en nuestras participantes fue que se brindó el acceso a privacidad a las respuestas de las preguntas sensibles en nuestro instrumento de evaluación, donde las participantes accedieron bajo consentimiento informado. Sin embargo, se desconoce la extensión en que pueda haber falsos negativos o sub-identificación de violencia de pareja en pacientes que mantuvieron la necesidad de encubrir el antecedente en este estudio.

Algunas de las limitantes de nuestro estudio fueron el tamaño de muestra, lo cual dificultó la identificación de tendencias sobre la prevalencia de algunos trastornos mentales en mujeres con violencia, así como otros factores asociados. Esto también dificultó el hallazgo de una asociación clara entre la presencia de un trastorno mental con exposición a violencia en diferentes puntos en el tiempo. Otra limitación fue que no se evaluó la severidad de la violencia, porque al momento de la elaboración del protocolo no se contaba con herramientas objetivas.

En estudios posteriores, es necesario evaluar la presencia de psicopatología en distintos puntos del tiempo para determinar si existe una relación dinámica entre la presencia de psicopatología y violencia co-ocurrentes. Asimismo, debe considerarse que el estudio se llevó a cabo en pacientes que acudieron a la consulta externa de dos centros de salud mental precisamente por problemas de tipo psiquiátrico. Si bien nuestros hallazgos reflejan lo que se ha observado en estudios de la población general, la importancia del estudio radica en que permite poner énfasis en la violencia como un

factor de vulnerabilidad que debe tomarse en cuenta al momento de la evaluación, diagnóstico, y tratamiento de un paciente cuando entra en contacto con servicios de salud mental.

Capítulo 6. Conclusión

La violencia de pareja tiene un impacto negativo sobre la salud mental de las pacientes, lo cual se traduce en una alta prevalencia de trastornos mentales. Se identificó que la mayoría presentaron 3 o más patologías.

En esta muestra clínica, la elevada frecuencia de los trastornos depresivos y de ansiedad coincide con lo que se ha reportado en estudios comunitarios internacionales y nacionales. Esto sugiere que toda mujer que vive una situación de violencia de pareja debe recibir una atención en salud mental especializada. Una parte de esta atención incluye la búsqueda de patologías correspondientes a al menos tres de los grupos diagnósticos más frecuentes en esta población: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, y trastorno de estrés postraumático.

Hay una relación significativa entre el antecedente de violencia sexual en el pasado y el diagnóstico de agorafobia, como entre el antecedente de violencia física en el pasado y el diagnóstico de trastorno de angustia. En estudios posteriores, es posible que la inclusión de la variable severidad de violencia permita aclarar la naturaleza de la relación entre cierto tipo de violencia y el diagnóstico de algún trastorno mental. La cronicidad de la exposición a violencia puede influir significativamente sobre la aparición de algunos diagnósticos psiquiátricos.

El hallazgo de una asociación significativa entre la dependencia al alcohol en mujeres y el antecedente de recibir ayuda de algún profesional de la salud mental en el pasado, así como una mayor frecuencia de riesgo suicida en las mismas, sugiere que este grupo de mujeres tienen un perfil distinto, tal vez con una mayor cronicidad de psicopatología, o de la situación de violencia.

Recomendaciones

Se sugiere hacer un estudio longitudinal de las pacientes que acuden a la consulta externa, para observar la dinámica entre la exposición a distintos tipos de violencia y el diagnóstico de alguna psicopatología en el tiempo.

Los profesionistas y personal administrativo que laboran en los servicios de salud públicos o privados deben tener un entrenamiento especializado en el tema de la violencia intrafamiliar y de género, en la perspectiva de una atención integral en salud.

Las mujeres con violencia de pareja tienen riesgo suicida, motivo por el cual se enfatiza la importancia de evaluar el riesgo cuando se revela este antecedente durante la entrevista.

Apéndices

Apéndice 1. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI versión 5.0.0 en español

1.1.

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

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

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

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

Versión en español:

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

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 medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

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

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 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 período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

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

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 París, Francia
Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59

Laura Ferrando, M.D.
IAP
Velázquez, 156,
28002 Madrid, España
Tel.: + 91 564 47 18
Fax: + 91 411 54 32

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

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?	<input type="checkbox"/>	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)? <small>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>	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?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11	

NO	SÍ
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		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 ?	<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/>	
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve
6-9 puntos	Moderado
10 puntos	Alto

D. Episodio (hipo)maníaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a ?			<input type="checkbox"/>	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])?			<input type="checkbox"/>	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								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	EL EPISODIO EXPLORADO ERA:											
		<i>HIPOMANÍACO MANÍACO</i>										
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1187 468 1219 490">NO</td> <td data-bbox="1394 468 1418 490">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1150 517 1422 537">EPISODIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1166 562 1251 582">ACTUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1166 591 1251 611">PASADO</td> <td></td> </tr> </table>			NO	SÍ	EPISODIO HIPOMANÍACO		ACTUAL		PASADO	
NO	SÍ											
EPISODIO HIPOMANÍACO												
ACTUAL												
PASADO												
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1187 669 1219 692">NO</td> <td data-bbox="1394 669 1418 692">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1179 719 1398 739">EPISODIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1166 763 1251 784">ACTUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1166 792 1251 813">PASADO</td> <td></td> </tr> </table>			NO	SÍ	EPISODIO MANÍACO		ACTUAL		PASADO	
NO	SÍ											
EPISODIO MANÍACO												
ACTUAL												
PASADO												
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											

E. Trastorno de angustia

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

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	<input type="checkbox"/> 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	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			Crisis actual con síntomas limitados		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			Trastorno de angustia actual		

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.	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	4

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> H4	SÍ	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> obsesiones	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> compulsiones	4						
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ						
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	SÍ	5					
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	6	TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		
NO	SÍ	6								
TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL										

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

**ESTADO 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? NO SÍ 3
 ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?
 CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA .
- 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	<input type="checkbox"/>	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? NO SÍ 9
 ¿Esto le ocasionó algún problema?
 CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS .
- b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)? NO SÍ 10
- c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? NO SÍ 11
- d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? NO SÍ 12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	<input type="checkbox"/>	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 CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS , ESPECIFIQUE QUÉ DROGA /CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN :

SÓLO UNA DROGA /CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE . (FOTOCOPIAR K 2 Y K 3 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				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL								
<p>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</p>								
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 OCASIONÓ 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				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL								

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

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

EXTRAÑOS

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

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR /A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	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"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	SÍ	NO	SÍ		
<input type="checkbox"/>	SÍ										
NO	SÍ										
		o									
		EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?									
	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"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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?	pies	pulgadas
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?		cm
				libras
				kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	<input type="checkbox"/>	NO
				SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	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)?	<input type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kg)? (ENTREVISTADOR /A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA , BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA /PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA .)	NO	SÍ	12

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

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(SIGNIFICA : IR 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 type="checkbox"/>	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input 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.	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input 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?	<input type="checkbox"/>	SÍ	

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

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.

<i>Traducciones</i>	<i>MINI 4.4 o versiones previas</i>	<i>MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0</i>
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengalí		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
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. Heinze
Estonio		J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finés	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego	S. Beratis	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. Griez, 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. Guterres	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
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 Los autores dan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre y bulimia.

Apéndice 2. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes MINI-Kid versión 1-1 en español

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

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en 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

M.I.N.I. **KID** (1.1) 1 de enero del 2000.

-1-

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	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 ti 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 parezcan 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 Shytle, 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 : dshytle@hsc.usf.edu or 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)

En las últimas dos semanas:				
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 ¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	2
		➡		
	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	
A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:				
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)?			

NO SÍ

EPISODIO DEPRESIVO
MAYOR ACTUAL

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 EXPLORÉ 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	18
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

**TRASTORNO DISTÍMICO
ACTUAL**

D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

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

D1	a	¿ Alguna vez , has tenido un periodo 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.	NO	SÍ	1
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,...					
	b	¿En este momento te sientes "exaltado", "eufórico", o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿ Alguna vez , has tenido un periodo 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?	NO	SÍ	3
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
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.					
	b	¿En este momento te sientes "malhumorado" o "molesto"?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?					
			➡		
			NO	SÍ	

D3 SI **D1b** O **D2b** – **SÍ**: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI **D1b** O **D2b** – **NO**: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que te sentías exaltado, lleno de energía, o irritable notaste que:

a	¿Podías hacer cosas que otros no podían hacer? ¿Sentías que eras una persona bien importante?	NO	SÍ	5	
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 ti?	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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3					
(O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EVALUANDO EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [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
EPISODIO (HIPO) MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	sí
EPISODIO MANÍACO	
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	Quiero que pienses en aquel momento en el que estuviste bien asustado o nervioso por ninguna razón:			
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 ti 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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	O	SÍ	N 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*

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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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	<p>¿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?</p>	NO ↓ Ir a J4	SÍ	1
<p>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p> <p><small>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.</small></p>				
J2	<p>¿Estos pensamientos volvían a tu mente aún cuando tratabas de ignorarlos o de librarte de ellos?</p>	NO ↓ Ir a J4	SÍ	2
J3	<p>¿Tu piensas que estas cosas vienen de tu propia mente y que no vienen de fuera de tu cabeza?</p>	NO	SÍ obsesiones	3
J4	<p>¿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?</p>	NO	SÍ compulsiones	4
<p>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>				

¿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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

NO	SÍ ⁵
TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL	

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	En el último mes:			
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
	K 3 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K3a-f?	➡ NO	SÍ	
K4	Durante el último mes:			
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
	K 4 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE K4a-e?	➡ 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	¿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 periodo de 3 horas? ¿Hiciste esto mas de 2 veces en el último año? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	1
----	---	----	----	---

L2	En el último año :			
	a ¿Necesitaste beber más alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando empezaste a beber?	NO	SÍ	2
	b ¿Cuando reducias la cantidad de alcohol o dejabas de beber, temblaban tus manos? ¿Sudabas? ¿Te sentias nervioso o no te podias 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 bebias 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 podias lograrlo? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	5
	e ¿En los días que bebias, 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
----	---	----

	En el último año :			
L3	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 podias 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? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	13

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

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, si en el pasado año , 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, Dilandid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

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

Inhalantes: pegamento, "éther", óxido nítrico, ("laughing gas"), "amyf" o "butyl nitrate" ("poppers").

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

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

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

Especifique la Droga(s) MAS USADA: _____

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

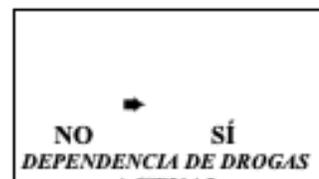
a ¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla?	NO	SÍ	1
--	----	----	---

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	¿Cuándo 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? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO 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 física 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): _____

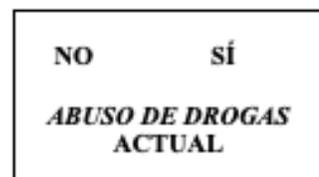


Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

Durante el año pasado:

3 a	¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenías 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? (CODIFIQUE SÍ, 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 policia)?	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? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ 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 NO EN AMBAS N1A Y N1B, CIRCULE NO EN TODAS LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y SALTE A O1					
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)

En los últimos 6 meses:

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
		O 1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O1a-i?	NO	SÍ	
En los últimos 6 meses:					
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	
O 2 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O2a-f?		➡	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 SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN DOS O MAS RESPUESTAS					

¿CODIFICÓ SÍ EN O1 RESUMEN & O2 RESUMEN?

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

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

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

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

NO	SÍ
<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)

P1	En el último año:			
	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, arrebatarle el bolso a alguien?	NO	SÍ	6
	g ¿Has forzado a alguien a una actividad sexual?	NO	SÍ	7
	h ¿Has empezado un fuegos 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?	NO	SÍ	11
	CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	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?	NO	SÍ	13
	CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA			
	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?	NO	SÍ	15
	CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA			
	P1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE P1a-o?	●	NO	SÍ
	¿HAY POR LO MENOS UNA PRESENTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ?	●	NO	SÍ
P2	¿Este comportamineto te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos?	NO	SÍ	16
	CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			

¿ CODIFICÓ SÍ EN P1 RESUMEN & P2 ?

NO **SÍ**
TRASTORNO DE LA
CONDUCTA
ACTUAL

O. 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.

				EXTRAÑAS		
Ahora te voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.						
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	NO	SÍ	SÍ	1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO						
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ ➡R6	2
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 ➡R6	4
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 ti? NOTA: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO	NO	SÍ	SÍ	5
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ ➡R6	6
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 ➡R6	8
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]: SI SÍ: ¿Escuchaste una voz hablando de ti? Escuchaste más de una voz hablando?	NO	SÍ		11	
					SÍ		
	b	SI SÍ: ¿Has escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → R Rb	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	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ		14	
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):							
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 «a b»? O ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a b»?	NO SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL				
R12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a a»? O ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO	NO YES ¹⁸ TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA				

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

NO sí

R14 SI CODIFICÓ SÍ EN R12:

¿Tenias estas creencias o experiencias que me acabas de describir; [DE EJEMPLOS AL PACIENTE] solamente cuando te sentias deprimido(a)? ¿Exaltado(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. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kgs.
b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido tu peso más bajo?	
¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN) ?	
➡ NO SÍ	

En los últimos tres meses:				
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?

➡	SÍ
NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

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 periodo 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 baño? ¿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 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 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 NERVIOSA.)	NO	SÍ 15
T8	¿CODIFICÓ SÍ EN T5 O CODIFICÓ NO EN T7 O SALTÓ A O8?	NO SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
T9	¿CODIFICÓ SÍ EN T7?	NO SÍ ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo/Purgativo ACTUAL	

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	<p>a En los últimos 6 meses, ¿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</p>	➡	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	<p>PARA LAS SIGUIENTES, CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.</p> <p>Cuando estas preocupado, casi todo el tiempo:</p>				
	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?		<p style="margin: 0;">NO SÍ</p> <p style="margin: 0; text-align: center;"><i>Trastorno de Ansiedad Generalizada</i></p> <p style="margin: 0; text-align: center;">ACTUAL</p>		

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? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	➡ 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].				
ESTRESOR IDENTIFICADO: _____				
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? [¿Dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?]	➡ NO	SÍ	2
V3	a ¿Este estrés te molesta mas que lo que molestaría a otros niños de tu edad?	➡ NO	SÍ	3
	b ¿Te causan estos problemas dificultades en la escuela? ¿Dificultades en tu casa? ¿Dificultades con tu familia o con tus amigos? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ 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?	➡ NO	SÍ	5
V5	¿Estos problemas han continuado a pesar de que el estrés ya terminó? ¿Estos problemas han continuado por más de 6 meses desde que el estrés desapareció? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA		➡ SÍ	6

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

CALIFICADORES:
apropiados.

Marcar todos los que sean

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

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.

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

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Reconocimientos:

Queremos agradecer a Mary Newman, Berney Wilkinson, y a Marie Salmon por su ayuda y sugerencias

REFERENCIAS

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

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

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

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

Apéndice 3. Herramienta para detección de violencia

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

Número de expediente _____ Fecha: _____	
Nombre del prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección _____	
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha menospreciado o humillado?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA FÍSICA	
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	
¿Le ha tratado de ahorcar?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA SEXUAL	
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	

Si el o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, ó a cualquiera de las preguntas de las Secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo. (Ver capítulo 7).

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
A. RIESGO A LA SALUD MENTAL E INCREMENTO DE VIOLENCIA				
1.	La insultó, menospreció o humilló en privado o frente a otras personas.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
2.	Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento).	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
3.	La controló en sus actividades o tiempos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
4.	Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
5.	La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
6.	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7.	Le destruyó algunas de sus pertenencias.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
8.	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9.	Amenazó con golpearla o encerrarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
10.	Amenazó con matarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

11.	Amenazó con llevarse a sus hijos/as.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
B. RIESGO A LA SALUD FÍSICA				
12.	La sacudió, zarandeó, jaloneó o empujó a propósito.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
13.	La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
14.	Quemaduras con objetos calientes o sustancias.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
C. RIESGO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
15.	La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
16.	Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otras personas o hacia sus hijos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
17.	Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijos/as para tener sexo.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
18.	Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
19.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin utilizar fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
20.	La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

21.	La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
22.	Ha estado o está embarazada como producto de la violación. Indague el tiempo de gestación.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
23.	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
24.	La ha golpeado durante el embarazo.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
C. RIESGO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
25.	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
D. RIESGO DE MUERTE INMINENTE				
26.	La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
27.	La trató de ahorcar o asfixiar.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
28.	La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
29.	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
30.	Le disparó con alguna pistola o rifle.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.

Nota: Si la información reportada por la usuaria requiere la referencia de más de un tipo de servicio, elija el de mayor nivel de resolución.

Apéndice 4. Referencia a hospital o centro de salud.

REFERENCIA – CECOSAM TIERRA Y LIBERTAD

Fecha _____
Nombre del paciente: _____
Edad: _____
Diagnóstico: _____
Unidad que refiere: _____
Unidad a la que se refiere: _____
Dirección de unidad a la que se
refiere: _____

PEEA: _____

Estudios de laboratorio y/o
gabinete: _____

Tratamiento: _____

Nombre y firma de quien
refiere: _____

Supervisor: _____

Apéndice 5. Hoja de recolección de datos

REGISTRO DE DATOS DEL PARTICIPANTE

Fecha:

Datos generales del participante

Código de identificación: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Nivel de estudios: _____

Datos clínicos relevantes:

Personas que viven con la paciente en su casa: _____

En caso de tener esposo o pareja, él/ella vive con usted? _____

Número de hijos: _____

Hijos que viven en casa: _____

Historia de abortos: _____

Hijos fallecidos: _____

Número de parejas previas a la actual, en caso de que la tenga: _____

Enfermedades médicas: _____

Recibe algún tratamiento farmacológico: _____

Tiempo durante el cual ha permanecido en Terapia para Violencia en CECOSAM Tierra y Libertad/URP: _____

Atención psicológica previa a acudir a CECOSAM Tierra y Libertad/URP? _____

¿Usted fue víctima de abuso sexual en la infancia?

Apéndice 6. Consentimiento informado

Protocolo: Violencia

Titulo: “Trastornos Mentales en Mujeres Expuestas a Violencia de Pareja”

Centro del estudio:	CECOSAM Tierra y Libertad
Domicilio:	Frontera 2232, Tierra y Libertad Sector Sur, 64244 Monterrey, N.L.
Número telefónico de oficina:	8183011988
Número telefónico de atención las 24 horas al día	8119160653
Médico del estudio:	Dr. Rogers Alcides Pezoa Patiño
Comité de Ética:	
Persona de contacto:	<p style="text-align: center;">Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.</p> <p style="text-align: center;">Dr. Federico Ramos Ruiz Presidente del Comité de Ética en Investigación</p> <p style="text-align: center;">Dr. Carlos Jerjes Sánchez Díaz Presidente del Comité de Investigación</p>
Domicilio:	<p style="text-align: center;">Av. Ignacio Morones Prieto 3000 Pte. Col. Los Doctores CP: 64710 Monterrey, Nuevo León México</p> <p style="text-align: center;">81 88 88 21 07</p>
Número telefónico:	

Introducción

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo buscar trastornos mentales en mujeres que acuden al CECOSAM Tierra y Libertad y que se encuentran expuestas a violencia de pareja.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.) Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente a su médico tratante o al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención médica que se le provea, ni deteriorará la relación con su médico. Si decide no participar, usted puede platicar con su médico sobre los cuidados médicos regulares. Su médico puede retirarlo o recomendarle no participar en caso de que así lo considere.

Propósito del Estudio

El presente estudio tiene como objetivo buscar trastornos mentales en mujeres que acuden al CECOSAM Tierra y Libertad y que se encuentran expuestas a violencia de pareja. Se le ha pedido que participe en este estudio porque actualmente forma parte del grupo de pacientes que reciben atención psicológica en el CECOSM Tierra y Libertad por el problema de violencia, y a través de esta entrevista se puede llegar a diagnosticar algún problema de salud mental que amerite atención especializada, y hacer una referencia para que pueda recibir tratamiento adecuado en su centro de salud. Su participación tendrá una duración de aproximadamente una hora, lo cual corresponde a la extensión de la entrevista.

¿Cuántos pacientes participaran en el Estudio?

Se estima que participarán 50 pacientes.

¿Cuánto durará la Participación?

Entre una hora y media y dos horas.

¿Qué sucederá durante el estudio de Investigación?

Después de firmar el consentimiento informado se verificara que usted cumpla con todos los Criterios de Inclusión que son:

- Ser una mujer de 15 años o más
- Tener exposición a violencia de pareja actualmente o en el pasado, sea cual sea su severidad
- Haber firmado el consentimiento informado

Y que no presente ningún criterio de Exclusión:

- Personas que no cooperen con las entrevistas a causa de su estado mental
- Pacientes que no puedan acudir a la entrevista por problemas de logística
- Menores de 15 años
- No haber firmado el consentimiento informado

Procedimientos del Estudio

La participación en este estudio se limita a asistir a una entrevista durante la cual se le aplicarán cinco cuestionarios. El primero consiste en preguntas dirigidas a recolectar datos personales y clínicos de importancia. En el segundo y tercero le haré preguntas acerca de la presencia de violencia en su relación de pareja. El cuarto, llamado entrevista MINI, incluye 16 apartados con un número variable de preguntas acerca de problemas de salud mental que podría estar presentando.

Responsabilidades del Paciente

Contestar las preguntas con la mayor sinceridad posible.

Riesgos

No se contempla riesgo a la salud física o psicológica con la aplicación de estos cuestionarios.

Beneficios

El beneficio de participar en este estudio, es que se le brindará información acerca de su salud mental, y en caso de encontrar datos de alarma, se le brindará una referencia a su centro de salud. En esta referencia se explicarán los hallazgos de la entrevista, para que se le pueda iniciar un tratamiento adecuado.

¿Qué Opciones están disponibles aparte de participar en este estudio?

Acudir directamente a la consulta externa y solicitar entrevista de primera vez con Psiquiatría ya sea en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica o en la Unidad de Psiquiatría del Hospital

Universitario, o, si se cuenta con derechohabiencia por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), acudir a clínica correspondiente para recibir un referencia a la clínica 22.

Compensación por lesiones

No se contempla la posibilidad de lesiones secundarias a su participación en este estudio.

¿Participar en el estudio es voluntario?

Si. Participar en este estudio de investigación es decisión de usted. Usted puede decidir no participar o cambiar de opinión y después retirarse (abandonar). No habrá ninguna penalidad y usted no perderá ningún beneficio que reciba ahora o que tenga derecho a recibir.

Le diremos si tenemos información nueva que pueda hacerlo cambiar de opinión acerca de su participación en este estudio de investigación. Si usted desea salirse, deberá decirnos. Nos aseguraremos de que usted pueda terminar el estudio de la manera más segura. También le hablaremos sobre la atención de seguimiento, si fuera necesaria.

El médico del estudio o el patrocinador del estudio pueden decidir retirarlo del estudio sin su consentimiento si:

- No contestar todas las preguntas de los cuestionarios.

Si usted abandona el estudio por cualquier razón, el médico del estudio puede solicitarle que se realice algunas pruebas de fin de tratamiento por su seguridad (Procedimientos al final del tratamiento/ retirada). El médico del estudio también le puede preguntar si quiere participar en la parte de seguimiento del estudio. Si usted acepta continuar con la parte del seguimiento del estudio, la información acerca de su salud continuará siendo recolectada tal como se describe en la (Procedimientos durante la fase de seguimiento a...). El médico del estudio discutirá con usted las diferentes opciones para retirarse del estudio.

Costo de la participación

No habrá ningún costo por su participación en este estudio.

Usted será responsable por el costo de su atención médica habitual, incluidos los procedimientos y/o medicamentos no relacionados con el estudio que su médico del estudio o su médico de cabecera requieran durante el estudio como parte de su atención médica habitual.

¿Me pagarán por participar en este estudio?

No recibirá ningún pago por participar en este estudio.

Si participo en este estudio de Investigación, ¿Cómo se Protegerá mi privacidad? Confidencialidad

Se les permitirá el acceso directo a monitor(es), auditor(es), al CRI/CEI y a la(s) autoridad(es) regulatoria(s) a los registros médicos originales del sujeto para verificación de

los procedimientos y/o datos del estudio clínico, sin violar la confidencialidad del sujeto hasta donde lo permitan las leyes y regulaciones aplicables y que, al firmar una forma de consentimiento de informado escrita, el sujeto o su representante legalmente aceptado está autorizando dicho acceso.

- Los registros que identifican al sujeto se mantendrán en forma confidencial y, hasta donde lo permitan las leyes y/o regulaciones aplicables, no se harán del conocimiento público. Si los resultados del estudio se publican, la identidad del sujeto se mantendrá confidencial.

Con su consentimiento, su médico familiar (médico general) será informado que usted decidió participar en este estudio de investigación.

Sus registros obtenidos mientras usted participa en este estudio, así como los registros de salud relacionados, permanecerán estrictamente confidenciales en todo momento. Sin embargo, tendrán que estar disponibles para, los miembros del Comité de Ética Independiente y las Autoridades Médicas Regulatorias.

Al firmar la forma de consentimiento, usted otorga este acceso para el estudio actual y cualquier investigación posterior que pueda llevarse a cabo utilizando esta información. Sin embargo, el Investigador del estudio tomará las medidas necesarias para proteger su información personal, y no incluirá su nombre en ningún formato, publicaciones o divulgación futura. Si se retira del estudio, no obtendremos más información personal acerca de usted, pero podremos necesitar continuar utilizando la información ya recopilada.

Usted no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio.

¿A quién podre contactar si tengo preguntas?

Antes de que usted firme este documento, deberá preguntar acerca de cualquier cosa que no haya entendido. El equipo del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio. Si usted piensa que su pregunta no ha sido contestada completamente o si no entiende la respuesta, por favor continúe preguntando hasta que esté satisfecho.

No firme este formato a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y de que haya obtenido respuestas satisfactorias a todas sus preguntas.

**SUS DERECHOS NO SON AFECTADOS BAJO NINGUNA
LEY DE PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

¿A quién poder contactar si tengo preguntas sobre mis derechos?

Si tiene alguna preocupación o queja acerca de este estudio o sobre cómo se está realizando, o alguna pregunta con respecto a sus derechos como un paciente de investigación, usted puede comunicarse al (01) 81 8888210.

FIRMAS:

Marcar con una X si se cumplió con lo que se menciona.

He sido informado acerca del estudio y tuve mi primer diálogo con el médico del estudio o el personal de la investigación acerca de dicha información el (Fecha) _____ a la hora (si es necesario) _____. (La hora es necesaria solamente si la información y el consentimiento fueron entregados el mismo día.)

He leído y entendido la información en este documento de consentimiento informado.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.

Consiento voluntariamente participar en este estudio. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

**Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este documento, que tiene #
páginas.**

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha de la firma

Hora (si es necesaria)*

Nombre del representante legalmente autorizado

Parentesco

Firma del representante
legalmente autorizado

Fecha de la firma

Hora (si es necesaria)*

Testigos Imparciales

Nombre del Testigo Imparcial 1

Dirección del Testigo Imparcial 1

Parentesco

Firma del Testigo Imparcial 1

Fecha (dd-mmm-aa) Hora _____

Nombre del Testigo Imparcial 2

Dirección del Testigo Imparcial 2

Parentesco

Firma del Testigo Imparcial 2

Fecha (dd-mmm-aa) Hora _____

Persona que Obtiene el Consentimiento

Nombre de la persona que condujo el Proceso del consentimiento

Firma

Fecha de la firma

Hora (si es necesaria)*

- **Certifico que me han entregado una copia de este documento firmado, así como he entregado una copia de mi identificación oficial.**

Firma del Paciente

Referencias

- Appel, A., & Holden, G. (1998). *The Co-Occurrence of Spouse and Physical Child Abuse: A Review and Appraisal*. 12(4), 578–599. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.578>
- Ayub, M., Irfan, M., Nsar, T., Lutufullah, m, Kingdon, D., & Naeem, F. (2009). *Psychiatric morbidity and domestic violence: A survey of married women in Lahore*. 44(11), 953–960. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0016-6>
- Beitchman, jh, Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G., Akman, D., & Cassavia. (s/f). *A review of the long-term effects of child sexual abuse*. 16(1), 101–118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-F](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-F)
- Bennice, J., Resick, P., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). *The Relative Effects of Intimate Partner Physical and Sexual Violence on Post-Traumatic Stress Disorder Symptomatology*. 18(1), 87–94.
- Bent-Goodley, T. (2007). *Health disparities and violence against women: Why and how cultural and societal influences matter*. 8(2), 90–104. <https://doi.org/10.1177/1524838007301160>
- Bonomi, A., Thompson, R., Anderson, M., Reid, R., Carrell, D., Dimer, J., & Rivara, F. (2006). *Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning (see comment)*. 30, 458–466.
- Briere, J., & Jordan, C. (2004). *Violence Against Women Outcome Complexity and Implications for Assessment and Treatment*. 19(11), 1252–1276. <https://doi.org/10.1177/0886260504269682>

- Briere, J., & Runtz, M. (1987). *Post sexual abuse trauma: Data and implications*. 2(4), 367–379. <https://doi.org/10.1177/088626058700200403>
- Brown, G., Harris, T., Hepworth, C., & Robinson, R. (1994). *Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry*. 165(4), 457–465. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.4.457>
- Campbell, J, Kub, J., Belknap, R., & Templin. (1997). *Predictors of Depression in Battered Women*. 3(3), 271–293. <https://doi.org/10.1177/1077801297003003004>
- Campbell, JC. (2002). *Health consequences of intimate partner violence*. 13(359(9314)), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud. (2006). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM)*.
- Cloitre, M. (1998). Cognitive-behavioral therapies for trauma. En *Sexual revictimization: Risk factors and prevention* (pp. 278–304). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1998-06729-010>
- Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., & Chung, W. (2001). *Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey*. 358(9280), 450–454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05622-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05622-7)
- Corvo, K. (2019). *Early-life risk for domestic violence perpetration: Implications for practice and policy*. 40(1), 152–164. <https://doi.org/10.1002/imhj.21762>.
- Council of Scientific Affairs, A. M. A. (1992). *Violence against Women. Relevance for Medical Practitioners*. 267(23). <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480230076032>

- Danielson, K., Moffitt, T., Caspi, A., & Silva, P. (1998). *Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study*. *155*(1), 131–133. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.131>
- Ehrensaft, M., Moffitt, T., & Caspi, A. (2006). *Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study*. *163*(5), 885–892. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.885>
- Flach, C., Leese, M., Heron, J., Evans, J., Feder, G., Sharp, D., & Howard, L. (2011). *Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: A cohort study*. *118*, 1383–1391. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03040.x>
- Follingstad, D., Rutledge, L., Berg, B., Hause, E., & Polek, D. (1990). *The role of emotional abuse in physically abusive relationships*. *Journal of Family Violence*, *5*, 107–120. <https://doi.org/10.1007/BF00978514>
- García Oramas, M., & Matud Aznar, M. (2015). *Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España*. *38*(5), 321–237. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.044>
- Gleason, W. (1993). *Mental disorders in battered women: An empirical study*. *8*(1), 53–68.
- Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* (p. 2). (2013). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1

- Global study on homicide. Gender-related killing of women and girls.* (2019). UNODC.
https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf
- Golding, J. (1999). *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis.* *14*, 99–132.
- Guzmán-Rodríguez, C., Cupul Uicab, L., Borges, G., Salazar-Martínez, E., Salmerón, J., & Reynales-Shigematsu, L. (2019). *Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México.* 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005>
- Heise, L. (1994). *Gender-based Abuse: The Global Epidemic.* *10*(supl 1), 135–145.
- Herman, J. (2003). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia* (Vol. 1). Espasa.
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C., & Franco, A. (2006). *Entre la negación y la impotencia: Prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México.* *48*(Suppl 2), S259–S267.
- Heru, A., Stuart, G., Rainey, S., Eyre, J., & Recupero, P. (2006). *Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent.* *67*(1), 23–29.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0104>
- Hien, D., & Ruglass, L. (2008). *Interpersonal partner violence and women in the United States: An overview of prevalence rates, psychiatric correlates and consequences and barriers to help seeking.* *32*(1), 48–55.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.003>

- Hijar, M., Ávila-Burgos, L., & Valdez-Santiago, R. (2006). *¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja?* 29(6).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252006000600057
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S., & Broberg, A. (2014). *Asking Routinely About Intimate Partner Violence in a Child and Adolescent Psychiatric Clinic: A Qualitative Study*. 29, 67–78. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9554-5>
- INEGI (sede Web). (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2_011/default.aspx 2011
- Informe mundial sobre la violencia y la salud*. (2003). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional Para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf?sequence=1
- Juan López, M., González Pier, E., Kuri Morales, P., Velasco González, M., Gutiérrez Domínguez, F., Ruíz-Palacios y Santos, G., Mondragón y Kalb, M., Monroy Yurrieta, E., Aguilera Aburto, N., Arriola Peñaloza, A., Meljem Moctezuma, J., Ruiz de Chávez Guerrero, M., O'Shea Cuevas, G., Ruíz-Pérez, L., & García Cavazos, R. (2014). *Programa de Acción Específico: Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018*. D.R. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10045/PrevencionyAtnViolenciaFamiliardeGenero.pdf>

- Kantor, G., & Straus, M. (1989). *Substance abuse as a precipitant of family violence victimization*. *15*(2), 173–189.
- Kemp, A., Green, B., Hovanitz, C., & Rawlings, E. (1995). *Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: Shelter and commu*. *10*(1), 43–55.
<https://doi.org/10.1177/088626095010001003>
- Khalifeh, H., Moran, P., Borschmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osborn, D., Johnson, S., & Howard, L. (2014). *Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness*. *45*(4), 875–886.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714001962> ORIGINAL ARTICLE
- Kilpatrick, D., Acierno, R., Resnick, H., Saunders, B., & Best, C. (1997). *A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violence assault and substance use in women*. *65*(5), 834–847. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.5.834>
- Koss, M., & Heslet, L. (1992). *Somatic Consequences of Violence Against Women. 1*, 53–59.
- Krebs, C., Breiding, M., Browne, A., & Warner, T. (2011). *The Association Between Different Types of Intimate Partner Violence Experienced by Women*. *26*, 487–500.
<https://doi.org/10.1007/s10896-011-9383-3>
- Krug E, D., M, J., B, Z., & R, L. (2002).
- Kumar, S., Jeyaseelan, I, Suresh, S., & Ahuja, rc. (2005). *Domestic violence and its mental health correlates in Indian women*. *187*, 62–67.
- Liang, B., Goodman, L., Pratyusha, T., & Weintraub, S. (2005). *A Theoretical Framework for Understanding Help-Seeking Processes Among Survivors of Intimate Partner Violence*. *36*(Nos 1/2), 71–84. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6233-6>

- Lozano, R., Gómez, H., Pelcastre, B., Ruelas, M., Montañez, J., Campuzano, J., Franco, F., & González, J. (2015). Carga de la Enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 57(3), 288–290.
- Ludermir, A., Lewis, G., Valongueiro, S., Barreto de Araujo, T., & Araya, R. (2010). *Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: A prospective cohort study*. 11(376 (9744)).
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60887-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60887-2)
- Manual Operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*. (2009). SSA.
http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/ModeloIntegrado_para_Prevention_Atn_Violencia_familiar_y_se.pdf
- Martínez Pacheco, A. (2016). *La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio*. 46, 7–31.
- Mechanic, M., Weaver, T., & Resick, P. (2008). *Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A Multidimensional Assessment of Four Different Forms of Abus*. 14(6), 634–654. <https://doi.org/10.1177/1077801208319283>
- Moe, A. (2007). Silenced Voices and Structured Survival. Battered Women's Help Seeking. *Western Michigan University*, 13(7), 676–699.
<https://doi.org/10.1177/1077801207302041>
- Moreira, P., Pinto, M., Cloninger, C., Rodrigues, D., & Fernandes da Silva, C. (2019). *Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: The role of personality*. 1–25. <https://doi.org/10.7717/peerj.6647>

- National Institute of Justice. (2010). *Measuring Intimate Partner (Domestic) Violence*.
<https://www.nij.gov/topics/crime/intimate-partner-violence/Pages/measuring.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *World Atlas of Gender Equality in Education*. (2012). Francia: UNESCO.
- Robertiello, G. (2006). *Common Mental Health Correlates of Domestic Violence*. 6(2), 111–121.
- Sansone, R., Chu, J., & Wiederman, mw. (2007). *Suicide attempts and domestic violence among women psychiatric inpatients*. 11(2), 163–166.
<https://doi.org/10.1080/13651500600874873>
- Secretaría de Salud. (2006). *Informe Nacional Sobre Violencia y Salud*. SSA.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/InformeNalsobreViolenciaySalud.pdf>
- Spangler, D., & Brandl, B. (2007). *Abuse in Later Life: Power and Control Dynamics and a Victim-Centered Response*. 12(6), 322–331.
<https://doi.org/10.1177/1078390306298878>
- Stoebner, D., Johnson, S., Combs, D., & Nash, J. (1999). *Precipitating Variables and Post-Traumatic Stress Disorder Among Battered Hispanic Women: A Pilot Study*. 27(1), 23–31. <https://doi.org/10.1080/15564223.1999.12034540>
- Sugg, N., & Inui, T. (1992). *Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora's Box*. 267(23), 2157–3160.
- Thompson, M., Basile, K., Hertz, M., & Sitterle, D. (2006). *Measuring Intimate Partner Violence victimization and Perpetration: A Compendium of Assessment Tools*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for

Injury Prevention and Control.

https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11402/cdc_11402_DS1.pdf

Tiburcio Sainz, M., Natera Rey, G., & Berenzon Gorn, S. (2010). *Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal*. 33(3), 243–248.

Valdez, R., & Juárez, C. (1998). *Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: Análisis y perspectivas en México*. 21(6).

http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/722/721

Valdez-Santiago, R., Juárez-Ramírez, C., Salgado de Snyder, N., Agoff, C., & Avila-Burgos, L. (2006). *Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México*. 48(suplemento 2).

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sals062e.pdf>

Vieyra-Moreno, C., Gurrola-Peña, G., Balcázar-Nava, P., Bonilla-Muñoz, M., & Virseda-Heras, J. (2009). *Estado de salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal que acuden a la procuraduría general de justicia del estado de México*. 17(1), 57–64.

Vranda, M., Channaveerachari, N., Muralidhar, D., & Janhardhana, n. (2018). *Barriers to Disclosure of Intimate Partner Violence among Female Patients Availing Services at Tertiary Care Psychiatric Hospitals: A Qualitative Study*. 9(3), 326–330.

https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_14_18.

Whitfield, C., Anda, rf, Dube, S., & Felitti, V. (2003). *Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health*

maintenance organization. 18, 166–186.

<https://doi.org/10.1177/0886260502238733>

Widom, C., & Maxfield, M. (2001). An Update on the “Cycle of Violence”. *Washington, DC: NIJ, US Department of Justice.*

Zilberman, M., & Blume, S. (2005). *Domestic violence, alcohol and substance abuse. 27(Supl II), S51-5.*

Currículum vitae del autor



CURRÍCULUM VITAE ÚNICO

CHRISTINA GONZALEZ-TORRES

Generado el : 02/nov/2020

1. Datos personales

Fecha de nacimiento: 21/nov/1988
País de nacimiento: México
Nacionalidad: Mexicana
Correo electrónico: c_gt88@hotmail.com
CVU: 824786
Nivel SNI:
Empleo actual
Inicio: 01/mar/2017
Nombre del puesto: RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA
Institución:

2. Grados académicos

Fecha de obtención: 06/nov/2014 **Nivel de escolaridad:** Licenciatura
Título: Médico Cirujano Partero
Institución: Universidad Autonoma de Nuevo Leon (UANL)

3. Trayectoria profesional

3.1 Experiencia laboral

Inicio: 01/feb/2016 **Fin:** 01/feb/2017
Nombre del puesto: Intérprete médico
Institución: LanguageLine Solutions
Inicio: 01/ago/2015 **Fin:** 31/dic/2015
Nombre del puesto: Coordinador de Urgencias Obstétricas
Institución: Servicios de Salud de Nuevo León

4. Producción científica, tecnológica y de innovación

4.1 Publicación de artículos

Año de publicación: 2020

Título del artículo: Depression and Impulsivity Self-Assessment Tools to Identify Dopamine Agonist Side Effects in Patients With Pituitary Adenomas

Nombre: Frontiers in Endocrinology

Número de la revista: No aplica

Volúmen de la revista: 11

País:

Páginas de: 1

a: 8

ISSN impreso:

ISSN electrónico: 16642392

Autores

José Miguel Hinojosa-Amaya

Nathaniel Johnson

Christina González-Torres

Elena V Varlamov

Christine G Yedinak

Shirley McCartney

Maria Fleseriu

5. Formación de capital humano

La productividad aquí mostrada corresponde a los últimos 5 años.

Página 1 de 2



6. Comunicación pública de la ciencia, tecnología y de innovación

7. Vinculación

7.2 Proyectos de investigación

Inicio: 01/ene/2017 **Fin:** 31/dic/2018
Nombre del proyecto: Estudio piloto: Estudio de los factores demográficos en pacientes que presenta conducta suicida y diagnóstico de trastorno mental
Tipo de proyecto: Investigación
Institución: Secretaría de Salud de Nuevo León

Colaboradores:

RODOLFO EDUARDO PEZOJA JARES, ROGERS ALCIDES PEZOJA PATIÑO

Inicio: 15/jun/2020 **Fin:** 15/nov/2020
Nombre del proyecto: Trastornos Mentales en Mujeres Expuestas a Violencia de Pareja
Tipo de proyecto: Investigación
Institución: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

Colaboradores:

ROGERS ALCIDES PEZOJA PATIÑO, MAGALY MONTALVO MARTÍNEZ, FEDERICO RAMOS RUIZ, SARA QUEVEDO BELLVER

Inicio: 15/nov/2019 **Fin:** 15/dic/2020
Nombre del proyecto: Relación entre el tabaquismo y el síndrome de agitación psicomotriz en pacientes con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar en pacientes
Tipo de proyecto: Investigación
Institución: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

Colaboradores:

SEVERIANO LOZANO GONZÁLEZ, ISAAC SALVADOR FERNÁNDEZ CASTILLÓN, PEDRO GERARDO ALVIZO GARCÍA, LORENA ALEJANDRA MEZA GONZÁLEZ

8. Premios y distinciones

8.2 Distinciones no CONACYT

Año: 2013	Nombre de la distinción: Premio Ceneval a Desempeño de Excelencia-EGEL
Institución que otorgó premio o distinción:	Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C.
País: México	
Año: 2014	Nombre de la distinción: Mención Honorífica
Institución que otorgó premio o distinción:	Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)
País: México	
Año: 2017	Nombre de la distinción: Coautor en Póster ganador de Tercer lugar en el XXV Congreso Nacional y V
Institución que otorgó premio o distinción:	ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA, A.C.
País: México	
Año: 2019	Nombre de la distinción: Ganador de Primer lugar en Concurso de Carteles de Categoría Estudiantes en XXVI
Institución que otorgó premio o distinción:	ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA, A.C.
País: México	