

Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga
Estudio De Caso Único
**Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) desde la Intervención Cognitivo-
Conductual**



Presentado Por
Julieth Paola Gutiérrez

Asesora
Dra. Claudia Patricia Bueno Castellanos

Especialización En Psicología Clínica
Escuela De Ciencias Sociales
Facultad De Psicología
Floridablanca, 2020

Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga
Estudio De Caso Único
**Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) desde la Intervención Cognitivo-
Conductual**



Presentado Por
Julieth Paola Gutiérrez

Especialización En Psicología Clínica
Escuela De Ciencias Sociales
Facultad De Psicología
Floridablanca, 2020

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	10
Justificación.....	12
Marco teorico	12
Evento traumático	12
Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)	13
Prevalencia	14
Evaluación.....	16
Intervención cognitivo conductual	18
Metodología	20
Diseño.....	20
Instrumentos	20
Tratamiento	21
Formulación del caso	22
Participante.....	22
Motivo de consulta	23
Examen mental	23
Descripción del caso.....	23
Análisis diacrónico-historia del problema.....	24
Historia y Relación familiar	26
Análisis descriptivo	28
Posible hipótesis clínica	28
Impresión diagnóstica:	29
Procedimiento.....	29
Objetivos de la intervención.....	29
Descripción de las sesiones del proceso terapéutico de H	30
Resultados	32
Resultados de los instrumentos aplicados	32
Discusión.....	37
Conclusiones	39

Recomendaciones..... 40
referencias 41
Anexos..... 46

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Representación familiar del paciente.	26
Tabla 2. Resultados de la lista de eventos estresantes.....	32
Tabla 3. Resultados del pre test y post test (MINI) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.....	33
Tabla 4. Resultados pre test y post test escala de estrategias de COPING	35

Lista de Gráficas

Pág.

Gráfica 3. Familiograma caso único	25
Gráfica 4. Resultados Generales Pre-test y Post-test (MINI).....	34

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento Informado	46
Anexo 2. Historia clínica para adultos	48
Anexo 3. Instrumento Lista de acontecimiento estresante	57
Anexo 4. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	60
Anexo 5. Escala estrategias de afrontamiento (COPING) - Modificada (EEC-M)	85
Anexo 6. Formatos Estado Emocional	88
Anexo 7. Formato de Autorregistro	89
Anexo 8. Evidencia del proceso psicológico con (H)	90

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Estudio De Caso Único Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) desde la Intervención Cognitivo-Conductual

AUTOR(ES): Julieth Paola Gutierrez

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Claudia Patricia Bueno Castellanos

RESUMEN

En el presente trabajo de caso único se describirá el desarrollo y las principales características en la identificación del trastorno depresivo persistente (distimia) según el DSM-5 y la comorbilidad con el trastorno de ansiedad en un paciente de 23 años. Se realizó el respectivo consentimiento informado, seguidamente la entrevista y la aplicación de pruebas de evaluación; la lista de eventos estresantes, entrevista neuropsiquiátrica (MINI) y la escala de estrategias COPING. La intervención se realizó en 12 sesiones, se usaron técnicas cognitivo conductuales como: psicoeducación, modelado, reestructuración cognitiva (detección del pensamiento, distraibilidad, autoverbalizaciones, cuestionamiento y diálogo socrático, y la técnica de autocontrol). Seguidamente después de terminada la terapia el paciente presentó una disminución del episodio actual depresivo en el paciente, y mitigar estados de ansiedad mediante la técnica de relajación y la psicofarmacología prescrita por el médico; pasado ese periodo se observa y el paciente refirió mejoría anímica, y personal. Caso único, Trastorno depresión persistente, Ansiedad, Técnica cognitivo-conductuales.

PALABRAS CLAVE:

Caso único, Trastorno depresión persistente, Ansiedad, Técnica cognitivo-conductuales.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: CASE STUDY PERSISTENT DEPRESSIVE DISORDER (DISTIMIA) FROM COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION

AUTHOR(S): Julieth Paola Gutiérrez

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Claudia Patricia Bueno Castellanos

ABSTRACT

In the present case study, I will describe the development and main characteristics in the identification of persistent depressive disorder (dysthymia) according to the DSM-5 and the comorbidity with the anxiety disorder in a patient 23 years. The respective informed consent was made, followed by the interview and the application of evaluation tests; the list of stressful events, neuropsychiatric interview (MINI) and the COPING strategy scale. The intervention was performed in 12 sessions, using cognitive behavioral techniques such as: psychoeducation, modeling, cognitive restructuring (detection of thought, distraction, self-verbalization, questioning and Socratic dialogue, and self-control). As for the results, it was possible to reduce the current depressive episode in the patient, and mitigate states of anxiety through the relaxation technique and the psychopharmacology prescribed by the doctor; after that period is observed and the patient reported mood improvement, and personal.

KEYWORDS:

Single case, Persistent depression disorder, Anxiety, Cognitive-behavioral technique

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo persistente (Distimia) es una de las enfermedades mentales en la actualidad, se clasifica en dos subtipos: de inicio temprano, antes de los 21 años y la de inicio tardío después de los 21 años. Jiménez, Gallardo, Villaseñor y González (2013) explican la distimia en el contexto clínico con una etiología donde influyen factores estresantes, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Además, de las experiencias traumáticas principalmente en la infancia, en la depresión mayor, los factores de estrés se reflejan en la edad adulta; la distimia se caracteriza por una sintomatología cognitiva y emocional, baja autoestima, anhedonia, irritabilidad, fatiga y pobre concentración, ideas de muerte, pero raramente actúan para ocasionar el acto como es el suicidio, el tiempo de duración de los síntomas es de 2 años. Refieren una comorbilidad con otros trastornos como la ansiedad y el abuso de sustancias.

“Debe destacarse que la depresión mayor y la distimia tienen síntomas en común como: tristeza, baja autoestima, pobre concentración, disminución de energía, sentimientos de desesperanza y alteraciones del sueño; comparten un deterioro funcional importante y bases biológicas comunes. Sin embargo, se distinguen uno del otro en *gravedad y evolución, la distimia es crónica y menos grave*” Jiménez et al (2013)

Después de mencionar las características, curso, prevalencia y los posibles factores que inciden en el trastorno depresivo persistente (distimia) explicaré el procedimiento realizado en el presente caso único del paciente H con una edad de 23 años.

En el proceso de evaluación, se realizó la entrevista y la aplicación de los instrumentos; entre estos se aplicó la lista de eventos o acontecimientos traumáticos, es un cuestionario el cual consta de un total de (24) items entre las cuales (5) exploran la exposición a violencia doméstica, la violencia física, la violencia sexual, catástrofes naturales, negligencias y la violencia por conflicto armado (Kubany, Leisen, Kaplan, Watson, Haynes, Owens, y Burns, 2000).

Para la detección y orientación diagnóstica se hizo la aplicación del (MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-5.0.0 - Sheehan DV & Lecrubier Y. (1999), Ferrando, L. Bobes, J Y Gilbert, J, 2000) es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM- IV y la CIE – 10. Los resultados de estos estudios demuestran que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, está dividida por 16 módulos, identificados por letras de la (A hasta la P), cada uno corresponde a una categoría diagnóstica, (Ferrando, Bobes y Gilbert 2000).

También se realizó la aplicación de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) es una herramienta que nos permite conocer los recursos psicológicos más usados por el paciente, (Londoño, Puerta, Posada, Arango y Aguirre, 2006).

De acuerdo a la valoración, la intervención desde el enfoque cognitivo-conductual en la actualidad ha sido uno de los tratamientos más eficaces en la intervención psicológica, usando el modelo de Beck con técnicas como la reestructuración cognitiva, dialogo socrático, autoregistros, técnica de respiración muscular de Jacobson, entre otras, esto con el fin de promover estrategias que le permitan un mejor afrontamiento ante la enfermedad y las circunstancias de la vida (Carro de Francisco y Sanz, 2015).

Finalmente se describe el lugar de prácticas el centro de proyección social de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga (UPB) en el Instituto familia y vida, donde funciona la IPS y ofrece los servicios de atención psicológica de modalidad individual, familiar y de pareja; se encuentra ubicado en el centro de la ciudad de Bucaramanga; esta institución se crea con el fin de apoyar los procesos de formación integral de estudiantes de pregrado y postgrado de la facultad de psicología, proporcionando un espacio de práctica profesional de atención en procesos psicológicos a la población consultante del área metropolitana de Bucaramanga, respondiendo a los

objetivos misionales académicos, investigativos y de proyección social de la universidad (Manual IPS UPB, 2019).

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio pretende conocer los trastornos del ánimo entre estos el (trastorno depresivo persistente distimia) siendo un tema de gran importancia en la actualidad tanto en niños, jóvenes y adultos; investigando los múltiples factores causales, la sintomatología y su curso con el fin de contribuir al especialista en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de las enfermedades mentales ayudando a la población que acude a consulta psicológica.

MARCO TEORICO

Evento traumático

Diariamente ocurren eventos traumáticos en varias partes del mundo, dichas situaciones pueden dejar lecciones de vida en la mayoría de ocasiones provocan efectos negativos afectando la integridad y estabilidad cognitiva, emocional y comportamental en el ser humano, sin discriminar edad, raza, sexo o estrato socioeconómico (Torres, Martínez, Sayers y Padilla 2013)

Entre los acontecimientos traumáticos la violencia es un evento que amenaza la integridad del ser humano, la organización mundial de la salud (OMS) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea amenaza o acción contra uno mismo, una persona o una comunidad con probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002, p.5); entre los diferentes tipos de violencia están: la violencia psicológica, la violencia física, la violencia sexual, la violencia doméstica, catástrofes naturales, negligencias y la violencia por conflicto armado Romero, Pick, Parra y Givaudan (2010).

Las consecuencias psicológicas asociadas a la violencia están la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático siendo estas las alteraciones más frecuentes en las víctimas de maltrato en cualquiera de sus modalidades Romero et al., (2010).

De acuerdo a las implicaciones de evaluación en el estudio de caso de H daremos a conocer las principales características del trastorno depresivo persistente (Distimia).

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Según el DSM-5 Kupper y Regier (2014) “El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes” (P.168)

- a. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presenta más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos (2 años).
- b. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 1. Poco apetito o sobrealimentación.
 2. Insomnio o hipersomnias.
 3. Poca energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimiento de desesperanza.
- c. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescente) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- d. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

- e. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- f. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- g. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p.ej., hipotiroidismo).
- h. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (p. 168).

Prevalencia

En el boletín de salud mental (2017), la OMS (2018), refiere la depresión como una enfermedad frecuente en todo el mundo, afecta a más de 300 millones de personas, produciendo sufrimiento, cambios de estado de ánimo con una duración e intensidad moderada o grave, afectando las actividades laborales, escolares y familiares (p.2).

Menciona que cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, y es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

La prevalencia de cualquier trastorno depresivo es de 5,4% entre tanto los resultados de la depresión menor y la distimia es de 0,5%; el estudio menciona que las estadísticas no son significativas (boletín de salud mental (2017, p. 9).

Estudios realizados en Colombia, Londoño y Gonzales (2016), explican la prevalencia de la depresión en hombres; se considera multicausal y hay una diversidad de condiciones sociales que generan el desarrollo de la depresión por factores estresantes, la exposición y acumulación de eventos de impacto psicológico agudos o crónicos de estrés; incrementando la vulnerabilidad en

salud mental y potenciando la depresión en hombres; también, de factores culturales, sociales (no contar con un adecuado soporte familiar), estructurales y psicológicos.

Toro et al., (2016) menciona que en el contexto latinoamericano se asocia positiva y significativamente la depresión, con un 75% de indicadores de conducta suicida; entre las variables están las distorsiones cognitivas y la desesperanza. (p.477)

Rojas, Castillo, y Restrepo (2018) en Colombia sobre la epidemiología de los trastornos mentales, el estudio nacional de salud mental 2003, menciona que el 40,1 % de la población colombiana entre los 18 y 65 años ha sufrido o sufrirá en la vida un trastorno mental. La encuesta nacional publicada en 2015, reporta que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tiene algún problema que sugiere de una enfermedad mental.

Posada, (2013), la encuesta del consorcio de epidemiología psiquiátrica integrado con la OMS, Harvard University, University of Michigan y 38 países entre estos Colombia, usaron métodos y procedimientos uniformes con el fin de recabar información para fines en dominios de salud pública como de la salud mental., estadísticas muestran un incremento en condiciones psiquiátricas y neurológicas de 10,5 % del total de la carga de enfermedad del 15% en el año 2020.

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes edades entre 9 y los 23 años, situación que afecta el pronóstico, productividad académica y económica de la población. “Las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, el episodio depresivo mayor se da en los 24 años, la manía en los 20 años y la hipomanía a los 27 años” (Posada, 2013).

Entre otros estudios la OMS implica a Chile entre los países con mayor morbilidad por enfermedades psiquiátricas en el mundo. Como se citó en Vicente, Saldivia y Pihán (2016), mencionan en primer puesto la prevalencia de la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol, la ansiedad es la segunda causa con una incidencia alta de discapacidad en salud mental

principalmente en adultos, los episodios depresivos se han dado en el transcurso de vida de jóvenes y adolescentes; en los niños prevalece más los trastornos de ansiedad y conductas disruptivas. La prevalencia de los trastornos refiere que solo el 38,5 % de personas diagnosticadas han recibido algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria.

Se halló un alto índice de suicidio con más de un 20%; y refiere que en Colombia y el mundo el acto suicida está relacionado con diagnósticos previos de trastornos del estado de ánimo (depresión mayor) y tienen mayor riesgo los hombres (Londoño y Gonzales, 2016).

Toro, Grajales y Sarmiento (2016) refieren “la depresión no responde estrictamente a cambios ambientales, ni suele ser de un día para otro, la forma en que se presenta depende del individuo, puede ocultarlo en el consumo de alcohol, fobias, obsesiones, intranquilidad; además, de expectativas pesimistas del futuro y pensamientos o acciones autolesivas”. (p.477).

Otro aspecto por resaltar en el estudio mencionado por Londoño y Gonzales es el estilo de afrontamiento utilizado por los hombres en el manejo de las situaciones; describe dificultades en la solución del problema, evitación, sensación de culpabilidad (alta autoculpa), factores que influyen en la depresión, en la comprensión y solución de la misma de acuerdo a la percepción y valoración que cada persona le da a los eventos; además, la cultura “machista” donde se les exige “la perfección, la productividad, la independencia y la estabilidad emocional para demostrar “hombría” la cual influye notablemente en el riesgo mental, estando rodeados de estresores sociales y personales los cuales se deben resolver sin demostrar debilidad (Londoño y Gonzales, 2016).

Evaluación

Se realizó la entrevista y la aplicación de los instrumentos:

La lista de eventos o acontecimientos traumáticos, es un cuestionario el cual consta de un total de (24) ítems, entre los cuales (5) exploran la exposición a violencia doméstica, la violencia

física, la violencia sexual, catástrofes naturales, negligencias y la violencia por conflicto armado (Kubany, Leisen, Kaplan, Watson, Haynes, Owens, y Burns, 2000).

Torres et al., (2013); mencionan un alto nivel de exposición del (98,9%) a eventos traumáticos, los más comunes fueron (desastres naturales, la muerte súbita y eventos que amenacen la vida o integridad física de seres queridos) en una población 370 estudiantes matriculados en programas doctorales de psicología clínica y medicina en universidades privadas en la isla de Puerto Rico; refieren que los hombres exhibieron un mayor nivel de exposición en comparación con las mujeres.

Para la detección y orientación diagnóstica se hizo la aplicación del (MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-5.0.0 - Sheehan DV & Lecrubier Y. (1999), Ferrando, L. Bobes, J Y Gilbert, J, 2000) es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM- IV y la CIE – 10. Los resultados de estos estudios demuestran que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, está dividida por 16 módulos, identificados por letras de la (A hasta la P), cada uno corresponde a una categoría diagnóstica, (Ferrando, Bobes y Gilbert 2000).

En estudios internacionales refieren la Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI) una gran herramienta diagnóstica de trastornos psiquiátricos, breve, altamente confiable y concisa; fue usada como orientación diagnóstica psiquiátrica a estudiantes de medicina como informe preliminar epidemiológico, los resultados hacen énfasis en la importancia de la salud mental en edad de 20 a 30 años. (Galli, Feijóo, Roig y Romero, 2002).

También se ha mencionado en estudios a nivel nacional donde se ha hecho uso del instrumento de evaluación de la (MINI) donde ha tenido un gran aporte de confiabilidad y eficacia en el diagnóstico de los “factores de riesgo y ambientales asociados a trastornos mentales”, (Londoño, N. 2010).

También se realizó la aplicación de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) es una herramienta que nos permite conocer los recursos psicológicos más usados por el paciente, (Londoño, Puerta, Posada, Arango y Aguirre, 2006).

Estudios refiere “las estrategias de afrontamiento y su importancia en el campo de la salud mental y la psicopatología relacionado con el estrés, es considerado el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional” (Lazarus y Folkman (1984)(1986); Fernández, Abascal & Palmero, 1999).

Intervención cognitivo conductual

Para el manejo de la distimia; explica que a pesar de que tanto el trastorno de depresión mayor y depresión persistente o distimia forman parte de clasificaciones nosológicas diferentes, se podría comprender desde el punto de vista de la similitud de síntomas los cuales pueden ser tratados con técnicas similares cognitivo-conductuales (Gallardo, Jiménez, Gonzales y Villaseñor, 2012; Rosique y Sanz, 2013).

Rosique y Sanz (2013) indican que el tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual se presenta mediante la aplicación de técnicas en el manejo de la depresión mayor, la distimia e ideación autolítica persistente; refiriendo la importancia y la efectividad en el manejo de tratamientos farmacológicos, sesiones terapéuticas intensivas y los respectivos seguimientos con el fin de mantener las modificaciones afectivas, cognitivo-conductuales y prevenir la recaída en el estado de ánimo del individuo.

En los estudios realizados por (Rosique y Sanz 2013) mencionó el mismo tratamiento para el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo (distimia) según el DSM IV, actualmente trastorno depresivo persistente según el DSM-5 el cual cumple una serie de criterios categóricos los cuales se deben tener en cuenta en la fase de evaluación.

Estudios de Gonzales, Greiff y Avendaño (2011) refieren los trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo persistente (distimia) el cual tiene mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica con los trastornos de ansiedad; para Beck (1984-2004) hay especificadores de contenido, cuya idea central es que ambos trastornos tienen contenidos y distorsiones que delimitan; la ansiedad gira alrededor de la anticipación de amenaza mientras que la depresión gira alrededor de temas de desamparo, pérdida y minusvalía; por otra parte, el modelo de Alloy, Mineka, Kelly y Clements (1990) plantean el análisis cognoscitivo en el modelo de la diátesis estrés cuyos principales componentes son: la incertidumbre, la indefensión y la desesperanza (Vásquez, F, Muñoz, R. Y Becoña E. 2000; Gonzales et al., 2011).

Entre las técnicas más relevantes desde esta perspectiva cognitivo conductual, se puede mencionar la reestructuración cognitiva de Aaron Beck; técnica utilizada en el caso clínico: (Diagnostico: Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) donde se debe identificar esquemas, creencias nucleares, creencias intermedias o supuestos y pensamientos automáticos; los cuales influyen en las emociones y la conducta (Korman y Sarudiansky, 2011).

Labrador (2008) describe la importancia y la clasificación de las técnicas de modificación de conducta descritas siendo una amplia gama de técnicas de uso general la cual no está restringido a una conducta, problema o situación específica.

Las técnicas cognitivo conductuales se pueden clasificar en: técnicas de control de la activación, técnicas de exposición, técnicas basadas en el condicionamiento operante, técnicas aversivas, técnicas de condicionamiento encubierto o imaginario, psicoterapias racionales, técnicas de afrontamiento, otras técnicas y las técnicas específicas.

Es relevante conocer el término “cognitivo” según Labrador (2008): “se utiliza para describir la representación que un organismo tiene de la información acerca de sí mismo y de su ambiente, de igual forma cómo la persona percibe, categoriza, almacena, relaciona e integra con el conocimiento

ya existente, recupera y utiliza para la puesta en marcha de los comportamientos; se describen tres tipos de eventos cognitivos”: (p.517)

Eventos conscientes: Hacen referencia a una experiencia fenomenológica de centrar la atención sobre determinada atención.

Eventos preconscientes: Hacen referencia a los estímulos presentes que son filtrados, en muchos casos de forma automática, y la atención no se dirige hacia ellos

Eventos inconscientes: Eventos que no son accesibles a la experiencia consciente (Labrador, 2008, p.518).

Existen dos sistemas cognitivos que se denominan procesamiento inconsciente o automático (PA) y procesamiento consciente o controlado (PC); los dos sistemas recogen la información del medio, la procesan, la almacenan y la deben recuperar en los momentos adecuados (Labrador, 2008).

Por otra parte, estudios refieren la relación entre el estrés y los trastornos del estado de ánimo siendo este un “factor detonante” el cual influye significativamente en cada individuo teniendo en cuenta la capacidad de reacción, las estrategias de afrontamiento, entorno y componente genético; Truco (2002).

METODOLOGÍA

Diseño

El estudio de caso permite describir aspectos del objeto de estudio (paciente) mediante el proceso de observación y evaluación hasta obtener los resultados y mediante el cual se podrá explicar aspectos significativos de la investigación.

Instrumentos

Se realizó la aplicación de tres (3) instrumentos los cuales permiten conocer aspectos significativos de la historia de H, a continuación, se describirá cada una.

1. La lista de eventos o acontecimientos traumáticos es un cuestionario el cual consta de un total de 24 preguntas entre las cuales exploran la exposición a violencia doméstica, violencia automovilística, violencia sexual y violencia sociopolítica. El TLEQ ha demostrado una fuerte validez convergente con otras medidas de trauma y fiabilidad test-retest (Kubany et al., 2000).
2. El MINI es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM- IV y la CIE – 10. Los resultados de estos estudios demuestran que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta. (MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-5.0.0 - Sheehan DV & Lecrubier Y. (1999), Ferrando, L. Bobes, J Y Gilbert, J, 2000). La MINI está dividida por 16 módulos, identificados por letras de la (A hasta la P), cada uno corresponde a una categoría diagnóstica (Ferrando, Bobes y Gilbert 2000).
3. Escala de Estrategias de COPING- Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006) esta escala permite conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por una persona para afrontar una situación (Londoño C, Puerta C, Posada L, Arango D y Aguirre, C 2006).

Esta escala permite conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por una persona para afrontar una situación, Londoño et al., (2006).

Tratamiento

El modelo cognitivo conductual tiene una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales, es una de las teorías más influyentes actualmente en el área de la psicología; los terapeutas orientan a los consultantes en atención psicológica individual y grupal diseñando intervenciones eficaces con el fin de mitigar las dificultades adversas que se presentan en la vida cotidiana (Rosique y Sanz 2013).

La terapia cognitiva pretende reducir el malestar emocional y las conductas contraproducentes de los pacientes mediante la identificación y modificación de las cogniciones disfuncionales de las que aquellas dependen. Para el modelo de Beck nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos; de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. De igual forma explica que el afecto, la conducta y las reacciones se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

La identificación de las cogniciones se da a través de preguntas, cuestionarios y auto registros, la mayoría de cogniciones son conscientes; por lo tanto, es posible modificar esas cogniciones mediante pruebas a favor y en contra de una idea, buscar interpretaciones alternativas y explorar la utilidad de una cognición. Los tipos de cogniciones se definen en: Pensamientos automáticos, Supuestos y Creencias nucleares Olivares Maciá, Rosa, Olivares (2013).

Las técnicas utilizadas en el caso único fueron: observación, autoobservación, psicoeducación, técnicas cognitivo conductuales., distraibilidad, detección del pensamiento, auto instrucciones; mediante auto verbalizaciones y auto diálogos, técnica de respiración de Jacobson, autocontrol, Desensibilización sistemática, exposición y resolución de conflictos Olivares et al., (2013).

FORMULACIÓN DEL CASO

Participante

H es un adulto joven de 23 años, ingeniero electromecánico reside en el municipio de Girón, hijo menor de familia nuclear tiene una hermana mayor de 30 años. H se encuentra actualmente en crisis por ruptura de pareja, (refiere ser homosexual) soltero, ocupación, mercaderista en una empresa de telefonía, asiste a consulta de forma voluntaria.

Motivo de consulta

El paciente refiere “principalmente por orientación sexual, desorientación profesional, sin metas no tengo un impulso. Acabo de salir de una relación muy larga y tratando de superar muchas cosas, estoy en el limbo mejor dicho”.

El paciente refiere “básicamente es por cuatro pautas, una situación actual que estoy pasando; terminé una relación en la cual duré 2 años y medio, en metas a futuro, me siento estancado, no tengo un impulso en que hacer y orientación sexual”.

Examen mental

Su vestimenta, higiene y apariencia física son adecuadas, contacto visual y lenguaje fluido, el paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio; se observa el paciente tímido, nervioso, triste con sentimientos de minusvalía, anhedonia y confusión por la situación, referida por él en el discurso verbal.

En el transcurso del tiempo se observa más seguro, buena actitud frente al tratamiento y evolución significativa en el estado de ánimo y en cuanto a las dificultades referidas en el motivo de consulta.

Descripción del caso

Desde la primera consulta en la valoración inicial con el paciente se promovió rapport, confianza, tranquilidad y un espacio de escucha, para favorecer el proceso psicológico.

H, paciente masculino de 23 años de edad, con antecedentes en su adolescencia desde los 14 años referidos por él como “choques nerviosos, acompañado de temblor y llanto”; refiere estados de tristeza a los 17 años por “estados depresivos”. También se describe como una persona tímida y poco sociable.

Hace énfasis en la ruptura de pareja hace aproximadamente 6 meses, reconciliación de hace 2 meses y nuevamente ruptura hace 1 mes (tiempo de relación 2 años y medio) motivo por el cual se

sintió angustiado y lo llevo a consultar con un primo, quien le recomendó que buscara atención psicológica en el instituto y después de cuestionarlo sobre su sexualidad él decidió asistir a consulta de forma voluntaria.

En las primeras sesiones de evaluación H narró factores significativos en su historia de vida, (bullying) por tener una condición de (frenillo lingual), donde refiere que en el colegio en primaria y bachillerato le hacían etiquetas cómo: (gay, consentido), se describe como serio y alejado de los compañeros en ese tiempo.

Refiere antecedente de intento de suicidio a los 14 años en el 2008 cursaba 10° grado, describe que ningún familiar tuvo conocimiento sobre esa situación, refiere los “choques” (estados de ansiedad, intranquilidad,) y todo lo de la casa (maltrato físico por parte de la madre, entre ellos violencia con un cuchillo en la pierna del menor, no refiere una justificación de ese maltrato), desinterés en el área académica (un estado normal que ni felicidad, ni tristeza, bloqueado, me daba igual absolutamente todo, las clases) y muerte del hermano de un amigo de él, manifestó estados de tristeza después de esa situación; refiere que iba por la calle con un amigo de nombre C y de repente se lanzó a un carro en la vía, pero su compañero lo detuvo y no le paso nada, refiere que el amigo estuvo pendiente y no lo dejo solo después de ese intento, menciona que se le pasaban cosas por la cabeza de muerte y averiguaba sobre suicidio.

Análisis diacrónico-historia del problema

En la exploración de sus antecedentes psicológicos, el paciente reporta antecedentes de depresión, refiere sentirse así desde los 17 años, y estados de tristeza desde los 14 años, menciona haber sido medicado en ese entonces según por “choque de nervios”, pero no recuerda bien el nombre del medicamento, ni por cuanto tiempo, tampoco refiere algún diagnóstico concreto.

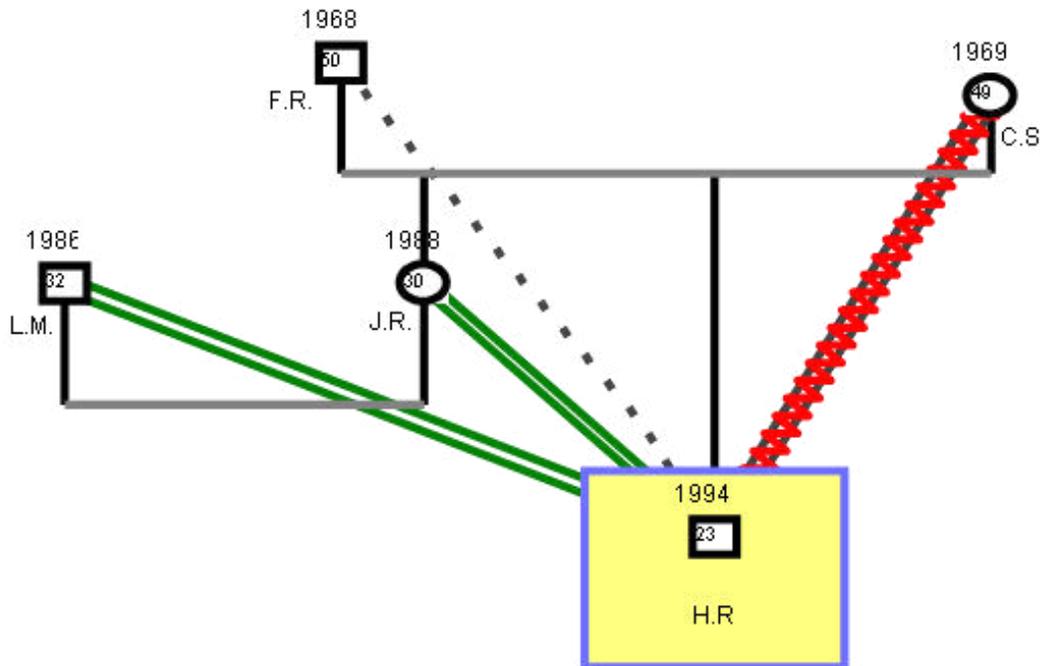
El paciente refiere malestar físico:

- Dolor de cabeza.
- Cansancio físico, debilidad.
- Picadas en la cabeza y en el corazón.
- Algunas veces dificultades para conciliar el sueño.

Refiere el malestar emocional:

- Timidez para relacionarse con los demás.
- Tristeza ocasional (falta de motivación, inseguridad, dificultad para expresar sus sentimientos).
- Describe los estados de depresión como “ganas de solo dormir, no trabajar, no hacer nada, no pensar en nada, huírle a todo, refiere que escucha música que lo hace sentir triste.

Gráfica 1. Familiograma caso único



Fuente: Autor del proyecto.

Tabla 1. Representación familiar del paciente.

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona
H. R.	Hijo-consultante	23 años	Mercaderista	Profesional-Ingeniero electromecánico	_____
L.S.	Madre	49 años	Independiente	Técnico auxiliar de enfermería	Estrecha, pero conflictiva
F.R.	Padre	50 años	Jefe mantenimiento-empleado	_____	Distante
J.R.	Hermana	30 años	Comercio internacional-analista – impuestos	Profesional	Cercana
L. M.	Cuñado	32 años	Asesor comercial	En formación profesional	Cercana

Fuente: Autor del proyecto.

Historia y Relación familiar

El paciente es el hijo menor de la familia nuclear, actualmente convive con su familia; refiere que sus padres han mantenido una relación estable y “reservada” no exponían conflictos de pareja, al parecer mantenían privacidad en la relación; H no refiere dificultades de pareja entre sus padres. Manifiesta que la persona que estuvo al cuidado en su infancia fue la hermana mayor a quien le tiene confianza, ella convive de forma independiente en unión libre con la pareja. Refiere buenas relaciones entre todos; sin embargo, al dialogar de la familia, manifiesta que se la llevan bien.

Los principales aspectos significativos que se lograron recabar con relación a la familia, es que la persona más significativa ha sido la hermana mayor quien cuidó de él en su infancia y adolescencia; refiere afecto, confianza hacia ella y de igual forma con el cuñado actualmente.

Aunque la mayoría de veces refirió buenas relaciones, H manifiesta la relación con su madre estrecha-conflictiva; el paciente refirió maltrato físico por parte de su madre en casi toda la infancia y parte de la adolescencia, *¿Cuando se le pregunta al paciente sobre el motivo de ese maltrato físico hacia él?* lo refiere como: *“yo no sé, así era siempre”* al parecer sin motivos justificados donde fue maltratado con cinturón, palos, y a la edad de 14 años con un arma corto punzante dejando marcas en su cuerpo). También refiere abuso sexual (tocamiento) por parte de un primo a la edad de 9 años y por parte de un vecino a los 11 años.

En cuanto a la relación con el padre a pesar de que la refiere como una relación distante, se observa respeto hacia él, el paciente lo describe como una persona varonil, machista y poco expresiva. Recuerda que en su infancia el padre compartió con él algunas actividades entre ellas estas jugar fútbol, actividad que al paciente poco le gustaba y refiere que le hablaba con un tono fuerte ocasionalmente. El paciente refirió que a los 19 años expresó su orientación sexual hacia la familia, manifiesta que fue un poco difícil para él y recuerda una frase que le dijo a su padre *“ya que viene hacer, hablar de esas cosas de papá a hijo, que ya esta tarde para eso”*, H se alejó de la familia (poca comunicación, ni diálogo), al parecer luego la familia respetó su decisión. El año pasado en junio de 2017 H mantuvo una conversación con su padre (estaban consumiendo licor) donde H *“le pedía disculpas por no ser lo que él quería, siempre he tratado de ser una buena persona”*; donde el padre le manifestó que *“se sentía orgulloso de él y que le tuviera más confianza”*.

H se percibe discreto, autónomo e independiente en el manejo de las relaciones afectivas, aunque al parecer han sido poco asertivas, refiere una relación sentimental desde los 17 años con una

persona mayor de 24 años y actualmente la ruptura con su expareja, H tiene 23 años y él 27 años. El tiempo de duración en las relaciones ha sido de 2 años y medio.

Aspectos personales significativos en el paciente

H se describió como una persona trabajadora, inteligente, honesta, noble, cariñosa, persistente, puntual, responsable, perfeccionista, detallista y compañerista. H refiere “yo no soy de amigos, de rumbar, ni de tomar y no fumo”. Se percibe malgeniado, desordenado y perfeccionista. Tiempo de duración en el trabajo actualmente 1 año y medio.

Por otra parte, cabe mencionar que el paciente consultó los servicios de medicina por la EPS por (alergia en el cuero cabelludo) donde fue medicado con (Fluoxetina) para el estrés y el manejo de la ansiedad, durante un mes. H manifestó que, aunque había mejorado los estados de ansiedad; no quería depender de los medicamentos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Posible hipótesis clínica

Teniendo en cuenta el motivo de consulta, lo referido por el paciente y observado en las sesiones se pudo evidenciar manifestaciones de estados de tristeza, vacío, desesperanza, desolación y miedo desde los inicios de su infancia, y en la adolescencia en diversas situaciones de abuso sexual (tocamiento), maltrato físico y psicológico por parte de las figuras más cercanas y representativas en la vida del paciente, “principalmente por parte de su madre”; otro aspecto muy significativo fue ser víctima de bullying por su (“condición de frenillo lingual”) afectando su integridad en los escenarios más cercanos y significativos desde su infancia siendo la escuela, el barrio, y los amigos, donde se presentaban principalmente las presiones psicológicas.

Por otra parte, se observa un patrón de sumisión y mantenimiento de relaciones afectivas dependientes, reforzando conductas de maltrato físico y psicológico por parte de sus exparejas.

También se evidenciaba confusión y tristeza por la orientación sexual (“homosexual”) lo cual le afectaba emocionalmente y en la relación con la figura parental.

Impresión diagnóstica:

Según DSM V 300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia)

Especificador: con ansiedad

Inicio: temprano

Con episodio intermitente de depresión mayor, con episodio actual

Gravedad actual: leve.

Procedimiento

Se realizó la evaluación del estudio de caso: el objetivo de esta fase fue recolectar toda la información necesaria mediante la entrevista y la aplicación de instrumentos; lista de eventos estresantes (TLEQ), entrevista (MINI), escala de COPPING.

Se realizaron 12 asesorías desde el 7 de septiembre del 2017 hasta el 13 de diciembre del 2017; Se utilizó el modelo cognitivo-conductual usando técnicas de intervención como: observación, información, orientación, psicoeducación, los auto registros, el diálogo socrático, la comprobación de hipótesis, la búsqueda de evidencias, las ventajas y desventajas de las creencias y la búsqueda de respuestas alternativas; la visualización, la imaginería y la técnica de relajación muscular de Jacobson.

Objetivos de la intervención

1. Identificar las emociones y los pensamientos.
2. Psicoeducar al paciente de acuerdo al diagnóstico en este caso sobre la depresión persistente (distimia) y la ansiedad.
3. Fortalecer el autoconocimiento en el paciente y las autoverbalizaciones.

4. Mitigar estados de ansiedad mediante la técnica de respiración de Jacobson.
5. Aprender a gestionar el estrés y sus estados emocionales, haciendo uso de los recursos y estrategias de afrontamiento.
6. Promover el aumento de actividades placenteras en el paciente las cuales le permitirán tener un equilibrio en el área personal y social.

Descripción de las sesiones del proceso terapéutico de H

Sesión 1. Se contextualizó la situación referida por el paciente; se observó empatía, respeto y confianza en la relación terapéutica. Se logró conocer la situación referida, motivo de consulta por parte del paciente y se psicoeducó sobre el modelo terapéutico.

Sesión 2. Se continuó con la entrevista con el fin de recolectar información relevante con relación a la historia de vida del paciente.

Sesión 3. Se logró conocer los antecedentes de la historia de vida del paciente y se le informó sobre la aplicación de pruebas con el fin de contribuir al proceso terapéutico.

Sesión 4. Se realizó la aplicación de las pruebas lista de eventos estresantes, entrevista (MINI), escala de COPPING.

Sesión 5. Se psicoeducó sobre los estados emocionales, identificación de aspectos personales positivos, actividades placenteras, metas a corto, mediano y largo plazo.

Sesión 6. Se presentó los resultados de las pruebas. Se realizó junto con el paciente la técnica de relajación progresiva de Jacobson, se hizo entrega de guía con la técnica para que continuará entrenando; se observó receptivo y activo en la sesión.

Sesión 7. Se realizó seguimiento del estado de ánimo del paciente. Se logró realizar disonancia cognitiva mediante el diálogo socrático sobre orientación profesional y se abordó el tema relacionado con la orientación sexual del paciente.

Sesión 8. Se identificó y cuestiono verbalmente aspecto significativo desde la infancia en la orientación sexual del paciente, concretamente una situación de infancia con su padre.

Sesión 9. Se realizó la sesión con el paciente en compañía de la pareja actual, se dialogó sobre la pertinencia del acompañamiento en el proceso de un (amigo o familiar. Se evidenció dificultades de pareja asociadas a conflictos personales en cada uno de ellos, se observó dependencia afectiva por parte de su pareja, quien manifestaba “estar apoyándolo para que saliera de esa situación de tristeza con su ex pareja”. Se realizó diálogo socrático con la pareja con el fin de concienciar ante la situación; de igual forma se logró conocer la dinámica de relación afectiva del paciente.

Sesión 10. Se indagó sobre el estado de ánimo, pensamientos o creencias irracionales del paciente mediante dialogo socrático; Refiere sentirse mejor en su estado de ánimo. Sin embargo, se dialoga sobre los estados de tristeza que refiere en algunas ocasiones. Se realizó disonancia cognitiva con el fin de reestructurar pensamientos irracionales mediante auto verbalizaciones. Se resaltó en el paciente la estabilidad en el área laboral.

Sesión 11. Se dialogó con el paciente sobre los estados de ansiedad. El mismo refirió que ha había disminuido la sintomatología con los medicamentos recetados por el servicio de la EPS, manejando sus pensamientos anticipatorios y realizando la técnica de relajación de Jacobson.

Sesión 12. Se realizó cierre del proceso terapéutico. Se aplicó el post test de las pruebas psicológicas con el fin de conocer aspectos de cambios en el proceso psicológico del paciente. El paciente refirió cambios significativos en sus emociones y pensamiento.

Por ser un proceso práctico- educativo tenía unas fechas de corte institucionales las cuales por tiempo no permitió que se hiciera seguimiento con el paciente.

RESULTADOS

Resultados de los instrumentos aplicados

1. En la lista de acontecimientos se evidencia 13 eventos estresantes significativos en el paciente.

Tabla 2. Resultados de la lista de eventos estresantes

Resultados de la lista de eventos estresantes

Los eventos estresantes vivenciados por el paciente fueron:

1. El desastre natural (inundación) en girón en el año 2004.
2. Accidentes físicos (se escalabro a los 9-10 años).
3. Ha sido testigo de accidentes automovilísticos, (16 años, se encontraba solo).
4. Ha sido testigo de varios accidentes automovilísticos últimamente y le han afectado mucho.
5. Fue atacado físicamente en su infancia por amigos del barrio (8 años).
6. Fue maltratado físicamente por su primera pareja sentimental en diferentes lugares.
7. Fue testigo de un robo a un amigo.
8. Sufrió abuso sexual “intento de tocamiento” a la edad de 9 años por parte de un primo de 15 años, y por parte de un vecino de 11 años.
9. Recuerda haber sufrido una afección algo pulmonar, no sabe bien (tos- asma) a la edad de 12 años.
10. Ha vivido la enfermedad o lesión de familiares y amigos cercanos (cáncer se recuperó después de 5 años, abuela materna diabetes tiempo 6 años, VIH amigo).
11. Presencio la muerte de un familiar cercano.
12. Fue golpeado por uno de sus padres (madre) toda la infancia, (con cinturón, palos, etc. de tal forma que le ocasionaran marcas en su cuerpo.

13. Fue testigo del maltrato ocasionado por parte de una tía a su primo con un palo por “cansón”.

Fuente: Autor del proyecto.

Según los resultados de la lista de eventos estresantes se logró evidenciar las múltiples situaciones traumáticas vividas y referidas por el paciente H en su infancia, adolescencia y adultez; esto nos permitió analizar la posibilidad de los efectos causales que pueden influir en el malestar psicológico de una persona en este caso H, ocasionando a futuro deterioro y trastornos psicológicos.

2. En los resultados obtenidos por la (MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-5.0.0 - Ferrando, L. Bobes, J Y Gilbert, J, 2000). La MINI está dividida por 16 módulos, identificados por letras de la (A hasta la P), cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

Tabla 3. Resultados del pre test y post test (MINI) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

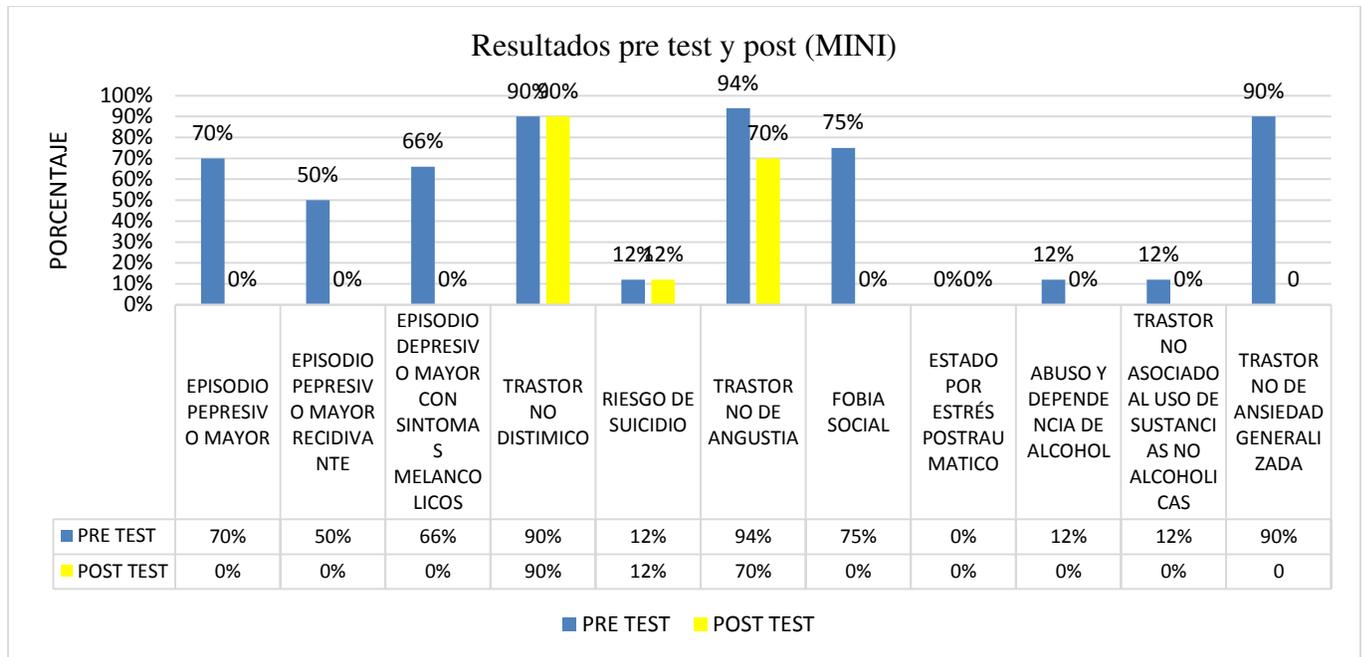
Módulos evaluados (MINI)	Pre-test	Post-test
A. Episodio depresivo Mayor (EDM)	SI	NO
Episodio depresivo melancólico	SI	NO
B. Trastorno distimico	SI	SI
C. Riesgo de Suicidio - Leve	SI	SI
D. Episodio maníaco	NO	NO
E. Trastorno de angustia	SI	SI
G. Fobia social	CUMPLE ALGUNA SINTOMATOLOGIA ANSIOSA	NO
I. Estado por estrés postraumático	NO	NO
J. Abuso y dependencia De Alcohol	NO	NO

K. Dependencia de sustancias (No alcohol)	CONSUMO 1 VEZ EN LOS ULTIMOS (12 MESES)	NO
O. Trastorno de ansiedad generalizada	SI	SI

Nota. Si: hace referencia cuando se cumple el módulo de los criterios en la entrevista (MINI). **No:** hace referencia cuando no cumple con el criterio de la (MINI).

Fuente: Autor del proyecto.

Gráfica 2. Resultados Generales Pre-test y Post-test (MINI)



Fuente: Autor del proyecto

De acuerdo a los datos obtenidos en el pre test y post test de la MINI se logra evidenciar disminución en la sintomatología de la mayoría de los episodios y trastornos evaluados, se realiza énfasis en el trastorno depresivo persistente (Distimia), el trastorno de angustia y el trastorno de ansiedad siendo estos los trastornos que prevalecen en el estudio de caso.

Tabla 4. Resultados pre test y post test escala de estrategias de COPING

Estrategia de afrontamiento	Percentil	Percentil
Factor 1. Solución de problemas	10	<u>98</u>
Factor 2. Apoyo social	<u>80</u>	60
Factor 3. Espera	<u>96</u>	60
Factor 4. Religión	<u>80</u>	70
Factor 5. Evitación emocional	10	50
Factor 6. Apoyo profesional	50	<u>95</u>
Factor 7. Reacción agresiva	<u>95</u>	50
Factor 8. Evitación cognitiva	20	70
Factor 9. Reevaluación positiva	35	<u>97</u>
Factor 10. Expresión de la Dificultad de afrontamiento	20	40
Factor 11. Negación	15	<u>85</u>
Factor 12. Autonomía	70	70

Fuente: Autor del proyecto.

Según los resultados en el pre test las estrategias de afrontamiento usadas por el paciente fueron: apoyo social, espera, religión, reacción agresiva, autonomía. En el post test el paciente logro fortalecer las estrategias de solución de problemas, apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación cognitiva, la autonomía se mantuvo, y la reacción agresiva.

Entre las que no son tan favorables se encontraron resultados en la negación; muy posiblemente el paciente no acepta una situación difícil y ni la afronta, sino que se mantiene auto engañado. La expresión de la dificultad de afrontamiento y la reacción agresiva son estrategias que

han influido en la evolución cognitiva del paciente afectando la capacidad de asumir una situación y afrontarla.

En cuanto a los resultados generales obtenidos en el desarrollo del caso clínico se pudo evidenciar cambios en el paciente H evidenciados en el post test de las pruebas aplicadas; se logró promover y mantener un ambiente terapéutico favorable donde el rapport, la confianza, el respeto y la empatía, fueron los pilares en la adherencia al tratamiento; con una duración de 3 meses en un total de 12 sesiones cada 8 días y mediante el uso de herramientas y técnicas del modelo cognitivo conductual, permitieron que se llevara a cabo y culminara el proceso psicológico.

Se logró realizar las sesiones pertinentes para la entrevista, la aplicación de los instrumentos pre y post test del caso único; la lista de eventos estresantes, el (MINI) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, la escala de estrategias de afrontamiento (COPING); la implementación de los objetivos para el proceso psicológico. El uso de las técnicas como psico educación, reestructuración cognitiva y demás técnicas que se implementaron para la intervención.

La lista de eventos estresantes permitió conocer situaciones traumáticas vividas por el paciente desde su infancia, adolescencia y adultez, esta información permite comprender el porqué del estado emocional a través del tiempo hasta la actualidad, y así realizar el plan de intervención.

En los resultados de la MINI se pudo evidenciar modificaciones en la puntuación con relación de los episodios arrojados en el pre-test en comparación y mejoría en el post-test; cabe mencionar la incidencia de los trastornos

Para el manejo de la ansiedad el paciente H refirió el uso de la técnica de respiración muscular de Jacobson, de forma continua en el hogar y el trabajo; también el consumo de medicamento recetado por el médico (Fluoxetina) la cual le ayudaba a regular y controlar la sintomatología fisiológica de la ansiedad.

De cierta forma al fortalecer las estrategias de afrontamiento el paciente puede manejar de forma más asertiva, lógica y positivamente cualquier situación que se le presente, usando las técnicas como el autocontrol, las auto verbalizaciones y el manejo del estrés. De igual forma se pudo observar que las estrategias de afrontamiento pueden variar en el ser humano de acuerdo a su ciclo evolutivo, respondiendo y actuando de acuerdo a la situación, estado y entorno del paciente.

En cuanto a las técnicas, el auto registro, el cuestionamiento y diálogo socrático permitió promover la disonancia cognitiva en el paciente, comprender y modificar aspectos relacionados de acuerdo al motivo de consulta, mejorando y comprendiendo la relación entre la emoción y el pensamiento; a su vez promoviendo nuevas creencias y pensamientos positivos con la ayuda del fortalecimiento en las auto verbalizaciones propias del paciente, la promoción de las actividades placenteras, el autocontrol en el manejo de las propias emociones.

El paciente no deseó el acompañamiento de un familiar, manifestó que prefería consultar solo. Sin embargo, refería que la madre tenía conocimiento, un amigo cercano quien lo acompañó en una sesión.

DISCUSIÓN

El proceso terapéutico realizado con H fue eficaz, se logró la adherencia al tratamiento y los objetivos planteados, obteniendo así una disminución en la mayoría de resultados arrojados en el pre test reflejado en el post test mediante los instrumentos de evaluación.

Las herramientas de evaluación como la lista de eventos describe específicamente situaciones traumáticas y eventos estresantes en el paciente H desde su infancia y adolescencia influyendo en su adultez temprana a nivel personal, esto permitió comprender el estado emocional y social del paciente, así como lo menciona Romero et al., (2010) en consecuencia a los diferentes tipos de violencia y acontecimientos traumáticos presenciados por H en el transcurso de su vida, produciendo

en él estados de tristeza, miedo, desesperanza e inseguridad y la posibilidad de desarrollar un trastorno psicológico.

La entrevista neuropsiquiátrica (MINI) permitió evaluar, conocer y confirmar la hipótesis y el posible diagnóstico en el paciente H; en este caso el posible desarrollo del trastorno depresivo persistente (Distimia) especificador con ansiedad siendo esta, la segunda causa con incidencia de discapacidad mental Vicente, Saldivia y Pihán (2016) refiere en su estudio la alta prevalencia de la depresión en los hombres acuñado a vivencias traumáticas Londoño y Gonzales (2016).

Jiménez et al., (2013) menciona en el trastorno depresivo persistente una sintomatología cognitiva y emocional, y demás características las cuales fueron disminuyendo en el proceso terapéutico realizado con H usando técnicas de intervención como la psicoeducación en la identificación, reconocimiento y gestión de los propios estados emocionales y pensamientos ante situaciones, la psicoeducación se llevó a cabo en todo el proceso de intervención explicando el enfoque cognitivo-conductual, integrando la técnica de relajación de Jacobson para mitigar estados de ansiedad, de igual forma fortaleciendo las auto verbalizaciones y estrategias de afrontamiento que refería en su discurso el paciente, incluyendo el diálogo socrático con el fin de lograr su reestructuración cognitiva, mitigando los episodios y trastornos mencionados en los resultados de pre test; la intervención cognitivo-conductual ha sido de los enfoques más eficaces en el manejo del trastorno depresivo persistente (Distimia) con especificador de ansiedad en la actualidad (Arias y Toro 2015; Caro, 2011).

En la intervención el uso del cuestionamiento y el diálogo socrático permitió en el paciente modificar creencias y estructuras cognitivas por unas más adaptativas y flexibles donde pudiera afrontar una solución a las situaciones de la vida diaria Olivares et al., (2013).

Con relación a los resultados no se vio reflejado un avance en el trastorno de depresión persistente (Distimia) muy posiblemente el paciente mantiene estructuras muy rígidas de

pensamiento lo cual no permitió en el tiempo del proceso terapéutico ver cambios cuantitativos en el post test, posiblemente requería de una intervención más extensa para derribar esquemas, estudios de (Arias y Toro, 2015) refieren una vulnerabilidad cognitiva de los trastornos depresivos y ansiosos.

Finalmente se logra fortalecer las estrategias de afrontamiento usadas por el paciente observadas en el pre test y post test; los estudios de Hernández y Londoño (2012) refieren la importancia de factores psicosociales, cognitivos enfatizando algunas estrategias de afrontamiento al estrés, “búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, y solución de problemas” que favorecen en la adherencia al tratamiento; (Londoño y Gonzales, 2016) reafirman la “dificultad de afrontamiento de problemas, sensación de culpabilidad”, sumado de otros factores como la vulnerabilidad cognitiva (Arias y Toro, 2015). Con esto se logra evidenciar como las estrategias mencionadas anteriormente hicieron parte en el proceso de intervención en H Navarro et al., (2001) refiere la importancia de reconocer y “el acercarse a pedir ayuda”. las estrategias que no son tan favorables en el proceso de H fueron la negación, expresión de la dificultad de afrontamiento y la reacción agresiva, evidenciados en el post test del instrumento de Copping.

La medicación favoreció el avance en el manejo de la ansiedad acompañado de la psicoterapia.

CONCLUSIONES

El modelo cognitivo-conductual permitió contrastar la teoría con la práctica clínica y a su vez redirigir las técnicas de acuerdo al caso expuesto, en todo el proceso se reevaluó con el fin de encausar un buen proceso. Los aspectos más significativos fueron relacionados con la entrevista, evaluación y diagnóstico, esto promovió diseñar un plan pertinente y eficaz para el progreso del paciente.

El uso de la reestructuración cognitiva mediante el cuestionamiento y diálogo socrático se logró observar cambios con relación a los objetivos planteados mejorando el estado emocional del paciente, pensamiento y conducta expresados en su discurso por el paciente en comparación con los resultados iniciales, sin embargo, se debe tener en cuenta que el proceso de modificación cognitivo-conductual requiere de tiempo. Se realizaron 12 sesiones donde el paciente asistió de forma voluntaria, activa y participativa; incluyendo los factores que influyen en la relación terapéutica.

En cuanto a los aspectos que favorecieron el proceso fueron algunos factores protectores como la familia, el trabajo, y el compromiso autónomo en el paciente para realizar los ejercicios implementados en las sesiones las cuales le permitieron mejorar y afrontar la sintomatología de episodios y trastornos mencionados, aunque no favoreció en el trastorno de depresión (Distimia) con especificador de ansiedad con gravedad leve.

RECOMENDACIONES

Debería realizarse seguimientos con un mínimo de 3 meses o el tiempo que lo requiera el paciente luego de haber terminado el tratamiento terapéutico con el fin de acompañar la evolución del paciente, respetando los tiempos individuales, por ser este un proceso de intervención práctico-educativo que tiene fechas y tiempos institucionales los cuales no permiten continuar el proceso de seguimiento.

En los procesos psicológicos debe persuadir al paciente para que incluya integrantes de su núcleo familiar con el fin de que participen en el ámbito familiar, hasta que el paciente logre hacerlo de forma autónoma.

Considerar la valoración por psiquiatría para brindarle al paciente un apoyo interdisciplinar si así lo requiere el paciente.

REFERENCIAS

- American Psychiatry Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana
- Arias, A., & Toro R (2015) Personalidad cognitiva y afrontamiento diferencial en ansiedad y depresión. *Psychologia: Avances dela disciplina* 9(2), 49-59
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a04.pdf>
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona España. Editorial Gedisa.
- Gaviria, A. (2017) Boletín de salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles Bogotá (D.C.)
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Caro, G. (2009) Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2ª Ed. Editorial Desclee de Brouwer.
- Fullana, M., & De la Cruz, L. F., & Bulbena, A., & Toro. J. (2012) Eficacia de la terapia cognitiva-conductual para los trastornos mentales, *Medicina Clinica*, Elsevier España Barcelona España. 138 (5): 215-219 Recuperado de <http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf>
- Galli, Feijóo, Roig y Romero, (2002) Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Hered, Departamento de psiquiatría de la universidad peruana “Cayetano Heredia”
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf>

- Jiménez-Maldonado, M., & Gallardo-Moreno, G., & Villaseñor-Cabrera, T., & González-Garrido, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (2), 212-218 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629187008>
- Korman, G P; Sarudiansky, M; (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(0) 119-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>
- Kubany, ES, Leisen, MB, Kaplan, AS, Watson, SB, Haynes, SN, Owens, JA y Burns, K. (2000). Desarrollo y validación preliminar de una breve medida de amplio espectro de la exposición al trauma: el Cuestionario de eventos de vida traumáticos. *Evaluación psicológica*, 12 (2), 210–224. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.2.210>
- Labrador, F J (2008) Técnicas de modificación de conducta/ Ediciones pirámide <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/labrador-tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf>
- Londoño, C. & González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. doi: 10.14718/ ACP.2016.19.2.13 http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es_v19n2a13.pdf
- Londoño, N y colaboradores (2011) Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. *Rev. Colomb psiquiat.*, vol.40 <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n2/v40n2a09.pdf>
- Mendoza-Mojica, Sheila Adriana, Márquez-Mendoza, Octavio, Veytia-López, Marcela, Ramos-Lira, Luciana Esther, & Orozco-Zavala, Ricardo. (2017). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en estudiantes de preparatoria. *Salud Pública de México*, 59(6), 665-674. <https://dx.doi.org/10.21149/8716> <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n6/0036-3634-spm-59-06-665.pdf>

- Gallardo, M, Jiménez, M, González, A. & Villaseñor, T (2012) La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas y de utilidad diagnóstica; Revista Mexicana Neurociencias. Gualajara, México. <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2013/10/Nm134-07.pdf>
- Gómez, A, & Porras, C, & Castro C, (2010) Relación de las estrategias de afrontamiento con los niveles de Depresión en los adolescentes, universidad de la sabana. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/47066323.pdf>
- Gonzales, C. Greiff, Elizabeth Ángel y Avendaño Prieto, Bertha Lucia (2011) Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza avances de la disciplina. Vol. 5. N.º 1.: 59-72, enero-junio de 2011 <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n1/v5n1a06.pdf>
- Olivares, J. Macia, D. Rosa A. Olivares P. (2013) Intervención Psicológica Estrategias, Técnicas y Tratamientos. Madrid, España. Ediciones pirámide.
- Pérez Álvarez, Marino, & García Montes, José Manuel (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), undefined-undefined. [fecha de Consulta 3 de octubre de 2019]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72713314>
- Posada, José A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (4), 497-498. Recuperado el 13 de enero de 2020, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&tlng=es
- Rosique, M. Sanz, T. Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, [S.l.], v. 39, ene. 2015. ISSN 2173-6855. Disponible en:

<<http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2540>>. Fecha de acceso:
06 dic. 2017

Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med* 2018; 32(2): 129-140. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>

Romero, Angélica, Pick, Susan, Parra Coria, Ana de la, Givaudan, Martha Evaluación del Impacto de un Programa de Prevención de Violencia en Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología* [en línea]. 2010, 44 (2), 203-212 [fecha de consulta 9 de febrero de 2020]. ISSN: 0034-9690. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641001>

Toro-Tobar, R A; Grajales-Giraldo, F L; Sarmiento-López, J C; (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16() 473-486. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74148832006>

Torres-Valentín, Marie L y Martínez-Taboas, Alfonso y Sayers-Montalvo, Sean K y Padilla, Lymaries (2013). Eventos traumáticos en estudiantes de medicina y psicología clínica en Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología*, 47 (1), 101-110. [Fecha de consulta 5 de febrero de 2020]. ISSN: 0034-9690. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28426980012>

Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 8-19. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>

Universidad Pontificia Bolivariana. (2019). Manual IPS UPB. Recuperado de <https://www.upb.edu.co/es/instituto-de-familia-y-vida-bucaramanga>

Vasquez. F, Muñoz, R. Y Becoña E. (2000) Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Santiago de

Compostela, Galicia (España)

<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Vicente. B, Saldivia, S. Pihán R. (2016) Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana.

Departamento de psiquiatría y salud mental, Universidad de concepción. Concepción, Chile.

<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v22n1/art06.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 02</p>
--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.

Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que

correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento. Firman,

Fecha _____

Nombre Usuario:	
Firma Usuario:	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. No. T.P. _____

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 2. Historia clínica para adultos

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana REGIONAL BOGOTÁ VIRREINATO DE EDUCACIÓN</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
---	---

Fecha de recepción	Día	Mes	Año	No. De historia
--------------------	-----	-----	-----	-----------------

1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Edad	Género	Documento de Identidad
Lugar y fecha de nacimiento	Dirección de Residencia		
Estrato	No. Teléfono Residencia	No. Teléfono Celular	
Nivel de Escolaridad	Profesión / Ocupación		
Remitido por	Entidad (EPS)		

2. DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil
Dirección Residencia	No. Teléfono Residencia	No. Teléfono Celular	

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO

3.1 Motivo de Consulta

3.2 Historial de la situación

Folio No. [] []

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana REGIONAL BOGOTÁ VICELADA MINEDUCACIÓN</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
---	---

5. ÁREA PERSONAL

6. ÁREA ACADÉMICA (Para consultantes entre 18 y 22 años)

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA</small> VICELATA MINEDUCACIÓN</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
---	---

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

10. CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol					
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)

Folio No.

--	--

Anexo 3. Instrumento Lista de acontecimiento estresante

Lista de Eventos

Muchas personas han experimentado ó han sido testigos en su vida de un acontecimiento estresante, angustioso o doloroso. Por favor indique en la siguiente lista de acontecimientos, si usted ha experimentado personalmente, ó como testigo, alguno de ellos. Escriba una X en si, cuando sea el caso ó una X en no, cuando no sea así.

	Evento	Si	No
1	Alguna vez ha sufrido un desastre natural (ej: inundaciones, huracanes, tornados, terremotos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Alguna vez ha experimentado un incendio o una explosión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Ha sufrido alguna vez un accidente, por ejemplo, accidente de carro, autobus, accidente de bicicleta, accidentes graves en el trabajo, hogar o durante actividades recreativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Alguna vez ha sido testigo de un accidente (por ejemplo, accidente de auto, autobus, accidente de bicicleta, choque de trenes, un accidente aéreo, accidente grave en el trabajo, hogar o durante actividades recreativas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Alguna vez ha estado expuesto a sustancias tóxicas (por ejemplo, el veneno, los productos químicos peligrosos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Ha sido atacado físicamente (por ejemplo, abofeteado, pateado, golpeado (incluye golpes con palos))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Alguna vez ha sido testigo de un asalto físico (por ejemplo, ser atacado, golpeado, abofeteado, pateado, (incluye golpes con palos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Alguna vez ha sido atacado con un arma (por ejemplo, recibir un disparo, haber sido mutilado o apunaleado, ser amenazado con un cuchillo, pistola ó bomba)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Alguna vez ha sido testigo de un ataque con arma por ejemplo, recibir un disparo, haber sido mutilado o apunaleado, ser amenazado con un cuchillo, pistola ó bomba)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Alguna vez ha sufrido un abuso sexual (alguien trató de tocar sus partes íntimas en contra de su voluntad, o ser obligado a realizar cualquier tipo de acto sexual por la fuerza violación)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	¿Alguna vez ha presenciado un abuso sexual (alguien trató de tocar las partes íntimas de otra persona contra su voluntad, violación o ser obligado a realizar cualquier tipo de acto sexual por la fuerza)?	[]	[]
12	¿Alguna vez ha estado en una situación de combate o exposición en una zona de guerra?	[]	[]
13	¿Alguna vez ha estado cautivo (por ejemplo secuestrado, raptado, o tenido como rehen ó prisionero de guerra)?	[]	[]
14	¿Alguna vez ha estado preso (en la carcel)?	[]	[]
15	¿Alguna vez ha vivido una enfermedad o una lesión que amenazaré su vida?	[]	[]
16	¿Ha vivido la enfermedad ó lesion de un familiar o amigo cercano que amenazaré la vida de ésta persona ?	[]	[]
17	¿Alguna vez ha presenciado la muerte <i>repentina o violenta</i> de alguien por ejemplo homicidio (ejecutamiento, masacres..)?	[]	[]
18	¿Alguna vez ha presenciado la muerte <i>súbita e inesperada</i> de un familiar suyo ó amigo cercano?	[]	[]
19	¿Alguna vez ha visto cuerpos mutilados o muertos?	[]	[]
20	¿Ha vivido la desaparición de algún familiar o amigo?	[]	[]
22	¿Ha sufrido el peligro de ser asesinado un grupo armado (por ejemplo, por desobedecer las reglas, por intentar escacapar...?)	[]	[]
23	¿Ha sido testigo de que alguien fuera asesinado (ajusticiado) por un grupo armado (por ejemplo, por desobedecer las reglas, por intentar escapar...?)	[]	[]

24	¿Ha sufrido un accidente con explosivos, bombas, balas perdidas, minas antipersonales?	[]	[]
----	--	-----	-----

	Si	No
--	-----------	-----------

	Hogar		
--	--------------	--	--

26	¿Ha sido golpeado por su pareja de tal manera que las marcas quedaran en su cuerpo?	[]	[]
----	---	-----	-----

27	¿Ha sido golpeado por uno de sus padres o cuidadores (con cinturón, palos, etc) de tal forma que las marcas quedaron en su cuerpo?	[]	[]
----	--	-----	-----

28	¿Ha sido testigo de que un miembro de la familia haya sido golpeado (con cinturón, palos, etc) por otro miembro de la familia de tal manera que las marcas quedaron en su cuerpo?	[]	[]
----	---	-----	-----

29	¿Alguna vez alguno de sus padres o cuidadores lo ha quemado a propósito (por ejemplo: con agua caliente, cigarrillo, en la estufa)?	[]	[]
----	---	-----	-----

30	¿Alguna vez ha sido testigo que algún miembro de su familia haya quemado a otro miembro de la familia a propósito (por ejemplo: con agua caliente, cigarrillo, en la estufa)?	[]	[]
----	---	-----	-----

Anexo 4. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

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

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

**Versión en Español 5.0.0
DSM-IV**

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

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

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. 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: _____

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

3

Instrucciones generales

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

ENTREVISTA:

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

PRESENTACIÓN:

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

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

CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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., periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

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

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicarse 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 Paris, 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)

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

4

A. Episodio depresivo mayor

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

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1						
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2						
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	☐ NO	SÍ							
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:									
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? <small>CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>	NO	SÍ	3						
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4						
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5						
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6						
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7						
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8						
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9						
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL			
NO	SÍ									
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL										
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:										
A4	a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	☐ NO	SÍ	10						
	b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</td> </tr> </table>			NO	SÍ	11	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		
NO	SÍ	11								
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

5

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: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
	¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b ?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MÁS RESPUESTAS DE **A6**?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

6

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?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	17				
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	<input type="checkbox"/> SÍ	18				
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:							
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19				
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20				
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21				
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22				
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23				
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3 ?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ					
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	25				
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4 ?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	
NO	SÍ							
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

7

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

8

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 periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)

NO SÍ 1

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.

SI SÍ:

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

SI SÍ:

b ¿En este momento se siente excesivamente irritable? NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?

NO SÍ

D3 SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante? NO SÍ 5

b ¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)? NO SÍ 6

c ¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle? NO SÍ 7

d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos? NO SÍ 8

e ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando? NO SÍ 9

f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted? NO SÍ 10

g ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)? NO SÍ 11

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3
(O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO]
O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?

NO SÍ

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

9

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? EL EPISODIO EXPLORADO ERA:	NO	SÍ	12
		↓	↓	
		<i>HIPOMANÍACOMANÍACO</i>		
	¿CODIFICÓ NO EN D4 ?	NO	SÍ	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>		
		ACTUAL PASADO		
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4 ?	NO	SÍ	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<i>EPISODIO MANÍACO</i>		
		ACTUAL PASADO		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

10

E. Trastorno de angustia

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

11

F. Agorafobia

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones NO SÍ 19 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?

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

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

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

12

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

13

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

14

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

15

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 periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	<input type="checkbox"/> SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

16

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

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

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

17

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

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

18

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

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

EXTRAÑOS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? <small>NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.</small>	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	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? <small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.</small>	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	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	<input type="checkbox"/>	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? <small>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.</small>	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? <small>LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:</small>	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	11
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			<input type="checkbox"/>	SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	<input type="checkbox"/>	SÍ	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

19

L7 a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13				
b	Si Sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14				
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:								
L8 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15				
L9 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16				
L10 b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17				
L11	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>		NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
NO	SÍ							
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL								
L12	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11 ?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ¹⁸</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>		NO	SÍ ¹⁸	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ ¹⁸							
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA								
L13 a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)? 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><input type="checkbox"/></td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	SÍ	NO	SÍ	
<input type="checkbox"/>	SÍ							
NO	SÍ							
		<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ¹⁹</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>		NO	SÍ ¹⁹	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ ¹⁹							
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL								
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)								

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

20

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

21

N. Bulimia nerviosa

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

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un periodo de 2 horas?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	<input type="checkbox"/> NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de si mismo su peso o la figura de su cuerpo?	<input type="checkbox"/> 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?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

22

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

23

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO **NO**

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

24

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Referencias

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

25

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Anexo 6. Formatos Estado Emocional

Formatos del estado emocional

Autoregistros diario del estado de Ánimo

Nombre _____

Fecha de la semana _____

	Emoción	Grado de intensidad de 1%- nada intensa 100 % muy intensa.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Lista de emociones

Enojado	Fastidio	Desdichado
Culpable	Feliz	Aburrido
Triste	sorprendido	Inquieto
Deprimido	Arrepentido	Solitario
Ansioso	Desesperado	Satisfecho
Temeroso	Esperanzado	Excitado
Con pánico	Desamparado	Optimista
Enérgico	Relajado	Tenso
Envidioso	Celoso	Otros

Anexo 8. Evidencia del proceso psicológico con (H)

