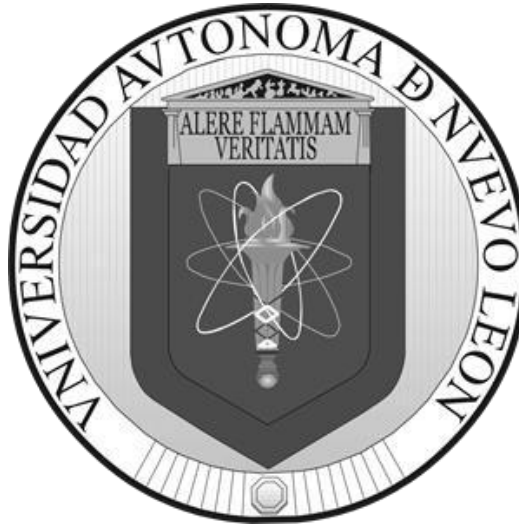


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ**  
**ELEUTERIO GONZÁLEZ**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON**  
**DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA CON RIESGO SUICIDA**

Por

Dra. Olivia Olivé Arias

Como requisito parcial para obtener el grado de ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Febrero de 2022

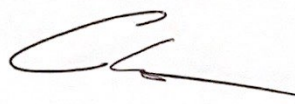
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
ESQUIZOFRENIA CON RIESGO SUICIDA .

Aprobación de la tesis (firmas de los miembros del jurado):




---

Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera  
Director de la Tesis



---

Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza  
Coordinador de Enseñanza




---

Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe  
Coordinador de Investigación



---

Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano  
Jefe del Departamento de Psiquiatría



---

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

## AGRADECIMIENTOS

Agradezo a mi director de tesis, Dr. Med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera, por permitirme ser parte de este proyecto y guiarme desde que empezó como una idea y hasta ahorita en su finalización.

A mi papá, Ramiro Olivé, quien ha sido una luz que me ha guiado durante este camino y mi inspiración para seguir creciendo todos los días. A mi mamá, Olivia Arias, quien me impulsa todos los días, me brinda un apoyo incondicional y me ha acompañado durante los días más grises pero también en los más brillantes. Gracias a ambos, por ser y estar, les dedico este trabajo y logro, sin ustedes no sería posible.

A mi compañero de vida, Rafael Cabal, por estar siempre presente, por tenerme paciencia todos los días; gracias por disipar con tu luz mis días más nublados y por siempre recibirme con los brazos abiertos en los momentos más ligeros pero sobre todo en los más pesados.

A mis amigos, Sofía, Raúl y Carlos, gracias por enseñarme, compartirme, presionarme e impulsarme durante este trayecto. Han sido sin duda una pieza principal de principio a fin de esta etapa; gracias por siempre sacarme una sonrisa y ser una inspiración de crecimiento y conocimiento.

Y finalmente, al Departamento de Psiquiatría por darme el espacio para formarme durante estos años y poder cumplir esta meta, por brindarme las herramientas para la realización de este proyecto.

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO Y APROBACIÓN.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
TABLA DE CONTENIDO.....	4
ABREVIACIONES.....	5
RESUMEN.....	6
CAPÍTULOS:	
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. JUSTIFICACIÓN.....	15
III. PROBLEMA DE ESTUDIO.....	16
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
V. RESULTADOS.....	27
VI. DISCUSIÓN.....	34
VII. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41
APÉNDICES.....	46
GLOSARIO.....	105

## ABREVIACIONES

(OMS): Organización Mundial de la Salud

(INEGI): Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática

(C-SSRS): Escala de valoración de la universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas

(IDB-II): Inventario de depresión de Beck

(DIGS): Entrevista diagnóstica para estudios genéticos

(FIGS): Entrevista familiar para estudios genéticos

(CFI-S): Escala de información funcional convergente para el suicidio de Niculescu

(MINI): Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional

(DSM-IV): Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders 4th Edition

(DSM-V): Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders 5th Edition

## RESUMEN

**Introducción:** La esquizofrenia es un trastorno altamente debilitante que afecta a más de 24 millones de personas en todo el mundo. En México, la Secretaría de Salud estima que afecta a más de 1 millón de personas. El suicidio es una de las principales causas de muerte entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia, su riesgo es 12 veces mayor que en la población general.

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas de los pacientes esquizofrénicos con riesgo de suicidio en la población latina.

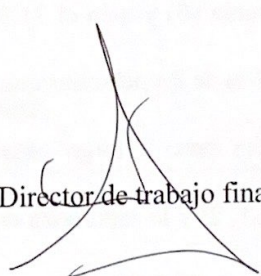
**Métodos:** Se incluyeron 130 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de la ambulatorios del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr José E. González" en Monterrey, Nuevo León, México. A todos los participantes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Información Funcional Convergente para Suicidalidad (CFI-S). Comparamos las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con riesgo suicida (evaluado por antecedentes de intento suicida o riesgo suicida actual) y episodio depresivo actual.

**Resultados:** De los 130 participantes, el 66,9% eran del sexo masculino, la mediana de edad fue de 38 años. Encontramos 11 (14,3%) pacientes con riesgo suicida y 119 (91,5%) sin riesgo suicida. Los pacientes con antecedentes de intento de suicidio



puntuaron más alto en la escala CFI-S con una mediana de 0,5 ( $q1=0,45$ ;  $q3=0,54$ ) vs 0,31 ( $q1=0,22$ ;  $q3=0,45$ ) ( $p=0,004$ ). Con base en el BDI-II encontramos un 2,30% de pacientes con depresión leve, un 20,0% depresión moderada y un 4,61% depresión severa. Los pacientes esquizofrénicos con intento de suicidio previo y episodio depresivo tenían mayor rango de puntuación en CFI-S, mediana .65 ( $q1=.65$ ;  $q2=.59$ ,  $p=0,000$ ). Asimismo, el 63,60% presentaba depresión severa ( $p=0,000$ ) al compararlos con pacientes con bajo riesgo de suicidio. En nuestra muestra de pacientes esquizofrénicos, aquellos con riesgo suicida se caracterizaron por una edad mayor o igual a 60 años, estar desempleados, sin hijos, solteros, sin religión, con antecedentes familiares de suicidio, intentos de suicidio previos, episodios depresivos previos, abuso de sustancias, alucinaciones auditivas y delirios referenciales.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos características clínicas de riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia similares a las descritas en los estudios internacionales. Nuestro estudio es relevante para la aplicación de medidas preventivas en grupos de pacientes esquizofrénicos con factores de riesgo y sus familiares.



Director de trabajo final

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

#### 1.1.1 *Esquizofrenia*

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico con un profundo impacto en el individuo y la sociedad (1). Es un síndrome heterogéneo conductual y cognitivo que tiene su origen en una alteración del desarrollo cerebral, causada por múltiples factores ambientales y genéticos (1,2). Una disfunción en la neurotransmisión dopaminérgica contribuye a la génesis de los síntomas psicóticos, y existe evidencia de una implicación variable y generalizada de otras áreas y circuitos cerebrales (2,3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que afecta a 24 millones de personas o 1 de cada 300 personas (0.32%) en el mundo. Esta tasa es de 1 en cada 222 personas (0.45%) entre los adultos (4). En México la secretaría de salud estima que afecta a más de 1 millón de personas y tiene una prevalencia del 0.7 al al 1.3% (5). Aproximadamente el 50% de los pacientes en hospitales psiquiátricos tienen el diagnóstico de esquizofrenia (6) y solo el 31.3% recibe atención especializada en salud mental (7). Además, el 50% de las personas que reciben este diagnóstico tienen problemas psiquiátricos intermitentes pero a largo plazo y alrededor del 20% tienen síntomas crónicos y discapacidad (1, 2) y la esperanza de vida se reduce entre 10 y 20 años (1).

La prevalencia de esquizofrenia es mayor en hombres que en mujeres (1.4/1); presentando síntomas más graves con tendencia a desarrollarlos más tempranamente que en las mujeres, con una edad media entre los 20-24 años y 5 años más tarde en las mujeres (8).



El primer episodio psicótico suele producirse al final de la adolescencia o al inicio de la adultez, con frecuencia es precedido de una fase prodrómica y en ocasiones las alteraciones premórbidas de la cognición y funcionamiento social se remontan a muchos años atrás (9,10); sin embargo, en ocasiones el inicio es repentino en individuos con un buen funcionamiento previo (10).

La esquizofrenia se caracteriza por una psicopatología diversa; sus rasgos principales son los síntomas positivos (alucinaciones, delirios), síntomas negativos (aplanamiento afectivo, aislamiento social, deterioro de la motivación) y deterioro cognitivo (3) (Tabla 1).

Tabla 1. Síntomas de la Esquizofrenia
<p><b>Síntomas positivos</b></p> <p>Falta de percepción  Alucinaciones auditivas  Ideas de referencia  Delirios de referencia  Sospecha  Estado de ánimo delirante  Delirios de persecución  Alienación del pensamiento  Pensamientos expresados en voz alta</p>
<p><b>Síntomas negativos</b></p> <p>Retraimiento social  Abandono de sí mismo  Pérdida de motivación e iniciativa  Embotamiento emocional  Escasez de habla</p>

Los síntomas positivos tienden a reiniciar remitir, aunque algunos pacientes experimentan síntomas residuales a largo plazo (9). Los síntomas negativos y cognitivos tienden a ser crónicos y se asocian a deterioro en la función social a largo plazo (10).

El diagnóstico de la esquizofrenia es clínico, sobre la base de la historia clínica y el examen del estado mental; hasta el momento no existen pruebas diagnósticas ni biomarcadores (1).

#### 1.1.2 *Suicidio en el mundo y México*

El suicidio es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que la tasa de suicidio en 2016 fue de 10,6 suicidios por cada 100,000 personas (11).

En el mundo; 800,000 personas mueren por suicidio cada año, representando el 1.5% de todas las muertes, siendo la primera causa de muerte en todo el mundo entre los 15-24 años (11).

Las tasas de suicidio más altas se encuentran entre las personas mayores y el género masculino, con cifras de 15.6 suicidios por cada 100,000 y entre las mujeres cifras de 7 por cada 100,000 (11).

Los factores individuales, especialmente los trastornos psiquiátricos influyen más en las tasas de suicidio; la depresión, el trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias, epilepsia y lesiones cerebrales traumáticas multiplican cada uno por más de 3 las posibilidades de suicidio consumado (11).

Los intentos de suicidio previo, el abuso sexual en infancia, antecedentes familiares de suicidio y pérdida de alguno de los padres por suicidio en infancia son otros factores predisponentes para suicidio (11).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (Inegi) estima hasta el año 2020 que la tasa de suicidio es de 6.2 por cada 100,000 habitantes, siendo esta más alta en el grupo de 18 a 29 años con 10.7 decesos por cada 100,000 personas; siguiendo el grupo de 30 a 59 años con 7.4 fallecimientos por cada 100,000 (12).

En nuestro país, la idea suicida está más presente en las mujeres entre 50-59 años, seguido por adolescentes y niñas de 10-19 años y en hombres se presenta mayormente en un rango de edad de 40 a 49 años (12) .

### 1.1.3 Suicidio y Esquizofrenia

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre las personas con el diagnóstico de esquizofrenia, su riesgo es 12 veces mayor que en la población general (13); reduciendo en unos 10 años la duración total de la vida; Se cree que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida es de un 10% en personas con esquizofrenia y de solo el 1% en población general (13), la tasa anual de mortalidad por suicidio en esta población es del 0.4 al 0.8% (14). Diversos estudios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia informan que el 50% experimentan ideación suicida, con o sin intento de suicidio, durante

el curso de la enfermedad (15), el 38% ha tenido al menos un episodio de autolesión en un periodo de 2 a 12 años (16) y el antecedente de intento de suicidio es común en los pacientes que mueren por suicidio (17), estimando que el 4.9% se suicidaran normalmente cerca del inicio de la enfermedad (18).

Además, el 15-26% de las personas con esquizofrenia ha realizado al menos un intento de suicidio antes de su primer contacto con el tratamiento y el 2-11% ha realizado al menos uno más durante el primer año de tratamiento (13).

Se ha reportado que los pacientes con esquizofrenia utilizan métodos de suicidio más graves, como saltar de un lugar elevado y saltar delante de un tren, en comparación con pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos (19). El que los pacientes tengan intentos y métodos de suicidio más letales muestra que el riesgo de muerte por suicidio es mayor en esquizofrenia (19).

Otros factores que aumentan la probabilidad incluye el sexo masculino, un nivel de educación más alto, no haberse casado, apoyo social deficiente, alucinaciones auditivas, síntomas depresivos, mal apego a tratamiento, abuso y dependencia de sustancias y los intentos de suicidio previos (13,20).

Estudios sugieren que los diferentes subtipos de esquizofrenia se asocian con diferentes tasas de suicidio; el tipo paranoide se asocia con un mayor riesgo (12%) y los que presentan síntomas predominantemente negativos se han asociado con un menor comportamiento suicida, el tipo indiferenciado (4%) y el tipo hebefrénico (0%) (13).

Además se ha observado una asociación del suicidio con la ideación paranoide y la suspicacia y las alucinaciones de comando en la conducta autolesiva (13).

Los trastornos del estado de ánimo contribuyen al riesgo de suicidio, su prevalencia entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 25 y el 81% (21). La presencia de depresión o de rasgos depresivos (pesimismo, baja autoestima, desesperanza) se asocian con un mayor riesgo de suicidio en personas con esquizofrenia (22, 23). Así mismo, los antecedentes familiares de trastornos depresivos, se asocian a mayor riesgo suicida (24).

La ansiedad puede llegar a ser comórbida con la esquizofrenia y su comorbilidad con los ataques de pánico se asocia con una mayor tasa de suicidio en estos pacientes (25).

Tener una actitud familiar pobre hacia las personas con esquizofrenia podría estar asociado a vivir sin cuidadores familiares, peor estado mental, menor acceso a medicamentos y un menor funcionamiento social; esto aumenta los riesgos de mortalidad por todas las causas y de muerte por accidentes y suicidio (13).

En los sujetos con esquizofrenia la falta de habilidad para poder resolver problemas o manejar los afectos y la falta de habilidad para poder pedir ayuda se ve agravada por la falta frecuente de apoyo social en la vida de los pacientes (18). La falta de tales redes de seguridad internas y externas explica que las primeras señales de advertencia de suicidio pueden pasarse por alto o no responderse, lo que facilita el deslizamiento del paciente al riesgo mórbido (26).

Existen factores protectores contra el riesgo de suicidio, es importante fortalecer estos factores de protección para aumentar la capacidad de recuperación (27) (tabla 2).

Tabla 2. Factores protectores de suicidio
<p>Amistades cercanas</p> <p>Apoyo familiar</p> <p>Razones para vivir: planes a futuro, hijos, mascotas, etc.</p> <p>Fuertes lazos culturales/religiosos/valores morales</p> <p>Estabilidad social</p> <p>Esperanza acerca de la recuperación</p> <p>Buen apego a tratamiento</p> <p>Buena visión del futuro</p> <p>Recuperación corta del episodio psicótico</p> <p>Entorno social con ausencia de violencia, uso de drogas y alcohol</p>

## CAPÍTULO II

### 2.1 JUSTIFICACIÓN

En México la tasa de suicidio se incrementa cada año, por lo que es importante identificar y evaluar el riesgo en aquellas personas que son propensas a consumir el suicidio. La prevalencia de las conductas suicidas en sujetos con diagnóstico de esquizofrenia es muy alta y puede considerarse una población vulnerable al mismo. Estudiar los factores de riesgo de dichas conductas es importante para establecer protocolos para prevenirlo.



## CAPÍTULO III

### 3.1 PROBLEMA DE ESTUDIO

El impacto en la calidad de vida de las personas con diagnóstico de esquizofrenia es un tema de interés, los problemas que pueden llegar a presentar son muy variados, incluyendo aislamiento social, imposibilidad de tener relaciones cercanas, desempleo, abuso de drogas, sintomatología crónica, pudiendo tener consecuencias más graves llegando al suicidio. Es importante poder identificar las características clínicas en los pacientes con esquizofrenia para identificar los factores asociados al riesgo suicida y poder implementar medidas de prevención.

### 4.1 HIPÓTESIS

Existen diferencias en las características clínicas en pacientes con esquizofrenia con y sin riesgo suicida.

## 4.2 HIPÓTESIS NULA

No existen diferencias en las características clínicas en pacientes con esquizofrenia con y sin riesgo suicida.

## 5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los pacientes con esquizofrenia con riesgo suicida presentan características clínicas que nos permitan diferenciarlos de aquellos sin riesgo suicida?

## 6.1 OBJETIVO

Estudiar los factores asociados al riesgo suicida en una población amplia de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

## 6.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Estudiar la utilidad de distintos instrumentos de evaluación empleados para la detección de riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia.
2. Comparar los factores de riesgo reportados en la literatura y nuestros hallazgos en una muestra de pacientes con esquizofrenia de México.

## CAPÍTULO IV

### VII.1 MATERIALES Y MÉTODOS

#### 7.1.1 Pacientes

Para este estudio estudiamos una muestra retrospectiva y amplia de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el que se hayan empleado escalas o instrumentos de evaluación sobre el riesgo suicida. También incluimos una muestra prospectiva de pacientes.

#### 7.1.2 Muestra retrospectiva

Grupo 1. Pacientes estudiados provenientes del estudio “Estudio genético de la esquizofrenia en población latina”.

Grupo 2. Pacientes que hayan participado en estudios con psicofármacos en el Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C. (INFOSAME).

### 7.1.3 Muestra prospectiva

Grupo 1. Pacientes que participan en el estudio de investigación titulado "Identificación de biomarcadores genómicos asociados al suicidio" aprobado por CONACyT en la convocatoria de Atención Problemas Nacionales 2017 con número de registro 5012.

Grupo 2. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acepten participar en el presente estudio.

A cada paciente de los grupos prospectivos 1 y 2 se les invitó a participar en el estudio, proporcionándoles información detallada oral y escrita acerca del protocolo. Si accedieron a participar, los pacientes firmaron de manera voluntaria la carta de Consentimiento Informado (Apéndice 1) y posteriormente se les entrevistó para la obtención de datos (Grupo 1 y Grupo 2) sociodemográficos, antecedentes médicos e historial psiquiátrico familiar a través de una Hoja de Recolección de Datos (Apéndice 2). También se les realizó una evaluación de riesgo suicida y depresión a través de las escalas C-SSRS (Apéndice 3), IDB (Apéndice 4), la escala de Información Funcional Convergente para el suicidio de Niculescu y cols (Apéndice 5), la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) (Apéndice 6), la entrevista diagnóstica familiar para estudios genéticos (FIGS) (Apéndice 7) y la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) (Apéndice 8).

#### VII.1.4 Escalas de evaluación.

Existe una gran variedad de instrumentos psicométricos que evalúan el riesgo de suicidio, valorando las ideas y conductas suicidas, factores de riesgo y síntomas o síndromes asociados al suicidio (28).

La escala de valoración de la universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C-SSRS) fue diseñada para la evaluación del riesgo suicida a través de preguntas simples y en lenguaje claro. Las preguntas se enfocan en la valoración de existencia y gravedad de ideación suicida, conducta suicida y también en poder distinguir entre una conducta suicida y una conducta autodestructiva no suicida (28).

El inventario de depresión de Beck es una escala auto-aplicable la cual fue diseñada para evaluar la existencia de un trastorno depresivo. Esta escala se compone de 21 preguntas de opción múltiple, se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en 4 grupos: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (29).

La entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) permite recabar y registrar información detallada de diferentes psicopatologías para su configuración en diferentes categorías diagnósticas, su diseño permite evaluar trastornos afectivos, psicóticos, de somatización y personalidad (30).

La entrevista familiar para estudios genéticos (FIGS) registra información diagnóstica sobre la familia y brinda datos provenientes de cada integrante de la familia, para así obtener una evaluación más completa; realizando un árbol genealógico y se realizan preguntas referentes y se llena una hoja indicando una lista de síntomas afectivos, psicóticos, abuso de sustancias, trastornos de personalidad por cada familiar de primer grado (31).

La escala de información funcional convergente para el suicidio de Niculescu y cols evalúa 5 dominios: salud mental, factores culturales, satisfacción de vida, salud física y estrés ambiental con elementos que se califican del 0-1 con un puntaje total máximo posible de 22. Esta escala se utiliza para entender y predecir la suicidabilidad aplicando un enfoque de evaluación de riesgos clínicos (32).

La entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) es una entrevista breve y estructurada de los principales diagnósticos psiquiátricos del DSM-IV. Está dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada letra correspondiente a una categoría diagnóstica (33).

#### VII.1.5 Criterios de inclusión.

Tabla 3. Criterios de inclusión para muestras de pacientes.



Muestra retrospectiva	Muestra prospectiva
Pacientes con esquizofrenia	Pacientes con esquizofrenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor de 18 años.</li> <li>• Valorado por un psiquiatra</li> <li>• Diagnóstico de esquizofrenia por DSM-IV o DSM-V</li> <li>• Escalas y entrevistas que identifiquen riesgo suicida. (Grupos 1 y 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor de 18 años.</li> <li>• Valorado por un psiquiatra</li> <li>• Diagnóstico de esquizofrenia por DSM-V</li> <li>• Acepten participar en el estudio</li> <li>• Aplicación de entrevistas y escalas para riesgo suicida</li> </ul>

#### VII.1.6 Criterios de exclusión.

Tabla 6. Criterios de exclusión para los pacientes con esquizofrenia

Muestra retrospectiva	Muestra prospectiva
Pacientes con esquizofrenia	Pacientes con esquizofrenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años.</li> <li>• Otros trastornos psiquiátricos que sean el foco de atención primaria</li> <li>• Enfermedades neurodegenerativas que impidan la aplicación de escalas de evaluación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años.</li> <li>• Otros trastornos psiquiátricos que sean el foco de atención primaria</li> <li>• Enfermedades neurodegenerativas que impidan la aplicación de escalas de evaluación</li> </ul>

#### VII.1.7 Criterios de eliminación

Se eliminaron aquellos pacientes con entrevistas incompletas o de las que no pueda extraerse información relevante para el estudio, y, pacientes que no cumplan criterios para diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo al DSM-IV o DSM-V y con presencia de enfermedad neurodegenerativa que impida la aplicación de escalas de evaluación.

## VII.1.8 Criterios de diagnóstico clínico de esquizofrenia.

Tabla 4. Criterios DSM-IV de esquizofrenia

Criterios DSM-IV esquizofrenia	
A	Dos o más de los siguientes síntomas, cada uno presente durante una parte significativa de un período de 1 mes ( o menos si ha sido tratado con éxito): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ideas delirantes</li> <li>2. Alucinaciones</li> <li>3. Lenguaje desorganizado</li> <li>4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado</li> <li>5. Síntomas negativos (aplanamiento afectivo o abulia)</li> </ol>
B	Una o más áreas importantes de actividad (interpersonal, académico o laboral) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno o no alcanza el nivel esperable de rendimiento
C	Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A ( o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales
D	Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo con características psicóticas <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con la fase activa de los síntomas</li> <li>2. Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual</li> </ol>
E	La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o condición médica general
F	Si hay historia de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito)

Tabla 5. Criterios DSM-V de esquizofrenia

A	Dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser 1, 2 o 3: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delirios</li> <li>2. Alucinaciones</li> <li>3. Discurso desorganizado</li> </ol>

	4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico 5. Síntomas negativos
B	Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.
C	Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses, este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan al criterio A y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada (creencias extrañas, experiencias perceptivas)
D	Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa</li> <li>2. Si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, ha estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad</li> </ol>
E	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento) o a otra afección médica
F	Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito)

#### VII.1.9 Cálculo del tamaño de muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de muestra utilizando la formula estimación de una proporción en una población infinita con el objetivo de determinar las características clínicas en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con o sin riesgo suicida. Tomando 10% de tasa de complicaciones en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, con una precisión del 5%, un nivel de significancia a dos colas del 5%, y un poder de 97.5%; **se requieren al menos de 139 sujetos de estudio.**

El cálculo se hizo con base en la literatura publicada Phillips et al. (2004)

<b>Valor Z</b>	1,96	3,8416
<b>Valor p</b>	0,10	
<b>Valor q</b>	0,90	
<b>Valor</b>	0,05	0,0025
		N=139

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. De las variables evaluadas se obtuvieron los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, dispersión y posición) para las variables de tipo cuantitativo, así como frecuencias observadas para las variables cualitativas.

Los valores de estudio se contrastaron según la presencia o ausencia de riesgo suicida, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y proporciones (Z), según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizará mediante los test de Chi2 y Pearson o Sperman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

Se recopilaron datos de 139 pacientes con esquizofrenia obtenidos de forma retrospectiva y prospectiva de pacientes que asistieron a la consulta e internamiento de psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, pacientes provenientes del estudio “Estudio genético de la esquizofrenia en población latina” y pacientes que hayan participado en estudios de psicofármacos en el Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C (INFOSAME).

Se excluyeron 9 pacientes que no contaban con todas las variables de interés.

En la literatura se describen numerosas características clínicas en pacientes con esquizofrenia que nos pueden ayudar a predecir el riesgo de suicidio en esta población, como el desempleo, edad mayor a 60 años, género masculino, no tener hijos, soltero, sin religión, abuso de sustancias, antecedente de episodios depresivos previos, antecedente de intento de suicidio previo, antecedente de suicidio en familiares de primer grado, síntomas psicóticos que incluyan delirios de referencia y alucinaciones auditivas de comando, por lo tanto, estas fueron las variables que buscamos en nuestra muestra de población estudiada y las comparamos entre los que presentaban riesgo suicida y los que no para observar su prevalencia en cada grupo.

De la muestra de 130 pacientes, 87 fueron hombres y 43 mujeres, la mediana de edad fue de 38 años con un rango intercuartil de 31 a 44 años, el rango de edad fue de 18 a 73 años, 42 (33.6%) de los 130 pacientes eran mujeres, siendo minoría (Tabla 6).

Tabla 6.

<b>Variable</b>	<b>Global</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
Edad, mediana(RIC)	38(31-44)	39(30-44)	36.5(31-44)
Escolaridad, n(%)			
Analfabeta	8(6.6%)	4(10%)	4(4.9%)
Primaria	41(33.9%)	13(32.5%)	28(34.6%)
Secundaria	36(29.8%)	8(20%)	28(34.6%)
Preparatoria	19(15.7%)	5(12.5%)	14(17.3%)
Licenciatura	17(14%)	10(25%)	7(8.6%)
Estado civil, n(%)			
Soltero	94(75.2%)	25(62.5%)	69(81.2%)
Separado	5(4%)	2(5%)	3(3.5%)
Casado	24(19.2%)	12(30%)	12(14.1%)
Union libre	1(0.8%)	0.00%	1(1.2%)
Divorcio	1(0.8%)	1(2.5%)	0.00%

Las características sociodemográficas y clínicas de la población del estudio con riesgo de suicidio se encontraron 7 (5.4%) con una edad  $\geq 60$  años, sin ocupación 70 (56.5%), sin hijos 99 (76.2%), sin preparatoria terminada 94 (72.3%), solteros 25 (20%), sin religión 17 (13.1%), antecedentes familiares de suicidio 20 (15.4%), intento de suicidio previo 12 (9.2%), con abuso de sustancias 36 (28.3%), con episodios depresivos previos 5 (4.7%), delirios de referencia 41 (39.4%), alucinaciones auditivas de control 36 (34.3%) y alucinaciones auditivas 20 (21.5%) (Tabla 7).

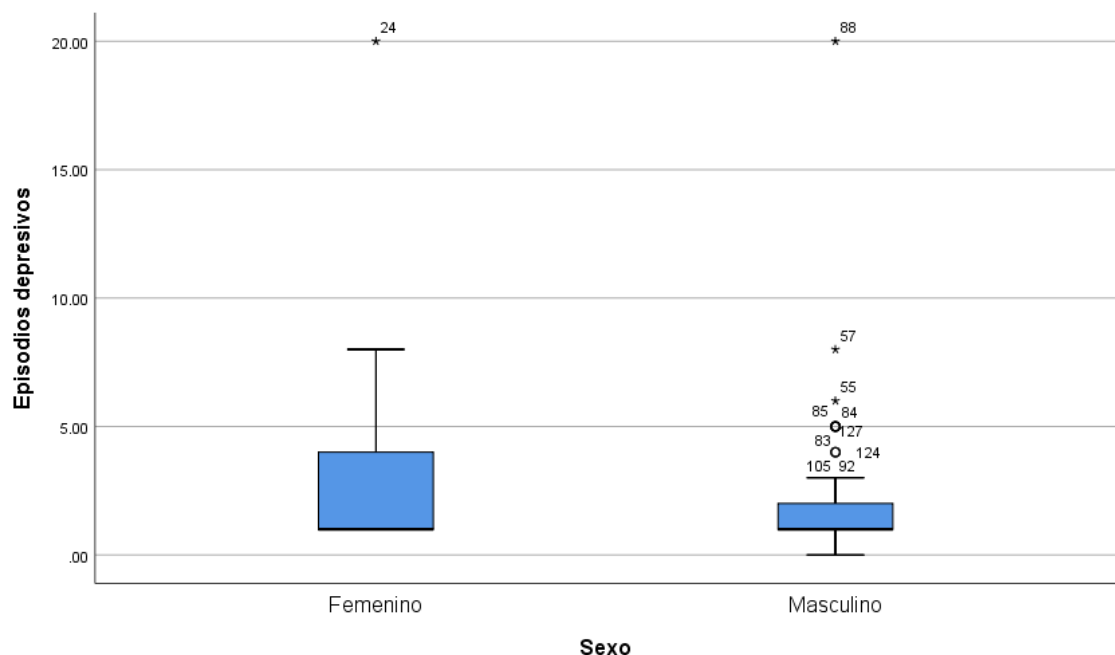
Se analizaron las diferencias tomando como variable el género y se obtuvo únicamente diferencia significativa en la variable con hijos y sin hijos con un porcentaje en hombres 55.8% y mujeres 86.2% ( $p < 0.001$ ), en el resto de las variables no hubo diferencias significativas (Tabla 7).

Tabla 7.

Variable	Global	Masculino	Femenino	p	n
Edad $\geq 60$ años, n(%)	7(5.4%)	3(7%)	4(4.6%)	0.423	130
Sin ocupación, n(%)	70(56.5%)	23(57.5%)	47(56%)	0.871	124
Sin hijos, n(%)	99(76.2%)	24(55.8%)	75(86.2%)	$<0.001$	130
Sin preparatoria, n(%)	94(72.3%)	28(65.1%)	66(75.9%)	0.198	130
Soltero, n(%)	25(20%)	12(30%)	13(15.3%)	0.055	125
Sin religión, n(%)	17(13.1%)	5(11.6%)	12(13.8%)	0.73	130
Antecedentes familiares de suicidio	20(15.4%)	6(14%)	14(16.1%)	0.751	130
Intento de suicidio previo, n(%)	12(9.2%)	3(7%)	9(10.3%)	0.533	130
Abuso de sustancias, n(%)	36(28.3%)	6(15%)	30(34.5%)	0.024	127
Episodio depresivo, n(%)	5(4.7%)	3(8.3%)	2(2.9%)	0.071	106
Episodios depresivos, mediana(RIC)	1(1-3)	1(1-2)	1(1-4)	0.487	
Delirios de referencia, n(%)	41(39.4%)	16(45.7%)	25(36.2%)	0.175	104
Control, n(%)	36(34.3%)	16(45.7%)	20(28.6%)	0.03	105
Alucinaciones auditivas, n(%)	20(21.5%)	7(21.2%)	13(21.7%)	0.279	93
Chi-cuadrado de Pearson, Prueba exacta de Fisher, Prueba U de Mann-Whitney					

Figura 1. Mediana y los cuartiles obtenidos para el número de episodios depresivos de acuerdo con el género.





La población que tuvo mayoría de antecedentes de intento de suicidio fueron mujeres (10.3%) y se encontraban dentro del grupo etario de 18 a 30 años (45.5%). El antecedente familiar de suicidio fue mayormente encontrado en las mujeres.

El grupo etario con mayor prevalencia de delirios de referencia fue el de 31 a 40 años (32.5%) y los mayores de 61 años presentaron el menor número. En cuanto a las alucinaciones auditivas fueron más frecuentes en los grupos de 31 a 40 años y 41 a 50 años (tabla 8).

La mayoría de las personas con antecedentes de episodios depresivos se encontraban en un rango aproximado de 40 a 60 años sin valores atípicos (Figura 2).

Tabla 8.

Variable	Edad				
	18-30	31-40	41-50	51-60	>61
Antecedentes familiares de suicidio	16.70%	13.30%	21.20%	0.00%	0.00%
Intento de suicidio previo	16.70%	2.20%	9.10%	18.20%	0.00%
Abuso de sustancias	30.00%	20.50%	35.50%	45.50%	16.70%
Episodio depresivo	0.00%	2.60%	3.30%	30.00%	0.00%
Delirios de referencia	40.90%	35.10%	36.70%	50.00%	66.70%
Control	38.10%	35.90%	33.30%	30.00%	33.30%
Alucinaciones auditivas	15.80%	17.60%	22.20%	33.30%	50.00%

Encontramos 11 (14.3%) pacientes con riesgo suicida y 119 (91.5%) sin riesgo suicida.

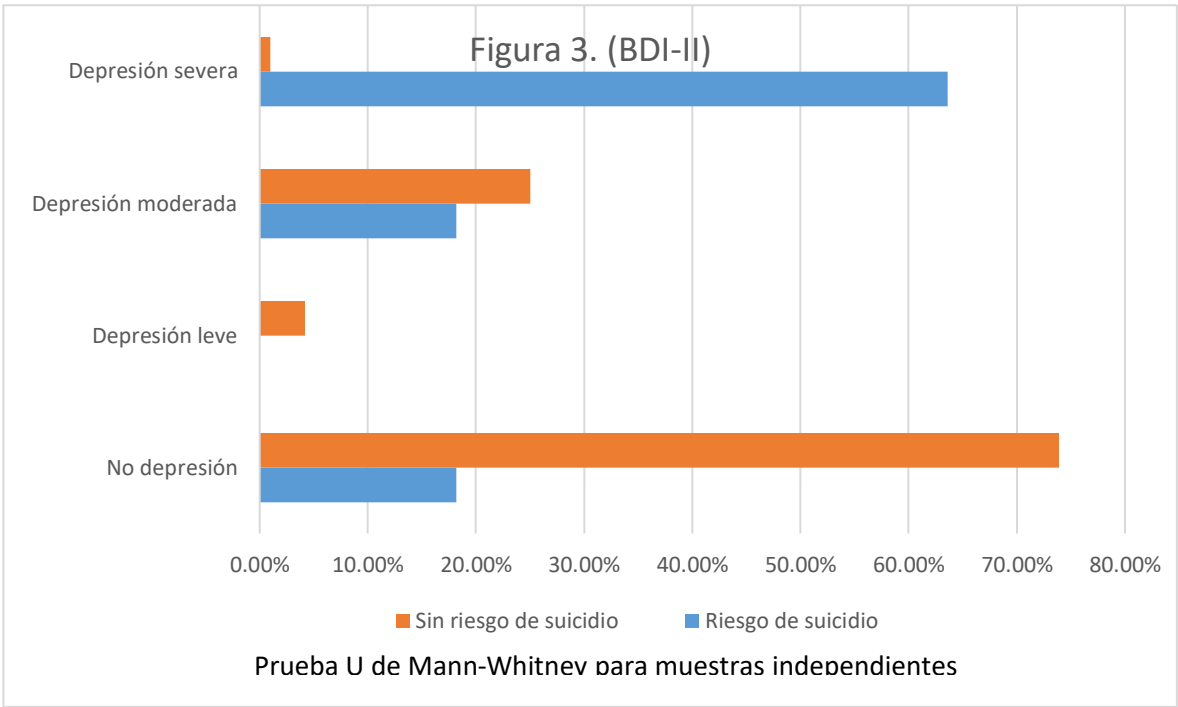
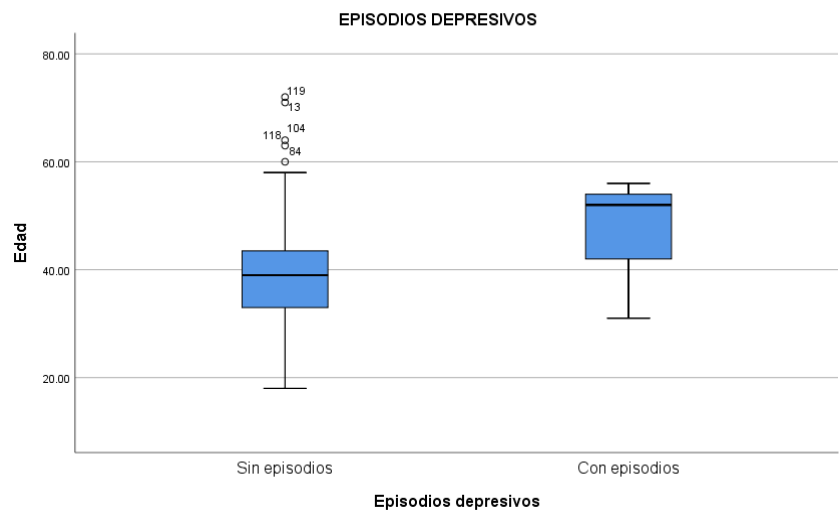
Los pacientes con antecedentes de intento de suicidio puntuaron más alto en la escala CFI-S con una mediana de 0.5 ( $q1=0.45$ ;  $q3=0.54$ ) vs 0.31 ( $q1=0.22$ ;  $q3=0.45$ ) ( $p=0.004$ ).

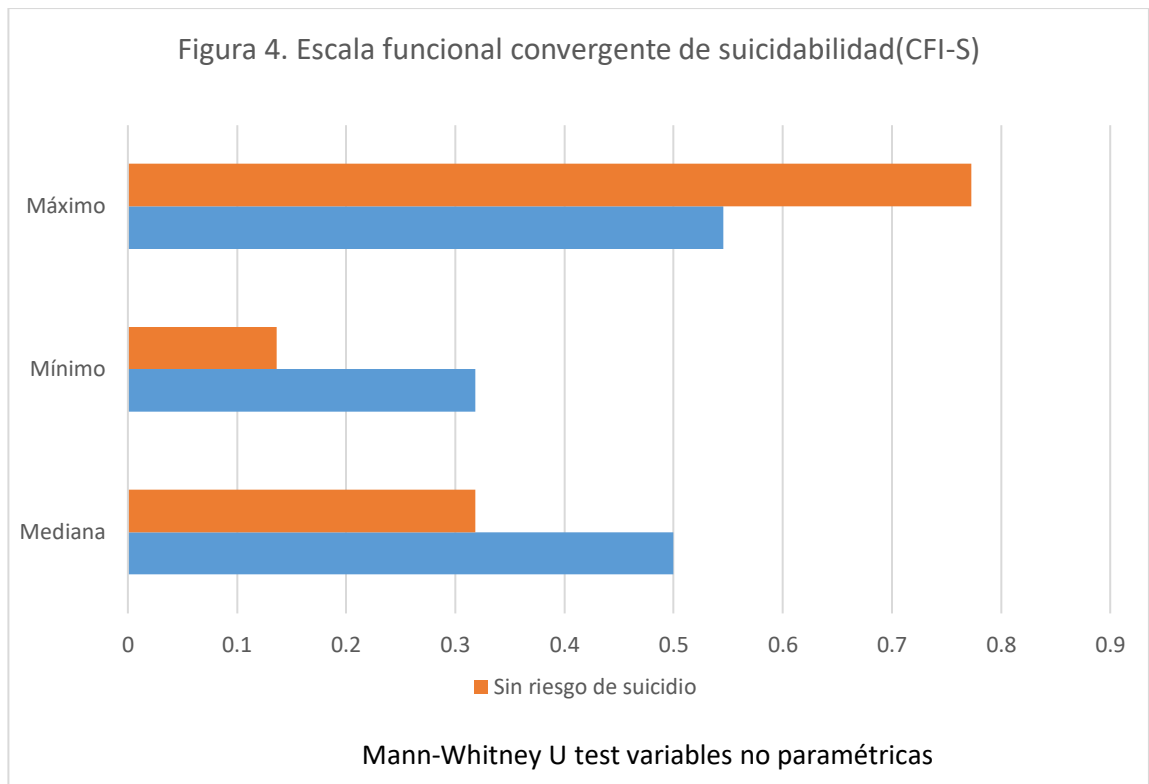
Con base en el BDI-II encontramos un 2.30% de pacientes con depresión leve, un 20.0% depresión moderada y un 4.61% depresión severa (Figura 3).

Los pacientes esquizofrénicos con intento de suicidio previo y episodio depresivo tenían mayor rango de puntuación en CFI-S, mediana .65 ( $q1=.65$ ;  $q2=.59$ ,  $p=0.000$ ). Asimismo, el 63.60% presentaba depresión severa ( $p=0.000$ ) al compararlos con pacientes con bajo riesgo de suicidio.

Los pacientes esquizofrénicos con riesgo suicida se caracterizaron por: edad  $\geq 60$  años, desempleo, sin hijos, solteros, sin religión, antecedentes familiares de suicidio, intento de suicidio previo, episodios depresivos, abuso de sustancias, alucinaciones auditivas y delirios referenciales.

Figura 2.





## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

La alta incidencia de comportamiento suicida en la esquizofrenia está bien documentada, su riesgo es 12 veces mayor que en la población general (13).

En nuestra muestra de 130 pacientes con esquizofrenia, 87 fueron hombres y 43 mujeres; el 14.3% presentaban riesgo suicida y el 91.5% no lo presentaba.

Los estudios publicados sugieren que entre los factores psicosociales y demográficos que aumentan el riesgo de suicidio en individuos con esquizofrenia se incluyen el sexo masculino, un nivel de educación más alto, sin religión, no haberse casado, apoyo social deficiente, alucinaciones auditivas, síntomas depresivos, mal apego al tratamiento, abuso y dependencia de sustancias y los intentos de suicidio previos (13,20) y son estos también considerados factores de riesgo a largo plazo para riesgo de suicidio (20). Ser soltero y desempleado son factores de riesgo de suicidio, aunque los investigadores piensan que su presencia puede deberse a que la mayoría de las personas con esquizofrenia son solteras y desempleadas (5). Nuestros resultados concuerdan que ser soltero, sin religión, tener un apoyo social deficiente y mal apego a tratamiento son características psicosociales y demográficas que presenta los sujetos con esquizofrenia con riesgo de suicidio.

En cuanto al abuso de sustancias, podemos observar investigaciones con resultados distintos; cuatro investigaciones reconocen al abuso de alcohol como un aspecto predisponente al comportamiento suicida entre las personas con esquizofrenia, mientras que tres investigaciones reconocieron la asociación con los trastornos por uso de sustancias y solo al tabaquismo (7). Aunque es difícil comparar el impacto relativo de diferentes problemas de salud mental con el riesgo de suicidio, los trastornos por consumo de alcohol y drogas se han relacionado fuertemente con el riesgo de suicidio (8). Múltiples vínculos potenciales, incluida la vulnerabilidad genética, los efectos secundarios del tratamiento y los factores psicosociales, se han discutido como posibles causas (7). En nuestro estudio encontramos que el 28.3% de los pacientes que presentan riesgo de suicidio presentan abuso de sustancias incluyendo en este grupo pacientes con abuso de alcohol y tabaquismo, siendo predominante en género femenino, y en ambos géneros en un rango de edad de 51-60 años.

En los estudios relacionados con la ideación y conducta suicida, el número de varones es mayor que el de mujeres, pero esta diferencia de género es menor en los pacientes con esquizofrenia que en la población general. No se observó diferencia significativa entre pacientes masculinos y femeninos con esquizofrenia en términos de intentos de suicidio (34,35). Dickerson et al. encontró que ser hombre está asociado con mayores tasas de riesgo de suicidio, y que se asoció consistentemente con este, pero fue un factor protector contra los intentos de suicidio; el género femenino presenta tasas más altas de ideación suicida y comportamiento no letal que los hombres (39). Al contrario de

lo encontrado en la literatura, en nuestro estudio el género femenino fue el que tuvo mayor incidencia de intentos de suicidio (10.3%).

La edad también es un factor de riesgo asociado al suicidio, existiendo reportes donde se muestra que las etapas con mayor riesgo de consumir el suicidio son la adolescencia y la senectud. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (Inegi) estima hasta el año 2020 que la tasa de suicidio es de 6.2 por cada 100,000 habitantes, siendo esta más alta en el grupo de 18 a 29 años. Esto concuerda con nuestra población de estudio, ya que tenemos mayor frecuencia de intentos de suicidio en el grupo de 18-30 años (16.70%) y en el grupo de 51-60 años (18.20%) con mayores episodios depresivos también en este rango de edad (30%).

Los intentos previos de suicidio son el signo más importante de suicidios consumados y futuros intentos de suicidio (18) debido a que los intentos de autoagresión incluyen cierto grado de impulsividad el cual es asociado con un aumento en el riesgo de suicidio (17). El hecho de que un paciente tenga antecedentes de suicidio se valora como factor de riesgo de suicidio (7). Potkin et al. (36) determinaron que el número de intentos de suicidio a lo largo de la vida está significativamente relacionado con el riesgo de suicidio en el estudio observacional que realizaron con 980 pacientes con esquizofrenia durante 2 años. En este estudio, se encontró una diferencia significativa en términos de antecedentes de intento de suicidio entre los grupos que tenían y no tenían pensamientos de suicidio.

Los trastornos del estado de ánimo contribuyen al riesgo de suicidio, su prevalencia entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 25 y el 81% (21). La presencia de depresión o de rasgos depresivos (pesimismo, baja autoestima, desesperanza)



se asocian con un mayor riesgo de suicidio en personas con esquizofrenia (22,23). Las personas con esquizofrenia y síntomas depresivos recurrentes tienen peores resultados funcionales a lo largo de la vida en comparación con los no deprimidos (14). Así mismo, los antecedentes familiares de trastornos depresivos, se asocian a mayor riesgo suicida (24). Un estudio mostró que los síntomas depresivos, la ideación y los planes suicidas y los antecedentes de intento de suicidio se encuentran entre los factores pronósticos más importantes del comportamiento suicida en las primeras fases de la esquizofrenia (27). La desesperanza y la desmoralización (ítems que valora la CFI-S) son factores de riesgo importantes, incluso en ausencia de depresión concomitante y están relacionados al riesgo de suicidio (27). En nuestro estudio, el 26.91% del grupo con riesgo suicida presentó al menos un episodio depresivo a lo largo del curso de la enfermedad, y atribuyeron esta como la causa del intento de suicidio, puntuando más alto en la CFI-S que los pacientes sin riesgo suicida. La información encontrada en este estudio sobre la relación entre ideación suicida y depresión corresponde con la literatura (24,34). El diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes con esquizofrenia son así de vital importancia en la prevención del suicidio en este grupo de pacientes.

Se ha observado una asociación del suicidio con la ideación paranoide y la suspicacia y las alucinaciones de comando y síntomas negativos con la conducta autolesiva (13). Fenton (37) señala que las alucinaciones desempeñan un papel en los suicidios consumados. Las investigaciones han propuesto dos grupos de suicidios (depresivos y psicóticos), basándose en las diferencias en las motivaciones suicidas en la esquizofrenia (38). En el grupo de depresión, el número de intentos previos y depresión es mayor. En el grupo de psicosis, se observa que los tienden a intentar suicidarse durante

periodos más agudos de la enfermedad (38). Al contrario de lo descrito por estas investigaciones, nosotros observamos que las personas intentan suicidarse en primer lugar debido a la depresión y en segundo lugar a alucinaciones y delirios.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

El suicidio es una de las causas principales de muerte prematura en individuos con esquizofrenia, y es difícil determinar los factores en la anticipación del suicidio.

Una de las limitaciones con la que nos encontramos al realizar nuestro estudio fue en la recolección de la muestra prospectiva, ya que el estudio inicio paralelo a la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) dificultando el reclutamiento por disminución en el volumen de pacientes que acudían al Departamento de Psiquiatría, por lo que vemos necesario continuar el estudio para aumentar el tamaño de la muestra en población mexicana para confirmar nuestros hallazgos.

Se debe realizar regularmente un seguimiento exhaustivo con una evaluación sistemática del riesgo para facilitar su detección temprana; una formulación completa del riesgo de suicidio, permite una evaluación de los recursos disponibles del paciente y los cambios futuros previsibles.

Podemos concluir que el riesgo de suicidio en esquizofrenia está influenciado por una variedad de factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos, culturales y ambientales. La identificación de los pacientes de alto riesgo con una evaluación que incluya clinimetría, es una competencia central para evaluar y manejar el riesgo de

suicidio. Además, permite la prevención de futuras conductas suicidas y conduce a planes de seguridad que incluya a psiquiatras, pacientes y familiares para cumplir el principal objetivo que es la prevención del suicidio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016 Jul 2;388(10039):86-97. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01121-6. Epub 2016 Jan 15. PMID: 26777917; PMCID: PMC4940219.
2. Barbato A. Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(5):673–679.
3. Joyce EM, Roiser JP. Cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(3):268–272.
4. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7> (Accessed 25 September 2021)
5. Escamilla-Orozco, R. I., Becerra-Palars, C., Armendáriz-Vázquez, Y., Corlay-Noriega, I. S., Herrera-Estrella, M. A., Llamas-Núñez, R. E., ... & Saucedo-Uribe, E. (2021). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta médica de México*, 157, S1-S12.
6. WHO. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. WHO: Geneva, 2009

7. Jaeschke K et al. Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017 *Glob Ment Health* 2021;8:e27.
8. Kahn, R., Sommer, I., Murray, R. et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers* 1, 15067 (2015).
9. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological psychiatry*. 2001;50(11):884–897.
10. Addington J, Heinssen R. Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8:269–289.
11. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020 Jan 16;382(3):266-274. doi: 10.1056/NEJMra1902944. Erratum in: *N Engl J Med*. 2020 Mar 12;382(11):1078. PMID: 31940700; PMCID: PMC7116087.
12. INEGI. Estadísticas de mortalidad 2020.
13. Balhara YP, Verma R. Schizophrenia and suicide. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012 Sep;22(3):126-33. PMID: 23019287.
14. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986;16:909-28.
15. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J. Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a

two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:347-54.

16. Planansky K, Johnston R. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1971;47:473-83.
17. Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984;144:303-6.
18. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:247-53.
19. Aydın M, İlhan BC, Tekdemir R, Çökünlü Y, Erbasan V, Altınbaş K. Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. *Saudi Med J*. 2019 May;40(5):475-482. doi: 10.15537/smj.2019.5.24153. PMID: 31056625; PMCID: PMC6535170.
20. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010 Nov;24(4 Suppl):81-90. doi: 10.1177/1359786810385490. PMID: 20923923; PMCID: PMC2951591.
21. Zisook S, Byrd D, Kuck J, Jeste DV. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1995;56:462-5.
22. Siris SG, Addington D, Azorin JM, Falloon IR, Gerlach J, Hirsch SR. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. *Schizophr Res* 2001;47:185-97.
23. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;90:186-97.

24. Amir, N., Antoni, R., Asmarahadi, A., Djatmiko, P., Khalimah, S., Naswati, S., Semen, G. M., Prasetyawan, P., & Wulandari, W. D. (2019). Rates and Risk Factors for Suicide Ideas among Schizophrenia Patients in Indonesia. Open access Macedonian journal of medical sciences, 7(16), 2579–2582.
25. Siris SG. Suicide and schizophrenia. J Psychopharmacol 2001;15:127- 35.
26. Cicek Hocaoglu (2009). Suicidal Ideation in Patients with Schizophrenia. Isr Journal of Psichiatty Sci Vol 46 no. 3 195-203
27. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, Bellomo A. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. Front Psychiatry. 2016 Jun 27;7:116. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00116. PMID: 27445872; PMCID: PMC4921745.
28. Posner, K., Brent, D., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., & Mann, J. (2009). Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C-SSRS). New York. Research Foundation for Mental Hygiene.
29. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. Psychological assessment.
30. Palacio, C. A., García, J., Arbeláez, M. P., Sánchez, R., Aguirre, B., Garcés, I. C., ... & Ospina, J. (2004). Validación de la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) en Colombia. Biomédica, 24(1), 56-62.
31. Díaz de Villalvilla, T., Mendoza Quinones, R., Martín Reyes, M., Del Castillo Martín, N., Bravo, T. M., Domínguez, M., & Vega Hernández, M. (2008). Versión en español de la Entrevista Familiar para Estudios Genéticos (FIGS). Actas Españolas de Psiquiatría, 36(1).



32. AB Niculescu et al. Understanding and predicting suicidability using a combined genomic and clinical risk assessment approach. *Molecular Psychiatry* (2015) 20, 1266-1285.
33. Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). Instrum. Detección Orientación Diagnóstica, 1-25.
34. Walsh E, Harvey K, White I, Higgitt A, Fraser J, Mur- ray R. Suicidal behavior in psychosis: Prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. *Br J Psychiatry* 2001;178: 255–260.
35. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and schizophrenia: A nationwide autopsy study on age and sex specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154: 1235–1242.
36. Potkin SG, Alphs L, Hsu C, Krishnan KR, Anand R, Young FK, Meltzer H, Green A. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Biol Psychiatry* 2003; 54:444–452.
37. Fenton WS. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30: 34–49.
38. Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, Gracia R, Caballero- Hidalgo A, Siris SG. Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study. *Schizophr Res* 2006; 86: 215–220.

## APENDICES

### Apéndice 1. Consentimiento Informado



Facultad de Medicina y  
Hospital Universitario



Departamento de Psiquiatría

#### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio	"Características clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con riesgo suicida"
Nombre del Investigador Principal	Dr. med. Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera
Servicio / Departamento	Departamento de Psiquiatría
Teléfono de Contacto	8125689999
Persona de Contacto	Dra. Olivia Olivé Arias
Versión de Documento	2
Fecha de Documento	03/07/2020

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación. Este documento contiene información importante acerca del propósito del estudio, lo que usted hará si decide participar, y la forma en que nos gustaría utilizar su información personal y la de su salud.

Este documento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor solicite a su médico o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

#### ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

La Esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en el mundo y en México y una de las principales causas de fallecimientos de esta enfermedad es el suicidio. El propósito de este estudio es el de estudiar a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y sus características clínicas para evaluar si existen diferencias que nos ayuden a identificar factores de riesgo de conducta suicida.

#### ¿CUÁL SERÁ LA DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CUÁNTOS PARTICIPANTES HABRÁ EN ESTE ESTUDIO?

La duración del estudio será de Agosto 2020-Febrero 2022. Se incluirán 139 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

#### ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARÁN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN?



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y  
Hospital Universitario



Departamento de Psiquiatría

Pacientes deben ser mayores de edad; pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con o sin tratamiento médico previo. Los pacientes deben aceptar entrar al estudio con firma de esta carta de consentimiento informado de la investigación; no se incluirán en la investigación pacientes con enfermedades neurodegenerativas que impidan la aplicación de escalas.

### ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?

Se citará para aplicar diversas escalas de evaluación. Entre ellas la Historia Clínica Psiquiátrica del Departamento de Psiquiatría de la UANL, la entrevista psiquiátrica MINI: (es una entrevista breve y estructurada de los principales diagnósticos psiquiátricos del DSM-IV. Está dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada letra correspondiente a una categoría diagnóstica) y de escalas de evaluación:

- ❖ La escala de valoración de la universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C-SSRS): fue diseñada para la evaluación del riesgo suicida a través de preguntas simples y en lenguaje claro. Las preguntas se enfocan en la valoración de existencia y gravedad de ideación suicida, conducta suicida y también en poder distinguir entre una conducta suicida y una conducta autodestructiva no suicida
- ❖ Entrevista diagnóstica para estudios genéticos: permite recabar y registrar información detallada de diferentes psicopatologías para su configuración en diferentes categorías diagnósticas, su diseño permite evaluar trastornos afectivos, psicóticos, de somatización y personalidad
- ❖ Entrevista familiar para estudios genéticos: registra información diagnóstica sobre la familia y brinda datos provenientes de cada integrante de la familia, para así obtener una evaluación más completa; realizando un árbol genealógico y se realizan preguntas referentes y se llena una hoja indicando una lista de síntomas afectivos, psicóticos, abuso de sustancias, trastornos de personalidad por cada familiar de primer grado.
- ❖ Escala de depresión de Beck: una escala auto-aplicable la cual fue diseñada para evaluar la existencia de un trastorno depresivo
- ❖ Escala de información funcional convergente de Niculescu: La escala de información funcional convergente para el suicidio de Niculescu y cols evalúa 5 dominios: salud mental, factores culturales, satisfacción de vida, salud física y estrés ambiental con elementos que se califican del 0-1 con un puntaje total máximo posible de 22. Esta escala se utiliza para entender y predecir la suicidabilidad aplicando un enfoque de evaluación de riesgos clínicos

### ¿QUÉ VA A HACER SI USTED DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
CONSEJO DE INVESTIGACIÓN

*[Firma manuscrita]*

2  
Formato de Consentimiento Informado  
V. 2.0 julio 2020

Se le pedirá que lea esta carta de consentimiento para esta investigación y que, con su firma en presencia de testigos, acepte participar en el mismo. Deberá acudir a las citas programadas para la aplicación de escalas.

**¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?**

La aplicación de las escalas no representan ninguna molestia especial. Sin embargo, puede requerirse de una o varias sesiones para completarlas.

**¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?**

Con su participación usted contribuirá a ayudar a otros pacientes que sufren de esquizofrenia y conocer mejor sobre el riesgo suicida. Las escalas aplicadas pueden ayudar a conocer mejor sobre su padecimiento.

**¿QUÉ OTROS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS PODRÍAN ESTAR DISPONIBLES PARA USTED?**

No se incluirán otros procedimientos distintos a los descritos para este estudio.

**¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?**

No habrá costos para usted al participar en este estudio.

**¿SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRANSPORTACIÓN?**

No se le proporcionará a usted ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

**¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?**

No se le proporcionará ningún pago a usted por participar en este estudio.

**¿QUÉ DEBE HACER SI LE PASA ALGO COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Si Usted llegará a sufrir una lesión o enfermedad asociada a los procedimientos de este estudio, deberá informar de inmediato a los médicos investigadores para evaluar su caso. Se le ofrecerá tratamiento sin costo para el mismo en el Hospital Universitario de la UANL.

**¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?**

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN





**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y  
Hospital Universitario



Departamento de Psiquiatría

Si usted decide participar en este estudio, tiene derecho a decidir continuar o no en este estudio siendo libre de terminar su participación en cualquier momento. Su decisión de no entrar o no continuar su participación en el estudio no afectará su tratamiento en nuestra institución.

### **¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, puede decidir no participar en el estudio o suspender su participación en cualquier momento sin que se esto afecte su atención médica.

Si Usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- Notificar a su médico tratante investigador del estudio.

Si su participación en el estudio se termina, por cualquier circunstancia, el médico le ofrecerá continuará con un seguimiento clínico por seguridad de usted, así mismo, la información médica recabada hasta ese momento pudiera ser utilizada para fines de la investigación.

### **¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO?**

Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Su nombre y sus datos personales no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo a la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares, así mismo, de solicitar el acceso, corrección y oposición de su información personal. La solicitud será procesada de acuerdo a las regulaciones de protección de datos vigentes. Sin embargo, cierta información no podrá estar disponible hasta que el estudio sea completado, esto con la finalidad de proteger la integridad del Estudio.

La Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales.

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al médico un resumen de su expediente clínico y los datos obtenidos de usted en esta investigación.

La información personal acerca de su salud y de su tratamiento del estudio podrá procesarse o transferirse a terceros en otros países para fines de investigación y de

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

4

Formato de Consentimiento Informado  
V. 2.0 julio 2020



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y  
Hospital Universitario



Departamento de Psiquiatría

reportes de seguridad, incluyendo agencias reguladoras locales (Secretaría de Salud SSA), así como al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de nuestra Institución.

Para los propósitos de este estudio, autoridades sanitarias como la Secretaría de Salud y el Comité de Ética en Investigación y/o el Comité de Investigación de nuestra Institución, podrán inspeccionar su expediente clínico, incluso los datos que fueron recabados antes del inicio de su participación, los cuales pueden incluir su nombre, domicilio u otra información personal.

En caso necesario estas auditorías o inspecciones podrán hacer fotocopias de parte o de todo su expediente clínico. La razón de esto es asegurar que el estudio se está llevando a cabo apropiadamente con la finalidad de salvaguardar sus derechos como sujeto en investigación.

Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información personal confidencial. Se mantendrá el anonimato de su nombre, dirección y teléfono. Su expediente será manejado con un número sin que aparezcan datos personales o confidenciales.

Al firmar este documento, Usted autoriza el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento. No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará.

#### SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al Dr. José Gerardo Garza Leal, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al Lic. Antonio Zapata de la Riva en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
CONSENTIMIENTO INFORMADO



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y  
Hospital Universitario



Departamento de Psiquiatría

**Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".**

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n  
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.  
CP 64460  
Teléfonos: 8183294000 ext. 2870 a 2874  
Correo electrónico: [investigacionclinica@meduanl.com](mailto:investigacionclinica@meduanl.com)

En caso de alguna pregunta relacionada al protocolo de investigación podrá contactar al **Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera**, investigador principal del protocolo.

**Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".**

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n  
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.  
CP 64460  
Teléfonos: 8183480585  
Correo electrónico: [ontiverosalf@gmail.com](mailto:ontiverosalf@gmail.com)

**RESUMEN CONSENTIMIENTO**

**PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN**

Mi participación es completamente voluntaria.

Confirmando que he leído y entendido este documento y la información proporcionada del estudio.

Confirmando que se me ha explicado el estudio, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que se me ha dado el tiempo suficiente para decidir sobre mi participación. Sé con quién debo comunicarme si tengo más preguntas.

Entiendo que las secciones de mis anotaciones médicas serán revisadas cuando sea pertinente por el Comité de Ética en Investigación o cualquier otra autoridad regulatoria para proteger mi participación en el estudio.

Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación.

Acepto que mi médico general sea informado de mi participación en este estudio.

Acepto que la información acerca de este estudio y los resultados de cualquier examen o procedimiento pueden ser incluidos en mi expediente clínico.

Confirmando que se me ha entregado una copia de este documento de consentimiento firmado.



Nombre del Sujeto de Investigación

Firma

Fecha

**PRIMER TESTIGO**

Nombre del Primer Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

**SEGUNDO TESTIGO**

Nombre del Segundo Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

**PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO**

He discutido lo anterior y he aclarado las dudas. A mi más leal saber y entender, el sujeto ~~está~~ proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento

Firma

Fecha

  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



## Apéndice 2. Hoja de recolección de datos

### Proyecto: IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES GENÓMICAS ASOCIADOS AL SUICIDIO

#### Hoja de Recolección de Datos

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de Muestra: \_\_\_\_\_

Lugar de recolección de datos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Opcional: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino					
<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Unión libre	
<b>Raza/Etnia</b>	<input type="checkbox"/> Latina	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Otra	Especificar _____	
<b>Escolaridad</b>	<input type="checkbox"/> Primaria (6 años)	<input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente (7-9 años)	<input type="checkbox"/> Preparatoria o equivalente (10-12 años)	<input type="checkbox"/> Estudios Universitarios no terminados	<input type="checkbox"/> Título Universitario	<input type="checkbox"/> Posgrado	Años de estudio _____
<b>Ocupación</b>	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Negocio propio	<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro
<b>No. de Hijos</b>	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Otro		
<b>Peso</b>	_____ kg						
<b>Estatura</b>	_____ m	<b>IMC</b>	_____				
<b>Tipo de obesidad</b>	<input type="checkbox"/> Ginecoide	<input type="checkbox"/> Androide					
<b>¿Toma café o te negro?</b>	No. de tazas al día _____	<input type="checkbox"/> No					
<b>¿Consumo alcohol?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Cuántas bebidas consume en un día de consumo normal?</b>	<input type="checkbox"/> 1 o 2	<input type="checkbox"/> 3 o 4	<input type="checkbox"/> 5 o 6	<input type="checkbox"/> 7, 8 o 9	<input type="checkbox"/> 10 o más
		<b>¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</b>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> 2 o 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces en la semana	<input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana

Hoja de Recolección de Datos Versión 3.0, Proyecto: "IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES GENÓMICOS ASOCIADOS AL SUICIDIO", fechado 30 de Agosto de 2018, Monterrey, Nuevo León, México, Dr. Antonio Alí Pérez Maya

Tipo de cáncer de familiar 2	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	Especifique _____	<input type="checkbox"/> Línea materna	<input type="checkbox"/> Línea paterna	Edad _____
Tipo de cáncer de familiar 3	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	Especifique _____	<input type="checkbox"/> Línea materna	<input type="checkbox"/> Línea paterna	Edad _____

### GENEALOGÍA

Procedencia del padre _____	Procedencia de la madre _____
Procedencia del abuelo paterno _____	Procedencia del abuelo materno _____
Procedencia de la abuela paterna _____	Procedencia de la abuela materna _____

### ACTIVIDAD FÍSICA

¿Realiza algún tipo de ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No					
¿Qué tipo de ejercicio?	<input type="checkbox"/> Caminata	<input type="checkbox"/> Correr	<input type="checkbox"/> Spinning	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Pesas	<input type="checkbox"/> Natación	Especifique _____
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Tercer día	<input type="checkbox"/> Semanal	Especifique _____			
Tiempo dedicado	<input type="checkbox"/> 30 minutos	<input type="checkbox"/> 45 minutos	<input type="checkbox"/> 60 minutos	Especifique _____			
Tiempo desde inicio de actividad física	<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 1 año	<input type="checkbox"/> 1 año y medio	Especifique _____	

### HISTORIAL PSIQUIÁTRICA FAMILIAR

Historial familiar de	No sabe	No	Sí	¿Quién?
Esquizofrenia				
Trastorno Bipolar				
Depresión Mayor				
Alcoholismo				
Drogadicción				
Distimia (trastorno depresivo persistente)				
Ataques de pánico				
Agorafobia (fobia a espacios abiertos)				
Trastorno obsesivo-compulsivo				
Fobia social				
Fobia específica				
Ansiedad generalizada				
Demencia				
Retardo mental				
Trastorno de personalidad				
Otro (especifique)				

**Hoja de Recolección de Datos** Versión 3.0, Proyecto: "IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES GENÓMICOS ASOCIADOS AL SUICIDIO", fechado 30 de Agosto de 2018, Monterrey, Nuevo León, México, Dr. Antonio Alí Pérez Maya

DIAGNÓSTICO	FECHA DE INICIO	
	PADECIMIENTO ACTUAL	EPISODIO ACTUAL
DEPRESIÓN MAYOR		
TRASTORNO BIPOLAR		
ESQUIZOFRENIA		
OTRO:		

TRATAMIENTO ACTUAL	DOSIS	FECHA DE INICIO

ESCALAS DE EVALUACIÓN	FECHA	PUNTAJE
MADRS		
PANSS		
YOUNG		
CGI		
C-SSRS		
IDB		
CFI-S		
OTRA:		

Persona que recolecta los datos (Nombre y Firma):

---

Persona que toma las muestras (Nombre y Firma) :

---

DATE:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m y y y y		SUBJECT ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			RATER INITIALS:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## ESCALA DE VALORACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA SOBRE LA INTENSIDAD DE IDEAS SUICIDAS (C-SSRS)

Versión de primera evaluación/monitoreo  
Versión 14/01/2009

**Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.**

*Limitación de responsabilidad:*

La presente escala se diseñó con el fin de que la utilicen individuos que hayan sido entrenados para su administración. Las preguntas que se incluyen en la Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la Intensidad de Ideas Suicidas (C-SSRS, por sus siglas en inglés) corresponden a los sondeos sugeridos. En última instancia, la determinación de la presencia de ideas o comportamiento suicida depende del juicio de la persona que administra la escala.

En esta escala, las definiciones de conductas suicidas se basan en las que utiliza **The Columbia Suicide History Form**, cuyos autores son John Mann, MD y Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. En M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003).

Para obtener copias de la escala de valoración C-SSRS, comuníquese con Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; para solicitar más información y necesidad de entrenamiento, escriba a posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

---

C-SSRS Baseline Screening - Mexico/Spanish - Version of 07 Apr 14 - Mapi  
ID 7661 / C-SSRS-Baseline-Screening\_AUS\_1\_spa-MX.doc

SUBJECT ID:

<b>IDEAS SUICIDAS</b>		Durante el transcurso de vida del participante - Momento en que tuvo con mayor intensidad ideas suicidas	Últimos ____ meses
<b>Formule las preguntas 1 y 2. Si la respuesta a ambas preguntas es negativa, pase a la sección "Conducta suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "SI", formule las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "SI", conteste la sección de "Gravedad de las ideas" que se encuentra abajo.</b>			
<b>1. Deseo de estar muerto(a)</b> El(la) participante confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a) o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido(a) y no despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?</i> Si la respuesta es sí, describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>2. Ideas suicidas activas no específicas</b> Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida (por ejemplo, "He pensado en suicidarme") sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan) durante el periodo de evaluación. <i>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</i> Si la respuesta es sí, describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>3. Ideas suicidas activas con cualquier método (no un plan) sin la intención de actuar</b> El(la) participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de ingerir una sobredosis, pero nunca tuve un plan específico sobre el momento, lugar y cómo lo haría realmente...y nunca lo haría". <i>¿Ha pensado en cómo llevarla a cabo?</i> Si la respuesta es sí, describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>4. Ideas suicidas activas con cierta intención de actuar, sin un plan específico</b> Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el(la) participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto". <i>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</i> Si la respuesta es sí, describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>5. Ideas suicidas activas con un plan específico e intención</b> Se presentan ideas de quitarse la vida con un plan detallado y parcial o totalmente elaborado, y el(la) participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan. <i>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</i> Si la respuesta es sí, describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>GRAVEDAD DE LAS IDEAS</b> Las siguientes características deberán evaluarse con respecto al tipo más grave de ideación suicida (por ejemplo, 1-5 de arriba, donde 1 es el menos grave y 5 es el más grave). Pregunte acerca del momento en que el (la) participante tuvo con mayor intensidad ideas suicidas.			
Durante el transcurso de vida - del participante Última X meses -	Idea más grave: _____ <small>Tipo N° (1-5)</small> Descripción de la idea Idea más grave: _____ <small>Tipo N° (1-5)</small> Descripción de la idea	Más grave	Más grave
<b>Frecuencia</b> <i>¿Cuántas veces ha tenido estas ideas?</i> (1) Menos de una vez a la semana. (2) Una vez a la semana. (3) De 2 a 5 veces a la semana. (4) Diario o casi diario. (5) Muchas veces cada día.		____	____
<b>Duración</b> <i>Cuando tiene estas ideas, ¿cuánto tiempo duran éstas?</i> (1) Son breves (algunos segundos o minutos). (2) Menos de una hora o algo de tiempo. (3) De 1 a 4 horas o bastante tiempo. (4) De 4 a 8 horas o la mayor parte del día. (5) Más de 8 horas (persistentemente) o en forma continua.		____	____
<b>Capacidad de controlarlas</b> <i>Cuando usted ha querido, ¿ha podido o puede dejar de pensar en suicidarse o querer morir?</i> (1) Puede controlar sus pensamientos con facilidad. (2) Puede controlar sus pensamientos con poca dificultad. (3) Puede controlar sus pensamientos con alguna dificultad. (4) Puede controlar sus pensamientos con bastante dificultad. (5) Es incapaz de controlar sus pensamientos. (6) No intenta controlar sus pensamientos.		____	____
<b>Elementos disuasivos</b> <i>¿Existen factores - alguien o algo (por ejemplo, familia, religión, dolor al morir) - que hayan acabado con su deseo de morir o llevar a cabo sus ideas de suicidarse?</i> (1) Los elementos disuasivos definitivamente lo(la) detuvieron antes de que intentara suicidarse. (2) Los elementos disuasivos probablemente lo(la) detuvieron. (3) No existe la certeza de que lo(la) hayan detenido elementos disuasivos. (4) Es muy probable que no lo(la) hayan detenido elementos disuasivos. (5) Definitivamente no lo(la) detuvieron elementos disuasivos. (6) No aplica.		____	____
<b>Razones que causan estas ideas</b> <i>¿Qué tipo de razones lo(la) motivaron a pensar en querer morir o suicidarse? ¿Fue para poner fin al dolor o a la forma en que se estaba sintiendo (en otras palabras, no podía seguir viviendo con este dolor o en la forma en que usted se sentía) o fue para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas? ¿O ambos?</i> (1) Únicamente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas. (2) Principalmente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas. (3) Tanto para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas, como para poner fin al dolor o detenerlo. (4) Principalmente para poner fin al dolor o detenerlo (usted no podía seguir viviendo con el dolor o en la forma en que usted se estaba sintiendo). (5) Únicamente para poner fin al dolor o detenerlo (usted no podía seguir viviendo con el dolor o en la forma en que usted se estaba sintiendo). (6) No aplica.		____	____

© 2008 Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

C-SSRS— Versión de primera evaluación/monitoreo (Versión 14/01/2009)

RC02170P012015\_Brewing\_Without\_PP1M\_PP3M\_MEX\_Spanish\_24APR2016

2069



SUBJECT ID:

<b>CONDUCTA SUICIDA</b> (Marque todo aquello que corresponda, siempre y cuando sean eventos separados; debe preguntar sobre todos los tipos).		Durante el transcurso de vida del participante	Últimos años
		Sí No	Sí No
<b>Intento real:</b> Una acción que pueda provocar lesiones a sí mismo(a), cometida con al menos cierto deseo de morir, como consecuencia del acto. La conducta se pensó en parte como un método para matarse. No es necesario que la intención equivalga a un 100%. Si existe <i>cualquier</i> intención o deseo de morir relacionado con el acto, entonces éste puede considerarse un intento real de suicidio. <i>No es necesario que haya daño o lesión física</i> , sólo la posibilidad de que éstos se produzcan. Si la persona tira del gatillo cuando la pistola está en su boca, pero el arma no funciona y en consecuencia no hay lesiones, esto se considera como un intento. Deducción de la intención: Incluso si un(a) participante niega la intención o deseo de morir, es posible deducir clínicamente que este deseo existe a partir de la conducta o las circunstancias. Por ejemplo, un acto con una alta probabilidad de causar la muerte y que claramente no es un accidente, de forma que no puede deducirse otra intención más que la de suicidarse (por ejemplo, disparo a la cabeza, salto desde una ventana de un piso en altura). Además, puede deducirse que esta intención existe si el(a) participante niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría haber causado su muerte.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>¿Ha intentado suicidarse?</b> <b>¿Ha hecho algo para dañarse a sí mismo(a)?</b> <b>¿Ha hecho algo peligroso que pudiera haber ocasionado su muerte?</b> <b>¿Qué fue lo que hizo?</b> <b>¿Usted se _____ como forma de poner fin a su vida?</b> <b>¿Deseaba morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____?</b> <b>¿Intentaba poner fin a su vida cuando usted _____?</b> <b>¿O pensaba que podría haber muerto como resultado de _____?</b> <b>¿O lo hizo únicamente por otros motivos, sin NINGUNA intención de quitarse la vida (para aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener compasión o lograr que otra cosa sucediera)?</b> (Conducta para provocar lesiones a sí mismo(a) sin intención suicida.) Si la respuesta es sí, describa:		Número total de intentos  _____	Número total de intentos  _____
<b>¿El(la) participante ha presentado conductas dirigidas a provocar lesiones a sí mismo(a) sin una intención suicida?</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Intento interrumpido:</b> Cuando se interrumpe a la persona (con una circunstancia externa) antes de que comience a realizar el acto que potencialmente podría dañarlo(a) (si no fuera por esta circunstancia, se habría producido un intento real). Sobredosis: la persona tiene píldoras en la mano, pero se evita que las ingiera. Cuando la persona ya ha ingerido una o más píldoras, se convierte más bien en un intento que en un intento interrumpido. Disparo: la persona tiene el arma apuntando a sí misma, alguien más le quita el arma, o de alguna manera se evita que tire del gatillo. Cuando la persona tira del gatillo, incluso si el arma no se dispara, ya es un intento. Saltar: la persona está lista para saltar al vacío, la sujetan y la alejan del borde. Ahorcamiento: la persona tiene una soga alrededor del cuello, pero aún no comienza a ahorcarse - se evita que lo haga. <b>¿Alguna vez comenzó a hacer algo para quitarse la vida, pero alguien o algo lo(la) detuvo antes de que realmente lo hiciera?</b> Si la respuesta es sí, describa:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Intento abortado:</b> Cuando la persona comienza a hacer lo necesario para intentar suicidarse, pero se detiene antes de llevar a cabo realmente cualquier conducta autodestructiva. Los ejemplos son similares a los intentos interrumpidos, con la excepción de que el(la) participante se detiene a sí mismo(a), en vez de que algo más lo(la) detenga. <b>¿Alguna vez comenzó a hacer algo para tratar de quitarse la vida, pero se detuvo antes de que realmente lo hiciera?</b> Si la respuesta es sí, describa:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Acciones o conductas de preparación de un suicidio:</b> Preparación o acciones cuyo fin es un inminente intento suicida. Estos incluyen cualquier acción que vaya más allá de la expresión oral o la idea, tal como la organización de un método específico (por ejemplo, comprar píldoras o comprar un arma) o la preparación para la propia muerte a causa del suicidio (por ejemplo, regalar cosas o escribir una nota suicida). <b>¿Ha realizado cualquier acción cuyo fin es intentar suicidarse o prepararse para quitarse la vida (tal como juntar píldoras, conseguir un arma, regalar objetos de valor o escribir una nota suicida)?</b> Si la respuesta es sí, describa:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Conducta suicida:</b> <b>¿Presenta conducta suicida durante el período de evaluación?</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Respuesta sólo en caso de intentos reales</b>		Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más letal:
<b>Letalidad real o lesión física:</b> 0. No se presentaron lesiones físicas o éstas son muy leves (por ejemplo, rasguños superficiales). 1. Lesiones físicas menores (por ejemplo, alargamiento del habla, quemaduras de primer grado, ligera pérdida de sangre, equimosis). 2. Lesiones físicas moderadas; se requiere atención médica (por ejemplo, estado de conciencia, pero con somnolencia, algo de reacción frente a estímulos, quemaduras de segundo grado, hemorragia de un vaso sanguíneo de importancia). 3. Lesiones físicas de gravedad moderada; se requiere hospitalización y probablemente terapia intensiva (por ejemplo, estado de coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, abundante pérdida de sangre, pero recuperable, fracturas de importancia). 4. Lesiones físicas graves; se requiere hospitalización con terapia intensiva (por ejemplo, estado de coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, abundante pérdida de sangre con signos vitales inestables, lesión de importancia en un área vital). 5. Muerte		Ingrese el código  _____	Ingrese el código  _____
<b>Letalidad potencial: sólo responda si la letalidad real=0</b> Probable letalidad de un intento real aunque no se presentaron lesiones físicas (los siguientes ejemplos, aunque no causaron lesiones físicas reales, tuvieron el potencial de ser muy letales: se metió un arma en la boca y tiró del gatillo, pero el arma no se disparó, de manera que no se produjo lesión física; se tendió en la vía cuando un tren se acercaba, pero se quitó antes de ser atropellado(a)). 0 = Conducta que probablemente no causará lesión. 1 = Conducta que probablemente causará lesiones, pero no la muerte. 2 = Conducta que probablemente causará la muerte, a pesar de los cuidados médicos disponibles.		Ingrese el código  _____	Ingrese el código  _____

© 2008 Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

C-5583— Versión de primera evaluación/instrumento (Versión 14/01/2009)

R05257SPY3015\_Screening\_Without-PP1M-PP2M\_MEX-0panet\_24APR2018

2070

Apéndice 4. Inventario de depresión de Beck

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)**

**Número de muestra:**\_\_\_\_\_ **Fecha:**\_\_\_\_\_

**Instrucciones:** En el siguiente cuestionario encontrará 21 apartados con varias opciones de respuesta. Por favor, lea cuidadosamente y elija la opción que mejor describa como se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya elegido. Solo se puede elegir una oración por cada apartado. En caso de que una o más apliquen para su caso, deberá elegir únicamente la más acertada a su situación.

<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ No me siento triste.</li><li>○ Me siento algo triste.</li><li>○ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.</li><li>○ Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.</li></ul>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ No me siento desanimado/a acerca del futuro.</li><li>○ Me siento desanimado/a acerca del futuro.</li><li>○ Siento que no tengo para qué pensar en el futuro y lo que viene.</li><li>○ Siento que no hay esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.</li></ul>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ No me considero fracasado/a.</li><li>○ Siento que he fracasado más que otras personas.</li><li>○ Veo mi vida llena de fracasos.</li><li>○ Siento que como persona soy un completo fracaso.</li></ul>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.</li><li>○ No disfruto de las cosas como siempre.</li><li>○ Ya no obtengo satisfacción de nada.</li><li>○ Estoy insatisfecho/a y molesto/a con todo.</li></ul>
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ No me siento culpable.</li><li>○ En algunos momentos me siento culpable y mala persona.</li><li>○ La mayor parte del tiempo me siento culpable y mala persona.</li><li>○ Me siento culpable y despreciable todo el tiempo.</li></ul>
<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ No pienso que esté recibiendo ningún castigo.</li><li>○ Siento que merezco ser castigado/a.</li><li>○ Siento que me castigarán.</li><li>○ Siento que estoy siendo castigado/a.</li></ul>

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)**

<b>7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No me siento descontento conmigo mismo/a.</li> <li>○ Me siento descontento conmigo mismo/a.</li> <li>○ Me desprecio.</li> <li>○ Me odio y me asqueo.</li> </ul>
<b>8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No creo ser peor que otros.</li> <li>○ Me critico a mi mismo por debilidad y mis errores.</li> <li>○ Me culpo todo el tiempo por mis errores.</li> <li>○ Me siento culpable por todo lo que sucede.</li> </ul>
<b>9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.</li> <li>○ Tengo ideas de suicidarme, pero no lo haría.</li> <li>○ Quisiera suicidarme.</li> <li>○ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</li> </ul>
<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No lloro más de lo habitual.</li> <li>○ Lloro más que antes.</li> <li>○ Lloro todo el tiempo.</li> <li>○ Antes podía llorar y ahora no lloro, ni aunque quiera.</li> </ul>
<b>11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No estoy más irritable.</li> <li>○ Me irrito más fácil que antes.</li> <li>○ Estoy irritado todo el tiempo.</li> <li>○ Ya no me irrita lo que antes me irritaba.</li> </ul>
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No he perdido el interés en la gente.</li> <li>○ La gente no me interesa como antes.</li> <li>○ He perdido la mayoría del interés en la gente.</li> <li>○ La gente no me interesa para nada en absoluto.</li> </ul>
<b>13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tomo decisiones tan bien como siempre.</li> <li>○ Pospongo la toma de decisiones más que antes.</li> <li>○ Se me complica tomar decisiones.</li> <li>○ No puedo tomar decisiones para nada.</li> </ul>
<b>14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No siento que haya empeorado mi aspecto.</li> <li>○ Me preocupa verme feo/a y viejo/a.</li> <li>○ Siento que hay cambios en mi apariencia que me hacen que me vea feo.</li> <li>○ Creo que me veo horrible y repulsivo.</li> </ul>



## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)**

<b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puedo trabajar tan bien como antes.</li> <li>○ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.</li> <li>○ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.</li> <li>○ No puedo trabajar para nada.</li> </ul>
<b>16</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Duermo tan bien como antes.</li> <li>○ No duermo tan bien como antes.</li> <li>○ Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.</li> <li>○ Me despierto muchas horas antes de lo acostumbrado y no puedo volver a dormirme.</li> </ul>
<b>17</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No me canso más de lo habitual.</li> <li>○ Me canso más fácilmente que antes.</li> <li>○ Me canso de hacer casi cualquier cosa.</li> <li>○ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa y no puedo hacer nada.</li> </ul>
<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mi apetito es igual que siempre.</li> <li>○ Mi apetito no es tan bueno como antes.</li> <li>○ Casi no tengo apetito.</li> <li>○ No tengo apetito en absoluto.</li> </ul>
<b>19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No he perdido peso o casi nada.</li> <li>○ He perdido más de 2.5 kg.</li> <li>○ He perdido más de 5 kg.</li> <li>○ He perdido más de 7.5 kg (Estoy a dieta SI___ NO___).</li> </ul>
<b>20</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mi salud me preocupa más que antes.</li> <li>○ Me preocupan molestias como dolores de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.</li> <li>○ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.</li> <li>○ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que ya no puedo pensar en nada más.</li> </ul>
<b>21</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mi interés por el sexo es igual que antes.</li> <li>○ Estoy menos interesado en el sexo que antes.</li> <li>○ Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes.</li> <li>○ He perdido completamente mi interés en el sexo.</li> </ul>

## Apéndice 5. Escala Funcional Convergente de Nicolescu para suicidio

### CONVERGENT FUNCTIONAL INFORMATION FOR SUICIDE (CFI-S) SCALE

Nicolescu AB, Levey DF, Phalen PL, Le-Nicolescu H, Dainton HD, Jain N, Belanger E, James A, George S, Weber H, Graham DL, Schweitzer R, Ladd TB, Learman R, Nicolescu EM, Vanipenta NP, Khan FN, Mullen J, Shankar G, Cook S, Humbert C, Ballew A, Yard M, Gelbart T, Shekhar A, Schork NJ, Kurian SM, Sandusky GE, Salomon DR. Understanding and predicting suicidality using a combined genomic and clinical risk assessment approach. *Mol Psychiatry*. 2015 Aug 18. doi: 10.1038/mp.2015.112. [Epub ahead of print]. PMID: 26283638.

Los elementos se califican como 1 para sí y 0 para no. El puntaje total máximo posible es de 22. El puntaje final se divide entre el número de elementos puntuados. Algunos elementos pueden tener información no disponible y estos no se tomarán en cuenta.

Elementos	Si	No	NA	Dominio	Tipo (Razones incrementadas IR; Barreras decrecientes DB)
1. Enfermedad psiquiátrica diagnosticada y tratada				Salud mental	IR
0. Con pobre obediencia al tratamiento				Salud mental	DB
0. Historia familiar de suicidio en parientes consanguíneos				Salud mental	IR
0. Conocer a alguien personalmente que haya cometido suicidio				Factores culturales	DB
0. Antecedente de abuso: sexual, físico, emocional, negligencia				Satisfacción de vida	IR
0. Enfermedad mental aguda o severa, incluyendo dolor (No puedo soportar este dolor) en los últimos 3 meses				Salud física	IR
0. Estrés agudo: pérdidas, dolor (en los últimos tres meses)				Estrés ambiental	IR
0. Estrés crónico: no sentirse necesitado, sentirse poco o nada útil				Estrés ambiental	IR
0. Antecedente de introversión excesiva, escurpulosidad (incluyendo intentos suicidas)				Salud mental	IR
0. Insatisfacción con la vida en este momento				Satisfacción de vida	IR
0. Falta de esperanzas a futuro				Satisfacción de vida	IR
0. Abuso de sustancias actual				Adicciones	DB

0. Antecedente de comportamiento o intentos suicidas			Salud mental	DB
0. Falta de creencias religiosas			Factores culturales	DB
0. Estrés agudo: Rechazo (en los últimos tres meses)			Estrés ambiental	IR
0. Estrés crónico: falta de relaciones positivas, aislamiento social			Estrés ambiental	DB
0. Antecedente de extroversión excesiva y actos impulsivos (incluyendo ira, enojo, peleas físicas, búsqueda de venganza)			Salud mental	DB
0. Falta de habilidades de afrontamiento hacia el estrés (quiebre bajo presión )			Salud mental	DB
0. Falta de hijos. Si tiene hijos no mantiene contacto con ellos o no los cuida.			Satisfacción de vida	DB
0. Antecedente de alucinaciones con daño a si mismo			Salud mental	IR
0. Edad: Mayor de 60 y menor de 25 años			Edad	IR
0. Género: Masculino			Género	DB

Apéndice 6. Entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS)

<b>ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA ESTUDIOS GENÉTICOS (DIGS ver. 3.0)</b>											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**IDENTIFICACION DEL CENTRO:**

**IDENTIFICACION DE LA FAMILIA:**

**IDENTIFICACION DEL INDIVIDUO:**

**IDENTIFICACION ALTERNATIVA:**

**IDENTIFICACION DEL PADRE:**

**IDENTIFICACION DE LA MADRE:**

**NOMBRE DEL SUJETO:** \_\_\_\_\_  
Nombres Apellidos

**SOBRENOMBRE:** \_\_\_\_\_

**RELACION CON EL CASO INDICE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE LA ENTREVISTA:**

DIA		MES		AÑO	

**FECHA DE NACIMIENTO:**

DIA		MES		AÑO	

**RAZA (AUTORREPORTE):**

1. Indígena americano (amerindio) 2. Negro 3. Blanco 4. Mestizo 5. Otro/Desconocido Especificar: _____	<u>Codifique la respuesta</u> 1   2   3   4   5
--	--

**EVALUACIÓN INICIAL O REEVALUACIÓN:** I   R  
**PERSONAL O TELEFÓNICA:** P   T

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_  
Nombre Apellidos

**CODIGO DEL ENTREVISTADOR:**

## Apéndice 7. Entrevista familiar para estudios genéticos

FIGS-SA.-November 05

FIGS: PORTADA

1

### Entrevista Familiar Para Estudios Genéticos FIGS

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_ ID del sujeto: \_\_\_\_\_ sesión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

Apellido/Número del probando: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Nombre del Informante/ID \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido

Nombre de la persona que está siendo descrita/ID \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido  
 Número de identificación de la persona descrita \_\_\_\_\_

Relación con el informante: \_\_\_\_\_

**¿En qué forma está la persona descrita relacionada con usted? (ej: Informante es el padre; persona descrita es el hijo.**

**Respuesta: debe ser: Hijo.**

Fecha de nacimiento de la persona descrita (si lo sabe) \_\_\_\_\_  
 Mes día año

La persona que está siendo descrita está viva? NO SI NS  
 0 1 9

Escriba la edad y el año en que vió a la persona por última vez, o si ha fallecido, a edad y el año cuando la persona murió: \_\_\_\_\_  
 EDAD AÑO

Si está muerto, anote la causa de la muerte: \_\_\_\_\_  
 Suicidio: NO SI NS  
 0 1 9

Entrevistador: refiérase a las preguntas generales si es necesario. (Nota: Haga el pedigrí antes de continuar.)

1. (Explore: él/ella tiene algún problema psiquiátrico o de personalidad como alguno de los que se mencionan en las preguntas anteriores?) NO SI NS  
 0 1 9

Escriba en forma narrativa:

**FIGS: Otros Trastornos**

1. Indique cualquier otro trastorno no incluido en la lista y complete las preguntas 1 a-f para el trastorno correspondiente.

Especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Codifique respuesta

1.a) Codifique y describa tratamiento profesional:

0 1 2 3 4 9

0: Ninguno  
 1: Hospitalización \_\_\_\_\_  
 2: Ambulatorio \_\_\_\_\_  
 3: TEC \_\_\_\_\_  
 4: Medicamento \_\_\_\_\_  
 5: Desconocido \_\_\_\_\_

1.b) Edad de inicio:

Edad

1.c) Número de episodios:

Episodios

1.d) Duración del episodio mas largo (semanas)

Semanas

1.e) Marque y codifique grado de impedimento o incapacidad:

Codifique respuesta  
 0 1 2 9

0= Nada  
 1= Impedimento moderado  
 2= Incapacidad  
 9= Desconocido

1.f) Entrevistador, juzgue la confiabilidad de esta información: 1= buena

2= regular

3= mala

<b>FIGS : PREGUNTAS GENERALES DE EVALUACION</b>
---

Fecha de la entrevista: 

--	--	--

 — 

--	--

 — 

--	--	--	--

  
MES DIA AÑO

*Use uno por informante*

Apellido de la familia: \_\_\_\_\_

Número ID de la Familia: 

--	--	--	--

Nombre del informante: 

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--

  
Primer 2nd Apellido  
*nombre*

ID

ENTREVISTADOR: Antes de empezar usted necesita generar u obtener un pedigrí en el cual anote todas las respuestas a las siguientes preguntas. (Ver el manual FIGS para detalles.)

PASO 1 : Revisemos su árbol genealógico .(incluya cónyuge y sus padres y hermanos, hijos, padres, hermanos, tíos, primos, abuelos y cualquier familiar que el informante pueda recordar.)

PASO 2 : Mantenga en mente todos las personas en su árbol familiar mientras revisamos las siguientes preguntas.(anote todas las respuestas positivas en el pedigrí .)

¿Fue algu en adoptado?

¿Alguien na tenido retardo mental?

¿Alguien:

ha sufrido de problemas nerviosos o emocionales? Toma medicinas o ve algún doctor por esto? Toma litio?

se sintió triste por un par de semanas ó mas , ó ha tenido diagnóstico de depresión?

intentó matarse o se suicidó?

pareció muy agitado (ó maniaco) durante el día y la noche ó ha tenido diagnóstico de Manía?

tuvo visiones, escuchó voces, ó tuvo pensamientos que parecían extraños ó irreales?

tuvo comportamiento inusual o bizarro, ó ha tenido diagnóstico de Esquizofrenia?

**FIGS : PREGUNTAS GENERALES DE EVALUACION (cont.)**

ha tenido problemas con la policía, para terminar los estudios, ó para conservar el trabajo?

¿El uso de alcohol ó tabaco le ha causado problemas con ( la salud, la familia, el trabajo, ó con la policía)? Asiste a AA ó NA, ó re tratamiento para ésto?

¿Ha sido (alguien) hospitalizado por problemas psiquiátricos, o por problemas por el uso de alcohol o drogas?

¿Tuvo alguna enfermedad hereditaria como: Enfermedad de Huntington, o problemas de epilepsia, o algún desorden del sistema nervioso central?

¿Fue alguien muy solitario o tuvo muy pocos amigos?

¿Alguien ha tenido comportamiento y/o apariencia extraña o excéntrica?

¿Alguien fue extremadamente celoso, sospechoso, creía en magia o vió algo significante en cosas que nadie más notaba?

**PASO 3 :** Complete la página FIGS: PORTADA para cada familiar del primer grado y del cónyuge del informante.  
Si él ó ella conocen bien algún otro familiar afectado, complete una hoja de portada para ellos.  
Además para cada uno de los familiares que sean positivos o sospechosos de: depresión, manía, abuso de drogas o alcohol, psicosis, o personalidad paranoide, esquizoide o esquizotípica, llene la lista de síntomas correspondientes en el cuestionario general.



**FIGS: HISTORIAL LONGITUDINAL**

**1. Antecedentes prenatales:**

1.a. Edad de la madre en el embarazo: _____	1.b. Duración del embarazo: _____	No	Si	NS
1.b. Usó la madre drogas, alcohol o medicamentos durante el embarazo:		0	1	9
Si es afirmativo, especifique: _____				
1.c. Alguna enfermedad o complicación durante el embarazo		0	1	9
Si es afirmativo, especifique: _____				

**2. Antecedentes perinatales:**

2.a. Hubo dificultades durante el parto:		No	Si	NS
Si es afirmativo, especifique: _____		0	1	9
Marque si fue: a. natural b. cesárea				
2.b. Uso de fórceps:		0	1	9
2.c. Sufrimiento fetal durante la labor de parto:		0	1	9
2.d. Alguna otra complicación al nacer:		0	1	9
Si es afirmativo, especifique: _____				

**3. Primera infancia: (hasta los 6 años)**

3a. Participaba con otros niños de su edad en juegos o conversaciones:		No	Si	NS
		0	1	9
3.b. Era muy inquieto, hablaba excesivamente, o parecía tener un motor...		0	1	9
3c. O más bien era callado o tímido o absorto en sí mismo:		0	1	9
(Marque SI cuando realmente haya sucedido la mayor parte del día por más de 6 meses, en distintos ambientes, interfiriendo con su desarrollo normal)				
3d. ¿La relación que sostenía el niño/a con los demás miembros de la familia era afectuosa y comunicativa?		0	1	9
3e. Hubo antecedentes de agresión, negligencia o sobreprotección con el niño/a		0	1	9
Si es afirmativo, especifique: _____				
3f. Durante este periodo el niño/a tuvo incidentes de trauma emocional serio:		0	1	9
Si es afirmativo, especifique: _____				

**4. Etapa escolar: (hasta los 18 años)**

El niño/a asistió a la escuela? Hasta que grado: _____		No	Si	NS
Si interrumpió los estudios antes del grado 12 especifique el motivo: _____		0	1	9
Tuvo el niño/a...				
4.a. Fobia Escolar (semanas) _____		0	1	9
4b. Problemas de comportamiento dentro del aula o con los compañeros (peleas, insultos)		0	1	9
4c. Suspensiones o expulsiones: Cuántos? _____		0	1	9
4d. Durante los años que cursó la escuela y colegio (antes de los 18) se observó en el niño (a) signos de retraso mental, trastornos de la comunicación, u otro desorden del desarrollo		0	1	9

**FIGS : DEPRESION**

Fecha de la entrevista:    —   —      
MES DIA AÑO

Apellido: \_\_\_\_\_

Número ID de la Familia:

Nombre del informante: Primer Nombre 2nd nombre Apellido ID

Nombre de la persona que está siendo descrita: Primer Nombre 2nd nombre Apellido ID

**Codifique un solo episodio (el mejor recordado, el peor episodio si es posible).**

1. Durante la depresión...

1.a) él ó ella estaba deprimido la mayor parte del día, todo el día, por una semana o más?

No Si NS  
0 1 9

1.b) perdió interés en las cosas ó fue incapaz de disfrutar por lo menos por una semana?

0 1 9

Suspenda y vaya al próximo módulo.

1.c) tuvo cambios en el apetito ó en el peso sin intentarlo?

0 1 9

Si Sí, indique: Aumentó No Sí NS Disminuyó No Sí NS  
0 1 9 0 1 9

1.d) tuvo cambios en el sueño (ya sea aumento o disminución)?

0 1 9

Si Sí, indique: Aumento No Sí NS Disminuyó No Sí NS  
0 1 9 0 1 9

1.e) fué incapaz de trabajar, asistir a la escuela, o mantener las responsabilidades del hogar?

0 1 9

(SI ES AFIRMATIVO, describa : \_\_\_\_\_)

1.f) él/ella se movía o hablaba más despacio de lo usual?

0 1 9

1.g) él/ella caminaba de un lado para otro o retorcia sus manos?

0 1 9

1.h) él/ella tenía menos energía o se sentía cansado/a?

0 1 9

1.i) él/ella se sentía culpable, sin valor o se culpaba a si mismo/a?

0 1 9

1.j) él/ella tuvo problemas para concentrarse o para hacer decisiones?

0 1 9

No    Si    NS

0 1 9

No Si NS

0 1 9

0 1 9

Codifique respuesta

0 1 2 3 4 9

3 = Electroshock \_\_\_\_\_

4 = Medicamento \_\_\_\_\_

9 = No sabe

Edad

--	--

## Episodios

--	--	--

**Semanas**

--	--	--

**Codifique respuesta**

0 1 2 9

1      2      3

3- Mala

#### FIGS : MANIA

--	--	--	--

**AÑO**

--	--	--	--

--	--	--	--	--

[illegible]

No Si NS

0 1 9

0	1	9
---	---	---

0	1	9
---	---	---

\_\_\_\_\_

0 1 9

0 1 9

Si **Sí** a cualquiera de las preguntas 1 a-e, describa \_\_\_\_\_

0 1 9

0 1 9

0 1 9

0 1 9

0 1 9

0 1 9

**FIGS : MANIA(cont.)**

¿Estuvieron los síntomas (revise síntomas 1d-1k más ánimo eufórico/expansivo o irritable presente casi todo el día por lo menos por una semana?

No	Si	NS
0	1	9

1.l)...tuvo visiones? oyó voces? Tuvo creencias o comportamientos que parecían extraños o inusuales? al mismo tiempo que (los síntomas descritos arriba)? (Si Si, complete la sección de Psicosis después de ésta).

0	1	9
---	---	---

**2. Codifique y describa tratamiento profesional:****Codifique la respuesta****0 1 2 3 4 9**

C = Ninguno

1 = Hospitalización \_\_\_\_\_ (semanas)

2 = Consulta Externa \_\_\_\_\_

3 = Electroshock \_\_\_\_\_

4 = Medicamento \_\_\_\_\_

9 = No sabe \_\_\_\_\_

**3. Edad de inicio**

Edad	

**4. Número de episodios**

Episodios		

**5. Duración del episodio más largo en semanas**

Semanas		

**6. Codifique y categorice impedimento o incapacidad****Codifique respuesta****0 1 2 9**

0 - Nada

1-Impedimiento

2-Incapacidad

9-Desconocido

**7. Entrevistador, juzgue la confiabilidad de esta información****1 2 3**

1. Buena

2. Regular

3. Mala



**FIGS: ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS(cont.)**

4. Anote la edad en que él/ella comenzó a tener problemas con el alcohol.

Edad de Inicio

--	--

5. Anote la edad en que él/ella dejó de abusar de la bebida:

Anote Edad

--	--

**ABUSO DE DROGAS Y DEPENDENCIA**

6. Con qué droga él/ella tiene problemas:

Especifique \_\_\_\_\_

7. Debido al uso de droga él/ella ha tenido:

	NO	SI	NS
7.a) ¿Problemas de salud física (hepatitis, sobredosis, síntomas de abstinencia, heridas accidentales)?	0	1	9
7.b) ¿Problemas emocionales o psicológicos (falta de interés, depresión, alucinaciones/ paranoia, ideas extrañas)?	0	1	9
7.c) ¿Problemas legales (arresto por posesión, vender o robar drogas)?	0	1	9
7.d) ¿Objeciones de la familia, o amigos, en el trabajo o la escuela?	0	1	9
7.e) ¿Ser incapaz de trabajar, estudiar o hacerse cargo de las responsabilidades del hogar?	0	1	9
7.f) ¿Disminuir o abandonar actividades importantes?	0	1	9
7.g) ¿Pasarse mucho tiempo tomando o recuperándose de sus efectos?	0	1	9
7.h) ¿Continuar bebiendo aún siendo peligroso?	0	1	9
7.i) ¿Ser incapaz de dejar de usar o disminuir el uso?	0	1	9

8. ¿El/ella asistió a Narcóticos Anónimos o tuvo algún tipo de tratamiento?

Codifique Respuesta

(Codifique y describa todos los que se aplican)

0 1 2 3 4 9

0 = Nada \_\_\_\_\_

3 = AA u otra auto ayuda \_\_\_\_\_

1 = Hospitalización \_\_\_\_\_

4 = Medicamentos \_\_\_\_\_

2 = Ambulatorio \_\_\_\_\_

9 = Desconocido \_\_\_\_\_

Describa los detalles y/u otro tratamiento:

9. ¿El/ella actualmente tiene problemas con la droga(s)?

0 1 9

10. Anote la edad en que él/ella comenzó a tener problemas con drogas: \_\_\_\_\_

Edad de inicio

--	--

11. Anote la edad en que él/ella dejó de abusar drogas (si ha dejado): \_\_\_\_\_

Anote edad

--	--

12. Entrevistador, juzgue la confiabilidad de esta información:

Codifique Respuesta

1 = Buena

2 = Regular

3 = Mala

1 2 3

FIGS: PSICOSIS

Fecha de la entrevista:        —      —         

MES                      DIA                      AÑO

Apellido: \_\_\_\_\_

Número ID de la Familia:         

Nombre del informante: \_\_\_\_\_

Nombre                      2nd nombre                      Apellido

ID             

Nombre de la persona descrita: \_\_\_\_\_

Nombre                      2nd nombre                      Apellido

ID             

## PSICOSIS

Codif que un episodio en particular (el mejor recordado, o el peor episodio si es posible)

1. ¿Qué creencias o experiencias inusuales tuvo él/ella? (Describa):

El/ella en alguna ocasión:

	No	Si	NS
1.a) ¿Tuvo la creencia de que estaba siendo seguido(a) por alguien, o que alguien trataba de hacerle daño o envenenarlo?	0	1	9
1.b) ¿Creía que alguien le estaba leyendo sus pensamientos?	0	1	9
1.c) ¿Creía que el (ella) estaba bajo el control de una persona o fuerza externa?	0	1	9
1.d) ¿Creía que sus pensamientos eran transmitidos a otras personas, o que una fuerza externa estaba robándole o poniéndole pensamientos dentro de su mente?	0	1	9
1.e) ¿Tuvo alguna otra creencia extraña o inusual?	0	1	9
Si es afirmativo, describa:			
1.f) ...veía cosas que no estaban allí?	0	1	9
Si es afirmativo, describa:			
1.g) ...escuchaba voces o sonidos que no eran reales?	0	1	9
Si es afirmativo, describa:			

Si es negativo, pase a la pregunta 1 h. ←



## FIGS: PSICOSIS(cont.)

	No	Si	NS
1.g.1 Si 1.g es afirmativa, marque los síntomas que se apliquen: Voces de contenido sin relación a la depresión o euforia	0	1	9
O voces que mantienen comentarios sobre la conducta o pensamientos del sujeto	No 0	Si 1	NS 9
, O dos o más voces conversando entre sí	No 0	Si 1	NS 9
1.h ) Hablaba de una manera que no tenía sentido?	0	1	9
Si es afirmativo, describa:			
1.i ) Estuvo físicamente fijo en una sola posición, o se volvió mutista o se movía excitadamente de un lugar a otro sin ningún propósito?	0	1	9
Si es afirmativo, marque los síntomas que se apliquen: Físicamente fijo en una sola posición	No 0	Si 1	NS 9
Se volvió mutista (sin hablar)	No 0	Si 1	NS 9
, Moviéndose excitadamente y sin propósito	No 0	Si 1	NS 9
1.j) Parecía no tener emociones, dejó de cuidar de su higiene, o parecía que no tenía nada que decir?	0	1	9
1.l)Mostraba emociones inapropiadas (por ejemplo: se reía cuando hablaba de tópicos tristes)	0	1	9
1.m)Se comportaba de una manera bizarra (por ejemplo: hablaba consigo mismo, acumulaba basura, usaba una ropa sobre otra)	0	1	9

2. ¿Cuánto duro el más largo de estos episodios (psicóticos)?

semanas

--	--	--

Entrevistador: si la duración psicosis es menor de una semana (excepto si la psicosis fue tratada exitosamente) PARE AQUÍ. En caso contrario, continúe, si el informante conoce bien a la persona descrita exitosamente).

Entrevistador: si el sujeto no ha tenido episodios de depresión mayor o manía, (de acuerdo a la lista del FIGS obtenida de este informante) **pase a pregunta 6**

No	Si	NS
0	1	9

3¿Cuando cualquiera de los (síntomas psicóticos descritos arriba) ocurrieron, tuvo él/ella al mismo tiempo los problemas con el estado de ánimo descritos anteriormente?

Pase a la pregunta 6

Entrevistador: Para el resto de las preguntas en esta sección, la "duración de la enfermedad" se refiere al tiempo TOTAL de la enfermedad psicótica, incluyendo síntomas activos, prodrómicos, y/o residuales y/o el tiempo en medicación para esa enfermedad.

## FIGS: PSICOSIS(cont.)

4. (Pregunte y codifique AFIRMATIVO, si la manía y/ o depresión duraron al menos 30% de la duración total de la enfermedad descrita anteriormente (psicosis), incluyendo el tiempo en medicación para la misma )
- | NO | SI | NS |
|----|----|----|
| 0  | 1  | 9  |
5. (Pregunte y codifique AFIRMATIVO si la enfermedad descrita antes (psicosis) o los medicamentos para la misma estuvieron presentes por lo menos durante una semana, sin que hubiera depresión o manía)
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | 1 | 9 |
|---|---|---|
- Pase a la pregunta 6**
- 5a) (Codifique AFIRMATIVO si lo descrito en la pregunta anterior estuvo presente por lo menos durante dos semanas consecutivas)
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | 1 | 9 |
|---|---|---|
6. Codifique y describa el tratamiento profesional recibido:
- | Codifique respuesta |   |   |                  |   |   |
|---------------------|---|---|------------------|---|---|
| 0                   | 1 | 2 | 3                | 4 | 9 |
| 0 = Nada            |   |   | 3 = TEC          |   |   |
| 1 = Hospitalización |   |   | 4 = Medicamentos |   |   |
| 2 = Ambulatorio     |   |   | 9 = Desconocido  |   |   |
- Describa detalles y otros tratamientos:
7. Edad de inicio de la psicosis:
- | EDAD |
|------|
|      |
8. Numero de episodios de psicosis(codifique 001 si los síntomas son crónicos [sujeto nunca volvió a su funcionamiento original] o si ha estado en tratamiento continuo desde el inicio de la psicosis.)
- | EPISODIOS |
|-----------|
|           |
9. Duración total de la enfermedad psicótica (**todos** los episodios, incluyendo fases activas, prodrómicas, residuales y tratamiento)
- | SEMANAS | o | AÑOS |
|---------|---|------|
|         |   |      |
10. Evalúe y codifique impedimento o incapacitación:
- | Codifique |
|-----------|
| 0 1 2 9   |
0. Nada  
1. Impedimento  
2. Incapacitado  
9. No Sabe
11. Entrevistador, juzgue la confiabilidad de esta información:
- |          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 1= Buena | 2= Regular | 3 = Mala |
|----------|------------|----------|

**FIGS: PSICOSIS(cont.)**

ENTREVISTADOR: Si el informante no conoce al sujeto suficientemente bien para dar información de síntomas prodrómicos y residuales, PARE AQUÍ.

PARA CENTROS BIPOLARES: Si el criterio de duración para el diagnóstico de Esquizofrenia, tipo crónico ya ha sido cumplido (pregunta 9, duración total de la enfermedad > 2 años), PARE AQUÍ.

ENTREVISTADOR: Use esta sección solamente si el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo ha sido descartado (en las preguntas previas 3 a 5), o si las síntomas psicóticos duraron al menos una semana (o menos si fueron exitosamente tratados).

Estableciendo el periodo Prodrómico:

16. Ahora quisiera preguntarle sobre el año anterior a que los síntomas psicóticos de él/ella Durante ese tiempo él/ella...

(Pregunte después de completar el periodo prodrómico)

Estableciendo el periodo Residual:

Ahora quisiera preguntarle sobre el año después que los síntomas psicóticos de él/ella entraran en remisión. comenzaran. Durante ese tiempo él/ella...

	ANOS PREVIOS A LOS SINTOMAS PSICOTICOS (periodo Prodrómico)			ANOS DESPUES QUE LOS SX PSICOTICOS PARARON (periodo Residual)		
	NO	SI	NS	NO	SI	NS
16.a) Se mantenía alejado de la familia y amigos, se volvió socialmente aislado/a?	0	1	9	0	1	9
16.b.) ¿Tuvo dificultades en hacer su trabajo, estudio o tareas del hogar?	0	1	9	0	1	9
16.c.) ¿Hizo cosas peculiares como hablar consigo mismo/a en público?	0	1	9	0	1	9
16.d.) ¿Estuvo descuidado de su higiene y arreglo personal?	0	1	9	0	1	9
16.e.) ¿Parecía no tener emociones o mostraba emociones inapropiadas?	0	1	9	0	1	9
16.f.) ¿Hablaba en una forma que era difícil entender o no sabía que decir?	0	1	9	0	1	9
16.g.) ¿Tuvo creencias o ideas inusuales?	0	1	9	0	1	9
16.h.) ¿Tuvo percepciones inusuales como sentir la presencia de una persona que no estaba realmente presente?	0	1	9	0	1	9
16.i.) ¿Estuvo sin interés, sin energía?	0	1	9	0	1	9
16.j.) ¿Encontró mensajes especiales en TV, radio o periódicos?	0	1	9	0	1	9
16.k.) ¿Se sentía nervioso con otras personas?	0	1	9	0	1	9
16.l.) ¿Estaba preocupado/a que otras personas estaban tratando de causarle daño?	0	1	9	0	1	9

**FIGS: PSICOSIS(cont.)**

17a. ¿Por cuánto tiempo duró esto?

Semanas

--	--	--

<p>ENTREVISTADOR: Regrese a la pregunta 16 para establecer el periodo residual y codifique en la columna Residual.</p>
--

17.b ¿Por cuánto tiempo tuvo él/ella los síntomas Residuales después de que los síntomas sicóticos activos pararan?

Semanas

--	--	--

18. El/ella siempre se ha comportado de esa manera?

NO  
0

SI  
1

NS  
9

**FIGS:PERSONALIDA PARANOIDE/ESQUIZOIDE/ESQUIZOTIPICA**

FECHA DE LA ENTREVISTA:

DIA

MES

AÑO

CENTROS DE ESQUIZOFRENIA: NECESARIO.

CENTROS BIPOLAR: OPCIONAL

Apellido de la Familia: \_\_\_\_\_ # de la familia/ID: \_\_\_\_\_

Nombre del informante/ID: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Nombre de la persona que esta siendo descrita/ID: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

**PERSONALIDAD PARANOIDE**

1. El/ella...

	NO	SI	NS
1.a) ¿A menudo vigila para que otros no puedan tomar ventaja sobre él /ella? ¿Espera ser explotado(a) o dañado(a) por otros sin tener bases suficientes para creer esto?.	0	1	9
1.b) ¿Se preocupa que sus amigos o compañeros de trabajo realmente no son leales o dignos de confianza? ¿Duda, sin justificación, de la lealtad de amigos o personas asociadas.	0	1	9
1.c) ¿A menudo interpreta amenazas ocultas o desaires en lo que otros dicen o hacen? ¿Encuentra significados ocultos que son insultantes o amenazantes en eventos o palabras comunes y corrientes?.	0	1	9
1.d) ¿Le toma mucho tiempo en perdonar a alguien que lo haya insultado u ofendido? ¿Es rencoroso/a o no perdona insultos o desaires?.	0	1	9
1.e) ¿Cree que es mejor que otras personas no sepan mucho de su vida? ¿Teme confiar en los demás por miedo a que lo que diga sea usado en contra suya?..	0	1	9
1.f) ¿A menudo se enoja cuando piensa que ha sido insultado o despreciado? ¿Fácilmente se siente despreciado, reaccionando pronto con enojo ó contraatacando?.	0	1	9
1.g) ¿Parece ser una persona celosa? ¿Ha sospechado de que su cónyuge ó compañero sexual son infieles? ¿Duda sin justificación de la fidelidad de su cónyuge o compañero sexual?.	0	1	9

**PERSONALIDAD ESQUIZOIDE**

2. El/ella...

	NO	SI	NS
2.a) ¿No quiere o disfruta tener relaciones cercanas, como con la familia o amigos? ¿No desea ni disfruta relaciones cercanas, ni aún con la familia?	0	1	9
2.b) ¿Prefiere hacer las cosas solo(a), no con otros? Casi siempre prefiere actividades solitarias.	0	1	9
2.c) ¿Rara vez manifiesta emociones intensas ya sea de enojo ó de alegría? Raramente o nunca verbaliza o parece experimentar emociones fuertes.	0	1	9
2.d) ¿No parece estar interesado en involucrarse sexualmente con otra persona? Muy poco o no deseo en tener experiencias sexuales con otra persona. (teniendo en cuenta la edad)	0	1	9

## FIGS:PERSONALIDA PARANOIDE/ESQUIZOIDE/ESQUIZOTIPICA(cont.)

	No	Si	NS
2.e) No parece importarle si la gente lo elogia o lo critica? Indiferente a los elogios o criticas de otros.	0	1	9
2.f) No tiene a nadie con quien él(ella) es realmente cercano o es su confidente, o solo tiene una de esas personas, fuera de sus familiares de primer grado?	0	1	9
2.g) Actúa frío ó reservado, casi nunca sonríe o devuelve saludos a la gente? Afecto constricto, reservado, frío, raramente con gestos o expresiones de reciprocidad?	0	1	9
<b>PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICA</b>			
3. El/ella...			
3.a) Se preocupa de que otros estén hablando de él(ella)? Aún cosas triviales tienen especial significado para él(ella)? Ideas de referencia (no delusiones de referencia).	0	1	9
3.b) Frecuentemente se siente muy nervioso en grupos de desconocidos? Excesiva ansiedad social.	0	1	9
3.c) Reporta experiencias sobrenaturales? Cree en astrología, predecir el futuro, extraterrestres, percepciones extrasensoriales ó en el "sexto sentido" Pensamiento mágico ó extraño que influencia su conducta y no es consistente con las normas culturales	0	1	9
3.d) Percibe objetos o sombras como si fueran personas, o ruidos como voces Siente la presencia de personas invisibles ó fuerzas a su alrededor? Mira que las caras de las personas cambian? Experiencias perceptuales inusuales?	0	1	9
3.e) Actúa de una manera excéntrica? Tiene una apariencia peculiar ó descuidada? Tiene manierismos inusuales ó habla consigo mismo? Conducta ó apariencia peculiar o excéntrica?	0	1	9
3.f) Es difícil algunas veces entender su conversación? Habla en una forma vaga ó abstracta? Usa un lenguaje peculiar (no pérdida de asociación ni incoherencia).	0	1	9
3.g) Algunas veces actúa incongruente, no acorde con la situación? O Tiene a no mostrar sentimientos en respuesta a otras personas?	0	1	9

ENTREVISTADOR: Si alguno de los trastornos de personalidad está presente, haga las siguientes preguntas (para usarse en investigación no en el diagnostico)

**IMPEDIMENTO/DISTRESS**

4. Por causa de sus problemas de personalidad, el ó ella tiene problemas con la forma de comportarse, pensar ó sentir ya sea a nivel familiar, social, en el campo laboral ó en el estudio? Tiene un impedimento social u ocupacional significativo?	0	1	9
5. Este comportamiento, pensamiento ó sentimiento le causa infelicidad al sujeto? Significante stress subjetivo.	0	1	9
6. Entrevistador juzgue la confiabilidad de esta información: 1= Buena                      2= Regular                      3= Mala	<u>Codifique</u> 1    2    3		

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

1

### MINI

#### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

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

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

#### Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. 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 forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

2

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

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

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 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. 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. 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  
Fax: + 1 813 974 4575  
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

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

Laura Ferrando, M.D.  
IAP  
Velázquez, 156,  
28002 Madrid, España  
Tel.: + 91 564 47 18  
Fax: + 91 411 54 32  
e-mail: iap@lander.es

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

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

NO	SÍ
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, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

## B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

### C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             ↓              HIPOMANÍACO           </div> <div style="text-align: center;">             ↓              MANÍACO           </div> </div>										
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>EPISODIO MANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<b>EPISODIO MANÍACO</b>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
<b>EPISODIO MANÍACO</b>												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)												



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

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 ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? NO SÍ 19

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

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

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO  
DE ANGUSTIA  
sin agorafobia  
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE  
ANGUSTIA  
con agorafobia  
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL  
sin historial de  
trastorno de angustia

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

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

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

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

## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SI	1
H2	¿Estos pensamientos volvían 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 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	SI compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	⇒ NO	SI	
H5	¿Reconoce 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**

## I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

**ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

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

### J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

(⇒ SIGNIFICA: 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, dextedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

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

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

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

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

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

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

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

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: \_\_\_\_\_

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA. ☐

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA. ☐

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

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

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

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

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

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

17

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5				
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6				
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7				
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL								
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:								
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE 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				
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL								
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)								



## 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, INCOMPREENSIBLES, 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 espía, 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 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 ⇒ 1.6 3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ⇒ 1.6 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 5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ⇒ 1.6 6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	SÍ 7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ⇒ 1.6 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 L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO SÍ	SÍ 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	SÍ 11
		LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:		
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ ⇒ 1.8b 12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO SÍ  
ANOREXIA NERVIOSA  
ACTUAL

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

<b>Mujer estatura/peso</b>														
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
<b>Hombre estatura/peso</b>														
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
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130
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
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59

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, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	⇒ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	⇒ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	⇒ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	⇒ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	⇒ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NO                      SÍ  <b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b> </div>		
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NO                      SÍ  <b>ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</b> </div>		

## O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

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

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

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

## GLOSARIO

- Esquizofrenia: La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustioso para ellas, sus familiares y amigos.
- Depresión: La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.
- Alucinaciones: Una alucinación es una falsa percepción de los objetos o acontecimientos y es de naturaleza sensorial.
- Suicidio: es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada.
- Intento de suicidio: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- Suicidio consumado: Acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- Ideación suicida: Pensamientos, planes y actos preparatorios relacionados con el suicidio.
- Síntomas positivos: La esquizofrenia implica una serie de problemas de pensamiento (cognición), comportamiento y emociones. Los signos y síntomas pueden variar, pero generalmente implican fantasías, alucinaciones o habla desorganizada, y reflejan una capacidad deficiente de vivir normalmente.
- Síntomas negativos: Los síntomas negativos incluyen la pérdida de motivación, de interés o del disfrute de las actividades diarias, así como alejamiento de la vida social, dificultad para mostrar emociones y problemas para funcionar normalmente.
- Delirios: El delirio es una alteración seria en las capacidades mentales que genera pensamientos confusos y una disminución de su conciencia sobre el entorno. El comienzo del delirio suele ser rápido, en un plazo de horas o algunos días