

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**PREDICTORES DE IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA
DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO**

“DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ.”

Por

Dr. Alfredo de Jesús Garza Guerra.

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

Febrero, 2021.

**Predictores de ideación suicida en pacientes con fibromialgia de la consulta
de reumatología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González."**

Aprobación de la tesis:

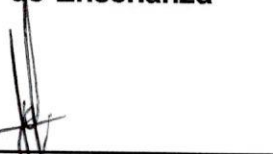


Dr. Raúl Díaz Niño de Rivera

Director de tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Dedicado a mi familia por ser la principal fuerza y apoyo incondicional en todas las etapas hasta concluir esta meta.

A mis maestros por el aprendizaje y experiencia de su gran labor a través de los años.

A mis amigos por su cariño y apoyo ante las dificultades.

A los pacientes por su confianza y por la huella que dejaron en mi para ser mejor persona y profesional.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Capítulo I	
1. RESÚMEN	8
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	10
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS	12
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS	13
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS	14
Capítulo VI	
6. RESULTADOS	18
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN	22
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN	27
Capítulo IX	
9. ANEXOS	28
Capítulo X	
10. BIBLIOGRAFÍA	54

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO 59

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Características clínicas, tratamiento y comorbilidades.....	19
2. Modelo de regresión logística, coeficiente de regresión.	21

LISTA DE ABREVIATURAS

EVA: Escala Visual Analógica del dolor.

ACR: American College of Rheumatology.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

CIE: Clasificación internacional de enfermedades.

Capítulo I

1. Resumen

Objetivos: La fibromialgia es un síndrome asociado a alta prevalencia de suicidio. En este estudio se analizó la relación entre el riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia con variables como la depresión, la ansiedad, la intensidad del dolor, los tratamientos antidepresivo y ansiolítico, y la comorbilidad reumatológica.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional. Se incluyeron 80 pacientes de entre 18 a 75 años con diagnóstico de fibromialgia, según criterios del Colegio Americano de Reumatología, revisión 2016, que acudieron consecutivamente a la consulta de Reumatología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se aplicó a los participantes la MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y la Escala Visual Analógica del dolor (EVA); los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y el riesgo de suicidio fueron evaluados con los módulos identificados por la MINI entrevista estructurada. Los pacientes con presencia *versus* ausencia de ideación suicida se compararon con todas las variables estudiadas. El análisis se llevó a cabo mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de riesgo de suicidio fue de 51.2%. La presencia de un trastorno depresivo ($p \leq 0,00150$) fue el principal factor de riesgo asociado, los otros dos más importantes fueron el tratamiento con fármacos antidepresivos ($p < 0.00162$) y el grado de dolor ($p < 0.00860$).

Conclusiones: En este estudio la presencia de riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia se relacionó con la presencia de un episodio depresivo en comorbilidad, con el uso de tratamiento farmacológico antidepresivo y con la intensidad del dolor.

Capítulo II

1. Introducción

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor crónico generalizado, de etiología desconocida, en el que se presenta disfunción en los sistemas nervioso, endocrino e inmune; con influencia de factores ambientales y de aspectos psiquiátricos. Además del dolor crónico generalizado, otros componentes clave en su presentación son los trastornos del sueño, la fatiga, los problemas cognitivos y un aumento general de los trastornos somáticos. Tiene una prevalencia que oscila entre el 2 al 4% en la población general, siendo las personas de sexo femenino las más afectadas.¹⁻²

Se ha reportado una alta prevalencia de riesgo de suicidio en los pacientes con fibromialgia, que va del 40 al 50%.³⁻⁵ El desarrollo del riesgo de suicidio es un proceso continuo y complejo. Anualmente se suicidan más de 800,000 personas en el mundo y se estima que por cada persona que consigue suicidarse hay otras veinte personas que lo han intentado.⁶ El riesgo de suicidio involucra factores como predisposición genética, eventos adversos durante la infancia, rasgos de personalidad, déficits cognitivos, eventos traumáticos, factores psicológicos, trastornos psiquiátricos, enfermedades crónico-degenerativas e intentos previos de suicidio; así como factores socioeconómicos, ambientales y contextuales.⁷ El dolor crónico, síntoma central en la fibromialgia, es un factor de riesgo independiente para suicidio, eleva casi al doble este riesgo en las personas que lo padecen. Se asocia con factores físicos, psicológicos y de calidad de vida.⁸ La

fibromialgia presenta además una alta comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad, con prevalencias que van del 40 al 60% y del 15 al 60% respectivamente, siendo trastornos mentales relacionados a un elevado riesgo de suicidio.⁹ Es necesario determinar y entender la compleja interacción de los factores de riesgo que determinan el suicidio en esta población, para su prevención y manejo integral. En este estudio, analizamos la relación entre el riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia con variables como la depresión, la ansiedad, la intensidad del dolor, el tratamiento farmacológico antidepresivo y ansiolítico, y la comorbilidad reumatológica.

Capítulo III

2. Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

La depresión, la ansiedad, la intensidad del dolor, el tratamiento y la presencia de comorbilidad son predictores de ideación suicida en pacientes con fibromialgia.

Hipótesis nula:

La depresión, la ansiedad, la intensidad del dolor, el tratamiento y la presencia de comorbilidad no son predictores de ideación suicida en pacientes con fibromialgia.

Capítulo IV

3. Objetivos

Objetivo principal:

Determinar la presencia de riesgo que ocasiona la depresión, la ansiedad, la intensidad del dolor, el tratamiento y la presencia/ausencia de comorbilidad como predictores de ideación suicida en pacientes con fibromialgia.

Objetivos secundarios:

Identificar si alguna otra patología psiquiátrica incluida en el MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional, aumenta el riesgo de ideación suicida.

Determinar si el nivel de riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia es mayor en aquellos que cumplen con criterios de depresión y ansiedad.

Identificar cual comorbilidad orgánica confiere mayor riesgo de ideación suicida en pacientes con fibromialgia

Conocer cual fármaco prescrito en el tratamiento de fibromialgia se asocia con el incremento de riesgo de ideación suicida.

Capítulo V

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional; el cual fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se incluyeron pacientes de entre 18 a 75 años con diagnóstico de fibromialgia según los criterios del Colegio Americano de Reumatología en su revisión de 2016¹⁰, que acudieron de forma regular y consecutiva a sus citas en la consulta ambulatoria del servicio de Reumatología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

- Criterios de inclusión.

- 1.-Pacientes del sexo femenino mayores de 18 años.
- 2.-Pacientes que acepten participar en el estudio.
- 3.-Aquellos que cumplan con criterios ACR 1990 y 2010 para Fibromialgia.
- 4.-Pacientes diagnosticados con Fibromialgia primaria o secundaria.

- Criterios de eliminación. Pérdida o abandono al seguimiento

Métodos

Los pacientes fueron informados del estudio en su consulta de seguimiento, se obtuvo la firma del consentimiento informado por escrito de quienes aceptaron participar. Se realizó una entrevista estructurada que incluyó la aplicación de cuestionarios a cada paciente. Las evaluaciones clínicas fueron llevadas a cabo por dos psiquiatras. En las entrevistas se recabó el tratamiento farmacológico con efecto antidepresivo y ansiolítico, y la comorbilidad reumatológica de los pacientes incluidos.

Los siguientes cuestionarios fueron aplicados:

MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) versión en Español 5.0.0: es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración, con validez y confiabilidad alta; que explora los criterios de los principales trastornos psiquiátricos del DSM-IV y la CIE-10. Se encuentra dividida en módulos identificados por letras; las categorías diagnósticas que incluye son las siguientes: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, riesgo de suicidio, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos por estrés postraumático, trastornos por sustancias, trastornos psicóticos, trastornos de la alimentación, y trastorno antisocial de la personalidad. Puede ser administrada por personal capacitado en un promedio de duración de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media de 15 minutos.¹¹

Los trastornos depresivos se clasificaron en función de los módulos A y B, en los que se interrogaron los criterios necesarios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor y trastorno distímico. Los trastornos de ansiedad se clasificaron en función de los módulos E, F, G y O, en los que se interrogaron los criterios

necesarios para el diagnóstico de trastorno de angustia, agorafobia, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada. El riesgo de suicidio se clasificó en función del módulo C; definiéndose como riesgo leve un puntaje de 1 a 5, riesgo moderado de 6 a 9 y riesgo alto 10 o más. El puntaje se codifica en base a 6 preguntas sobre suicidio, en el último mes y a lo largo de la vida.

Escala Visual Analógica del dolor (EVA): es una escala que permite medir la intensidad del dolor. Se traza una línea que se divide del 0 al 10; a la izquierda se ubica la ausencia de dolor con el número 0 y a la derecha el grado máximo de dolor con el número 10. Se clasifica el dolor como leve si el paciente lo puntúa como de intensidad igual o menor a 3, moderado si se sitúa entre 4 y 7, y severo si la valoración es igual o superior a 8.¹²

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos y la selección de variables prioritarias se usó un modelo de regresión logística univariada de la forma: $P(x) = \frac{1}{1+e^{-f(x)}}$, donde $f(x)$ es una función lineal de 6 variables binarias: EVA, tratamiento farmacológico con antidepresivo o ansiolítico, presencia de trastorno depresivo o de ansiedad y presencia de alguna comorbilidad reumatológica. La función P tiene como propósito predecir el riesgo de suicidio a partir de las 6 variables mencionadas. La selección de la función logística, sobre otras, obedece al hecho de que las variables son de tipo binario (valores 0 o 1 en caso de ausencia o presencia, respectivamente).

Los datos de las 80 pacientes fueron analizados utilizando para ello una codificación en programa computacional R (<https://www.r-project.org/>) con la función glm que permite estimar los coeficientes de la regresión logística, obteniendo los resultados mostrados en la tabla 2, donde se ha marcado con significancia estadística al 95%, variables significativas, es decir, aquellas variables cuyo valor $\Pr(|z|)$ es menor a 0.05, lo que nos indica las variables con las que se debe incluir el modelo final expresado en la siguiente fórmula: $P(x) =$

$$\frac{1}{1+e^{-(b+1.28x_1+1.88x_2+3.05x_3)}}$$

Capítulo VI

5. Resultados.

El total de la población estudiada fue de 80 pacientes, el 100 % eran mujeres con una media de edad de 50.95 años (DE \pm 10.78), el 51.2 % de las pacientes tenía riesgo de suicidio, la media del dolor fue de 6.22 (DE \pm 2.44), el 76.25% cumplía criterios para algún trastorno depresivo, el 53.75% cumplía criterios para algún trastorno de ansiedad, el 75% estaba tomando algún tratamiento con indicación antidepresiva o ansiolítica y el 65% tenía alguna comorbilidad reumatológica. Las características clínicas, tratamiento y comorbilidades se detallan en la tabla 1.

Los trastornos depresivos ($p < 0.00150$), el tratamiento con antidepresivos ($p < 0.00162$) y el grado de dolor ($p < 0.00860$), fueron las variables que se encontraron como significativas en la predicción de riesgo de suicidio. Ver resumen en la Tabla 2.

Tabla 1 Características clínicas, tratamiento y comorbilidades.

	Pacientes (n = 80)
Riesgo de suicidio, n (%):	
1.- Leve	26 (32.5)
2.- Moderado	6 (7.5)
3.- Alto	9 (11.3)
Escala Visual Analógica (p0-p10).	6.22 DE \pm 2.44
Trastornos depresivos, n (%):	
1.- Episodio depresivo mayor	57 (71.25)
- Recidivante	22 (27.5)
- Con síntomas melancólicos	31 (38.75)
2.- Trastorno distímico	25 (31.25)
Trastornos de ansiedad, n (%):	
1.- Trastorno de ansiedad generalizada	37 (46.25)
2.- Fobia social	6 (7.5)
3.- Trastorno de angustia con agorafobia	3 (3.75)
	1 (1.25)

4.- Trastorno de angustia	1 (1.25)
5.- Agorafobia	
Farmacoterapia, n (%):	
1.-Pregabalina	48 (60)
2.- Duloxetina	18 (22.5)
3.- Benzodiacepinas	11 (13.75)
4.- Sertralina	8 (10)
5.- Fluoxetina	3 (3.75)
Comorbilidades, n (%):	
1.- Artritis reumatoide	31 (38.75)
2.- Osteoartritis	23 (28.75)
3.- Síndrome de Sjögren	6 (7.5)
4.- Lupus eritematoso sistémico	2 (2.5)
5.- Esclerosis múltiple	2 (2.5)
6.- Artritis psoriásica	1 (1.25)
7.- Poliartritis	1 (1.25)

Tabla 2 Modelo de regresión logística, coeficiente de regresión.

	Estimate	Std. Error	T value	P value (> z)
EVA	1.69661	0.64574	2.627	<u>0.00860</u>
Antidepresivo	2.54936	0.80864	3.153	<u>0.00162</u>
Ansiolítico	0.14709	0.62699	0.235	0.81452
Depresión	3.10623	0.97845	3.175	<u>0.00150</u>
Ansiedad	-0.47734	0.64173	-0.744	0.45697
Comorbilidad	-0.02192	0.73171	-0.030	0.97610

Capítulo VII

1. Discusión

En el presente estudio la prevalencia global de riesgo de suicidio fue de 51.2%: leve en el 32.5%, moderado en el 7.5% y alto en el 11.3%, cifras que concuerdan con lo reportado en la literatura. En un metaanálisis de 2018³ se encontró una prevalencia de 48% para riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia, siendo mayor que la reportada en las demás enfermedades reumáticas estudiadas. En un estudio transversal del 2015⁴ también se encontró una prevalencia del 48%, con un 8.3% de riesgo de suicidio alto en pacientes con fibromialgia. En un estudio comparativo de 2014⁷ se encontró un 41% de riesgo de suicidio pasivo y un 13.6% de riesgo suicida activo entre los pacientes con fibromialgia. Nuestro estudio, al igual que el de Triñanes et al.¹³, muestra principalmente un riesgo de suicidio leve. Sin embargo, dada la complejidad del suicidio y su evolución continua, es importante la detección oportuna de este riesgo en los esfuerzos de prevención.

De manera consistente con otros estudios^{4, 5, 13}, la variable más significativa para riesgo de suicido en nuestro análisis fue la comorbilidad con trastornos depresivos. La depresión es uno de los factores de riesgo de mayor importancia

para suicidio en pacientes con fibromialgia, siendo una comorbilidad frecuente en las afecciones que cursan con dolor crónico. Se ha reportado una prevalencia de por vida en pacientes con fibromialgia de cerca del 90% para síntomas depresivos y del 62 a 86% para un trastorno depresivo mayor. ¹⁴

Jiménez-Rodríguez et al.⁵, concluyen que por sí misma, la fibromialgia no se asocia con mayor riesgo de suicidio, sino que está relacionada con un cuadro depresivo comórbido. Existen los datos suficientes para relacionar la fibromialgia con la depresión, pudiendo ser dos manifestaciones de un mismo trastorno del estado de ánimo. Los factores genéticos y ambientales predisponen, precipitan y perpetúan ambas patologías entre sí; como lo son por ejemplo los cambios constantes en los niveles de cortisol, que varían según la progresión de los trastornos, volviendo difícil su manejo. Además, los resultados apoyan una agregación familiar, con una tasa basal de depresión del 39.0% en familiares de sujetos con depresión y del 37.3% en sujetos con fibromialgia. Padecer fibromialgia o depresión aumentó la tasa de depresión en familiares al 45.5%. ¹⁴

Chang et al.¹⁵ argumentan que existe una asociación bidireccional entre la fibromialgia y la depresión. La depresión aumenta el riesgo posterior de recibir un diagnóstico de fibromialgia y tener un diagnóstico de fibromialgia aumenta la probabilidad de sufrir un cuadro depresivo a lo largo de la vida. Además, los

pacientes con depresión suelen ser diagnosticados con fibromialgia a una edad más temprana y ocurre lo mismo en pacientes con fibromialgia, desarrollando depresión a una edad menor.

La eficacia de los fármacos antidepresivos para el tratamiento de la fibromialgia ha sido evidenciada en los estudios clínicos.¹⁶ Se ha mencionado que su eficacia es debida a un efecto analgésico, más que a un beneficio sobre el estado de ánimo, en el que parecen estar implicados varios neurotransmisores; teniendo los antidepresivos de actividad mixta, o en los que predomina la actividad noradrenérgica, una mejor respuesta.¹⁷ En una revisión de Cochrane realizada en 2018, los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN), duloxetina y milnaciprán brindaron un beneficio clínicamente significativo sobre el placebo en la mejoría global percibida por el paciente, quienes mejoraron en un 52% de los casos, en comparación con el 29% de los que recibieron placebo. Si bien demostraron una mejoría sobre el dolor, fueron similares al placebo en cuanto a los problemas de sueño; además, no fueron mejores que este para mejorar la fatiga o la calidad de vida, reportándose un mayor abandono del tratamiento por los efectos adversos.¹⁸

Sobre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) las conclusiones son desalentadoras, en una revisión de Cochrane de 2015 no demostraron ser superiores al placebo en eficacia clínica.¹⁹ Por lo tanto, dado que la evidencia para los ISRS es inconsistente, deben elegirse siempre los antidepresivos IRSN, que sí han demostrado ser mejores que el placebo.¹⁸ Entre las hipótesis para el aumento de riesgo de suicidio en pacientes tratados con

antidepresivos en nuestro estudio, destaca el uso de ISRS en el 13.75% de las pacientes, ya que 9 de los 11 pacientes tratadas con ISRS tenían riesgo de suicidio. Otra hipótesis son las dosis subterapéuticas en la comorbilidad con un trastorno depresivo, ya que los antidepresivos se prescribieron para una indicación no psiquiátrica y la mayoría no estaban siendo tratadas en forma conjunta por un psiquiatra, pese a la alta prevalencia de trastornos depresivos y de riesgo de suicidio.

Un hallazgo secundario encontrado en la aplicación de la MINI, es la comorbilidad de trastorno bipolar en pacientes con fibromialgia. Si bien no fue un objetivo de nuestro estudio, creemos que es de gran relevancia mencionarlo por el riesgo en el uso de antidepresivos en esta subpoblación. En un metaanálisis de 2015 se reportó esta comorbilidad en el 21% de los pacientes.²⁰ El uso de antidepresivos en el trastorno bipolar aumenta el riesgo de irritabilidad, agitación psicomotriz, manía y ciclación rápida. Por lo tanto, a pesar de su beneficio sobre el dolor en la fibromialgia, aumentarían el riesgo de suicidio en pacientes con dicha comorbilidad.^{17,21,22} En nuestro estudio tres pacientes cumplían criterios para trastorno bipolar, dos de ellos estaban tomando un antidepresivo. Debe hacerse una correcta valoración de la comorbilidad antes de prescribir antidepresivos en una consulta no psiquiátrica. El diagnóstico de trastorno bipolar suele ser complicado, creando resultados negativos y múltiples impedimentos por un error diagnóstico.²³

El dolor crónico y el suicidio son problemas de gran complejidad. En Estados Unidos en el 2016, aproximadamente el 20% de los adultos padecía dolor crónico

y el 8% tenía dolor crónico de alto impacto, siendo una condición grave, crónica y debilitante para las personas que lo padecen.²⁴ Las personas con dolor crónico tienen una mayor prevalencia de riesgo de suicidio relacionado una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y otros problemas sociales relacionados al dolor.²⁵

Melanie Racine en su revisión de 2018⁸, concluyó que el dolor crónico es un factor de riesgo individual para suicidio, independientemente de la condición que lo cause. Tang y Crane²⁶ encontraron que un 20 % de los pacientes con dolor crónico presentaban riesgo de suicidio, lo que les confería al menos el doble de riesgo de morir por suicidio. Señalaron además que la sensación de impotencia, la desesperanza, el deseo de escapar, los pensamientos catastróficos, la evitación relacionada con el dolor y los déficits en la solución de problemas parecen ser factores psicológicos que pueden conducir al suicidio. Edwards et al.²⁷ mencionan que un 30 % de los pacientes que acuden a consulta por dolor crónico presentan riesgo de suicidio.

Fishbain et al.²⁸ recomiendan que todos los pacientes con dolor crónico, se valore rutinariamente la presencia de comorbilidades psiquiátricas; en particular depresión y riesgo de suicidio, para su referencia y manejo integral por un psiquiatra, sobre todo en aquellos que reporten altos niveles de dolor.

Capítulo VIII

2. Conclusiones

En conclusión, en este estudio la presencia de riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia se relacionó con la presencia de un episodio depresivo en comórbido, con el uso de tratamiento farmacológico antidepresivo y con la intensidad del dolor.

Capítulo IX

3. Anexos

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. Wehler, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

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

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.1
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.1
EDM CON SÍNTOMAS MELANCOLÍCOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.1x
		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.1x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISODIO HIPOMANÍACO	Pasado	<input type="checkbox"/>		
	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
E TRASTORNO DE ANGIUSTIA	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (epidemiol)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-50	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-50	F11.1-F19.1
	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
		<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	F32.3/F33.3
M ANDREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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 penetración 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 encuestas escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.
Las encuestas escritas en «MAYÚSCULA» no deben de leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.
Las encuestas escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el periodo de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.
Respuestas con una flecha encima (↗) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.
Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).
Fines entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:
Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.
El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).
Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse si en la MINI, la MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas.

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

David V. Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@tuc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 Paris, Francia Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@irt.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Villapalme, 15C, 28002 Madrid, España Tel.: + 91 564 47 18 Fax: + 91 411 54 32 e-mail: iap@fundacion.es	Mirelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: msoto@1969@aol.com
---	--	--	---

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

(= SIGNIFICA: SI A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RESPONDE CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINÚE 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	SI	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	SI	2	
		NO	SI		
¿CODIFICÓ SI EN A1 O EN A2?		NO	SI		
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:				
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SI, SE CONTESTÓ SI EN ALGUNA.	NO	SI	3	
b	¿Tiene 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	SI	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	SI	5	
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6	
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7	
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8	
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sentió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9	
		NO	SI		
¿CODIFICÓ SI EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?		NO	SI		
		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 R:					
A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
		NO	SI		
b		¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11
		NO	SI		
		EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE			

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

A5	a	¿CODIFICÓ SI EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		SI NO: ¿cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SI EN A5a O A5b?	NO	SÍ	
A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SI EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SI EN A3e (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 SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?	NO	SÍ	

NO SÍ

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCOLÍFICOS ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B. Trastorno distímico

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

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

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

TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D. Episodio (hipo)maniaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo 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 periodos en el que estaba intrucado con drogas o alcohol.)	NO	SI	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUELO 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 SI:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SI	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, pedaba 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 cree justificadas?	NO	SI	3
<p>SI SI:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
<p>¿CODIFICÓ SI EN D1a O EN D2a?</p> <p>NO</p> <p>SI</p>					
D3	<p>SI D1b O D2b = SI: 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	SI	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6
	c	¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SI	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan de prisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SI	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SI	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SI	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	SI	11
<p>¿CODIFICÓ SI 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]?</p> <p>NO</p> <p>SI</p>					

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p style="text-align: center;">EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	NO	SÍ	12								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
		<small>HIPOMANÍACO</small>	<small>MANÍACO</small>									
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISODIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	EPISODIO HIPOMANÍACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
EPISODIO HIPOMANÍACO												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISODIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	EPISODIO MANÍACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
EPISODIO MANÍACO												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

E. Trastorno de angustia			
(= SIGNIFICA: RESPONDER CON UN CÍRCULO NO EN ES Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)			
E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO SÍ 1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO SÍ 2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO SÍ 3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO SÍ 4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:	
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO SÍ 5
	b	¿Suataba 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 subidas 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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataques, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no disponía 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 avión? NO SI 19

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

F2 ¿Tiene tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarla? NO SI 20
Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGIUSTIA ACTUAL)?

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGIUSTIA ACTUAL)?

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

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

NO	SI
TRASTORNO DE ANGIUSTIA sin agorafobia ACTUAL	

NO	SI
TRASTORNO DE ANGIUSTIA con agorafobia ACTUAL	

NO	SI
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	¿En el último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, imágenes 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 acúmulo o colección sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SI	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 FUEGO, 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 volaban a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SI	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI <input type="checkbox"/> <i>obsesiones</i>	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	SI <input type="checkbox"/> <i>compulsiones</i>	4
¿CODIFICÓ SI EN H3 O EN H4?		NO	SI	
H5	¿Puede usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SI	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SI	6

**TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/o 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, DESCLUBIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTRÓFEO NATURAL	NO	SI	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., le ha sonado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado fuertemente o ha tenido memorias intrusas)?	NO	SI	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SI	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SI	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SI	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SI	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SI	7
f	¿Ha tenido la impresión de que en vida se va a morir debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SI	8
	¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SI	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SI	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de cólera?	NO	SI	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SI	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SI	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SI	13
	¿CODIFICÓ SI EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SI	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SI	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

11	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SI	1				
12	En los últimos 12 meses:							
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SI	2				
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebió para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? <small>CONDICIÓN SI, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNAS.</small>	NO	SI	3				
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	4				
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5				
e	¿Lee días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SI	6				
f	¿Paso menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SI	7				
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8				
¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 12?								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	
NO	SI							
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL								
13	En los últimos 12 meses:							
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? <small>CONDICIÓN SI SÍLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.</small>	NO	SI	9				
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corra un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SI	10				
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SI	11				
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	12				
¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE 13?								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	
NO	SI							
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

K1 ¿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 SI

RESPONDE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO

Estimulantes: amfetamina, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.
Cocaine: inhalada, intravenosa, crack, speedball.
Narcóticos: heroína, morfina, Demolid, opio, Damarol, 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 nítrico (laughing gas), spray o butyl nitrate (peppers).
Medicinas: hachís, THC, pasto, hierba, coca, royer.
Tranquilizantes: Quaalude, Secoral («redes»), Valium, Xanax, Librium, Alivan, Dalmone, Halcón, barbitúricos, «Millowin», Tranquimazin, Lasalín, 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 CONCOMITANTE O SECUENCIAL 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. (PROVOCARÁ K1 Y EL SECCIÓN 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 SI 1

b. ¿Cuando 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, eructos, 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 SI 2

COEFICAR SI, SI CONTESTÓ SI 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 SI 3

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

L. Trastornos psicóticos

(→ SEMBRICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

LAS FRASES DELIBERANTE SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPREDICIBLES, INCOMPRENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI UNA VEZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VECES CONVERSANDO ENTRE SÍ.

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

		NO	SI	SI	EXTRAÑOS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACUSILLO.		NO	SI	1
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?		NO	SI	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?		NO	SI	3
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?		NO	SI	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? RECOMENDACIÓN: PIDA EJEMPLOS Y BUSQUE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.		NO	SI	5
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?		NO	SI	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le errían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?		NO	SI	7
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?		NO	SI	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? RECOMENDACIÓN: PIDA EJEMPLOS. CERRIQUE SI SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE FRASES DELIRANTES NO RELACIONADAS EN LAS PREGUNTAS 11 A 14, SON EJEMPLOS DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, REVENA O DISTINCIÓN, ETC.		NO	SI	9
	b	Si SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?		NO	SI	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?		NO	SI	11
	b	Si SI: ¿Escuchó una vez que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SI	
	b	Si SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?		NO	SI	12

LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTIENE SI A LO SIGUIENTE:

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

19

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? <small>ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.</small>	NO	SI	13
	b	Si Sí: ¿ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI	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	SI	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SI	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUEZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN AFLAJAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SI	17
L11	a	¿CODIFICÓ SI EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SI (en vez de si extraño) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? e	NO	SI	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL
L12	a	¿CODIFICÓ SI EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SI (en vez de si extraño) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SI EN L1E?	NO	SI	
L13	a	¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SI EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)? o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	=	SI	TRASTORNO DEL ESTADO DE ANÍMICO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL
	b	SI CODIFICÓ SI EN L1E: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período(s) en el que se sintió (deprimido(a)/ excitado(a)/ particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b A L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/ excitado(a)/ irritable?	NO	SI	
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SI EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SI EN M5?

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

Mujer estatura/peso	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Pies/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	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

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

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, es los cuales comió grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SÍ	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9				
N4	¿Ha hecho algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10				
N5	¿Infiere grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ					
		↓ Ir a N8						
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL DORSITEZOS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12				
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SÍ							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(→ RESPONDA EN LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SI	1				
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SI	2				
CODIFICAR SÍ SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRENCIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.									
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SI	4				
O3	CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.								
En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:									
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SI	5				
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SI	6				
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SI	7				
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SI	8				
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SI	9				
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SI	10				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</td> </tr> </table>						NO	SI	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	
NO	SI								
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL									
CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?									

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(= SIGNIFICA: SI A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SI EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?
NO CODIFIQUE SI, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weller 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, Weller 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, Weller 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, Weller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Traducciones	MINI 4.4 a versiones previas	MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Dember, M. Ackenhell, R. Dietz-Bauer	C. Sletx, R. Dietz-Bauer, M. Ackenhell
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengalí		H. Banerjee, A. Banerjee
Bélgico		L.G. Hranov
Chaco		B. Zolotky
Chino		L. Carroll, K.-d. Jiang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Dánés	P. Bach	P. Bach, T. Schröter
Español	M. Kocman L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	M. Kocman L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Hódna J. Shih, A. Akoya, E. Khat
Estonio		K. Kheshtabi, A. Zomorodi
Farsi/Persa		M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Thorminen
Finés	M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Thorminen	M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Thorminen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lapina	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. Hada, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandés/Flamenco	E. Coker, K. Struven, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vleet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bittler, J. Balazs	I. Bittler, 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. Donzà, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donzà
Japonés		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyazaki, K. Kamijima, I. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letón	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagibads	V. Janavs, J. Janavs
Noruego	C. Pedersen, S. Bjorhovde	K.A. Leiknes, U. Mall, E. Mall, S. Leganger
Polaco	M. Mastak, E. Jastak	M. Mastak, E. Jastak
Portugués	P. Amorim, T. Guimaraes	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Chahra, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selvera, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Kellongwe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Ornek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Ornek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

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

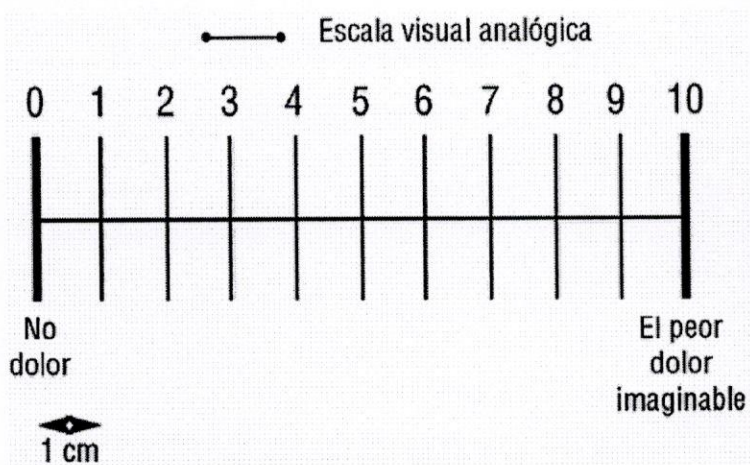
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Escala visual analógica del dolor (EVA)

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



CAPITULO X

BIBLIOGRAFIA

4. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15022. doi:10.1038/nrdp.2015.22
5. Bellato E, Marini E, Castoldi F, et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Res Treat*. 2012;2012:426130. doi:10.1155/2012/426130
6. Li Z, Yang Y, Dong C, et al. The prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2018;23(9):1025-1036. doi:10.1080/13548506.2018.1476724
7. Calandre EP, Navajas-Rojas MA, Ballesteros J, Garcia-Carrillo J, Garcia-Leiva JM, Rico-Villademoros F. Suicidal ideation in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Pain Pract*. 2015;15(2):168-174. doi:10.1111/papr.12164
8. Jimenez-Rodríguez I, Garcia-Leiva JM, Jimenez-Rodríguez BM, Condés-Moreno E, Rico-Villademoros F, Calandre EP. Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:625-630. doi:10.2147/NDT.S57596

9. Organización Mundial de la Salud. Suicidio.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>; 2019.
[Consultada el 20 de marzo de 2020].
10. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):74. doi:10.1038/s41572-019-0121-0
11. Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;87(Pt B):269-280. doi:10.1016/j.pnpbp.2017.08.020
12. Lichtenstein A, Tiosano S, Amital H. The complexities of fibromyalgia and its comorbidities. *Curr Opin Rheumatol*. 2018;30(1):94-100. doi:10.1097/BOR.0000000000000464
13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46(3):319-329. doi:10.1016/j.semarthrit.2016.08.012
14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-57.
15. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 1(Suppl 1):S17-S24. doi:10.1007/s00586-005-1044-x.
16. Triñanes Y, González-Villar A, Gómez-Perretta C, Carrillo-de-la-Peña MT. Suicidality in chronic pain: predictors of suicidal ideation in fibromyalgia. *Pain Pract*. 2015;15(4):323-332. doi:10.1111/papr.12186

17. Gracely RH, Ceko M, Bushnell MC. Fibromyalgia and depression. *Pain Res Treat.* 2012;2012:486590. doi:10.1155/2012/486590
18. Chang MH, Hsu JW, Huang KL, et al. Bidirectional Association Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. *J Pain.* 2015;16(9):895-902. doi:10.1016/j.jpain.2015.06.004
19. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA.* 2009;301(2):198-209. doi:10.1001/jama.2008.944
20. Carta M, Ruggiero V, Sancassiani F, et al. The Use of Antidepressants in the Long-Term Treatment Should not Improve the Impact of Fibromyalgia on Quality of Life. *ClinPractEpidemiolMent Health.* 2013;9:120-124. doi:10.2174/1745017901309010120
21. Welsch P, Üçeyler N, Klose P, Walitt B, Häuser W. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. *Cochrane DatabaseSyst Rev.* 2018;2(2):CD010292. doi:10.1002/14651858.CD010292.pub2
22. Walitt B, Urrútia G, Nishishinya MB, Cantrell SE, Häuser W. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. *Cochrane DatabaseSyst Rev.* 2015;2015(6):CD011735. doi:10.1002/14651858.CD011735
23. Kudlow PA, Rosenblat JD, Weissman CR, et al. Prevalence of fibromyalgia and co-morbid bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015;188:134-142. doi:10.1016/j.jad.2015.08.030

24. Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):133-138.
doi:10.1016/j.jad.2005.12.049
25. Cheniaux E, Nardi AE. Evaluating the efficacy and safety of antidepressants in patients with bipolar disorder. *Expert Opin Drug Saf.* 2019;18(10):893-913.
doi:10.1080/14740338.2019.1651291
26. Nasrallah HA. Consequences of misdiagnosis: inaccurate treatment and poor patient outcomes in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2015;76(10):e1328. doi:10.4088/JCP.14016tx2c
27. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(36):1001-1006.
doi:10.15585/mmwr.mm6736a2
28. Stenager E, Christiansen E, Handberg G, Jensen B. Suicide attempts in chronic pain patients. A register-based study. *Scand J Pain.* 2014;5(1):4-7.
doi:10.1016/j.sjpain.2013.09.001
29. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575-586.
doi:10.1017/S0033291705006859
30. Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain.* 2006;126(1-3):272-279. doi:10.1016/j.pain.2006.07.004

31. Fishbain DA, Lewis JE, Gao J. The pain suicidality association: a narrative review. *Pain Med.* 2014;15(11):1835-1849. doi:10.1111/pme.12463

CAPITULO XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Dr. Alfredo de Jesús Garza Guerra.

Candidato para el Grado de Especialidad en Psiquiatría

Tesis: Predictores de ideación suicida en pacientes con fibromialgia de la consulta de Reumatología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González."

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Nacido en San Nicolás de los Garza, Nuevo León, el 4 de julio de 1990, hijo de

Mario Noe Garza SanMiguel y Norma Guadalupe Guerra Estrada.

Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la carrera Médico

Cirujano y Partero en el año 2014.